ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิต ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

โดย

ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH SURGICAL MENOPAUSE

BY

NUTCHAYA SA-NGA-AREEKUL

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและคุณภาพชีวิต ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

โดย
ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานกรรมการสอบ	ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ กรรมการ
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา	ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ.ดร.สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
25 กุมภาพันธ์ 2569

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH SURGICAL MENOPAUSE

by

NUTCHAYA SA-NGA-AREEKUL

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University
Academic Year 2025

Asst.Prof. Bualuang Sumdaengrit, Ph.D. Examination Committee Chairperson	Assoc.Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H. Member
Asst.Prof. Rachanee Namjuntra, D.N.S. Member and Advisor	Asst.Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D. Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)
Dean of Graduate School
February 25, 2026

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี ด้วยความเมตตาและสนับสนุนอย่างสูงจาก ผศ. ดร.รัชนี นามจันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผศ. ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และผศ. ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และที่ให้ความเอาใจใส่ช่วยเหลือ และคอยให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ ตลอดนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง เป็นอย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณรศ.พญ. สุชาดา อินทรวิวัฒน์ ผศ.พญ. ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์ ผศ.ดร. จรรยา จันทร์ผ่อง และน.ส.รพีพรรณ อุปการ ท่านที่ให้คำปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่านที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณ นอ.หญิง ผศ.นิตยา สุขแสน และนางสาวสุชานาถ ศรีคล้าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการช่วยเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบข้อมูลและพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจต่าง ๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่ได้กล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือในการสนับสนุนให้กำลังใจ ด้วยดีตลอดมา จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านด้วยความจริงใจ และขอมอบคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นกตเวทิตาคุณแด่บิดามารดา ครู อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา และขอน้อมคารวะแด่ผู้เขียนตำราวิชาการที่ศึกษาค้นคว้าและใช้อ้างอิงทุกท่าน

ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล
ผู้วิจัย

6106410	:	ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล
ชื่อวิทยานิพนธ์	:	ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด
หลักสูตร	:	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา	:	ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	:	ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน ที่มารับบริการที่มารับบริการหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 25687 โดยเก็บข้อมูลในระยะ10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) ประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการ 3) วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และ 4) คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดู (MENQOL) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการที่ใช้มาก และผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรกในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ มีดังนี้ 1) ร้อนวูบวาบ ใช้วิธีการเปิดแอร์เย็น ๆ 2) เหงื่อออกกลางคืน ใช้วิธีการนอนในห้องที่มีพัดลม/อากาศถ่ายเท 3) นอนไม่หลับ ใช้วิธีการทำกิจวัตรประจำวันก่อนนอน เช่น อ่านหนังสือ/สวดมนต์ 4) ผิวหนังแห้ง ใช้วิธีทาครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง และ 5) หงุดหงิด ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการทุกอาการทั้ง 3 ระยะ พบว่า ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่า อาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงที่สุดทั้ง 3 ระยะ อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด นอนไม่หลับ และร้อนวูบวาบ ตามลำดับ ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลสุขภาพสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 108 หน้า)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด, การจัดการอาการ, ประสบการณ์อาการ

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6106410	:	Nutchaya Sa-nga-areekul
Thesis Title	:	Symptom Experiences, Management and Quality of Life in Women with Surgical Menopause
Program	:	Master of Nurse Science in Adult and Gerontological Nursing
Thesis Advisor	:	Asst.Prof. Rachanee Namjuntra, D.N.S.
Thesis Co-Advisor		Asst.Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.

Abstract

This prospective descriptive study focused on the symptom experiences, management, and quality of life in women with surgical menopause, using Dodd's Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) The sample consisted of 52 women with surgical menopause who received services at the Gynecological Endocrine Unit and the Gynecological Examination Unit, Siriraj Hospital during August 2023 to April 2024. Data were collected 3 times: 10-14 days, 4-8 weeks, and 12-16 weeks after surgery. The research instruments consisted of four parts: 1) Characteristics of the sample, 2) Symptom experiences and severity of the symptoms, 3) Methods of managing symptoms and results of symptom management, and 4) Quality of life of women with surgical menopause (MENQOL). Data were analyzed using descriptive statistics.

The study results found that the symptom experiences, symptom management methods, and the outcomes in the top 5 symptoms in women with surgical menopause in all three periods were as follows.1) Hot flushes were mostly managed by staying in an air-conditioned room. 2) Night sweats were mostly managed by sleeping in a room with a fan/good ventilation. 3) Insomnia was mostly managed by using daily activities before bedtime, such as reading or praying. 4) Dry skin was mostly managed by using skin creams or oil. 5) Irritability was mostly managed by using relaxation techniques as listening to music, watching movies, meditating, reading, books, yoga, or tai chi. The results showed that symptom management outcome improved for all symptoms across all three periods. Vasomotor symptoms had the highest impact on quality of life in surgical menopause in all three periods. Symptoms with the greatest impact on quality of life at 10-14 days, 4-8 weeks, and 12-16 weeks after surgery were bloating, insomnia, and hot flushes respectively. These finding provide valuable data for improving and further developing health care for women undergoing surgical menopause.

(Total 108 pages)

Keywords: Quality of Life, Surgical Menopause, Symptom Management, Symptom Experience

Student's Signature …..... Thesis Advisor's Signature .....

Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	คำถามการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
	นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง**	**8**
	ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	8
	การจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	16
	คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	30
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**36**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	37
	พื้นที่ศึกษา	38
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	43
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
	การวิเคราะห์ข้อมูล	46

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**47**
	ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	47
	ส่วนที่ 2 ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	50
	ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	54
	ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด	59
บทที่ 5	**สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ**	**68**
	สรุปผลการวิจัย	68
	อภิปรายผลการวิจัย	71
	ข้อเสนอแนะ	77
เอกสารอ้างอิง		**79**
ภาคผนวก		**89**
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	90
	ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	97
ประวัติผู้วิจัย		**108**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52)	48
4.2	จำนวนและร้อยละของสตรีที่เกิดอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	51
4.3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	53
4.4	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการนอนไม่หลับ	54
4.5	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการผิวหนังแห้ง	55
4.6	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการร้อนวูบวาบ	56
4.7	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเหงื่อออกกลางคืน	58
4.8	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการหงุดหงิด	59
4.9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด)	60
4.10	ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	62
4.11	จำนวนและร้อยละของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำแนกตามระดับของผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และระดับผิดปกติในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)	65

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

4.1 กราฟแสดงอัตราการเกิดอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด) 52

4.2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด) 53

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical Menopause) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง (Bilateral Oophorectomy) ไม่ว่าจะมีการตัดมดลูก (Hysterectomy) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ก่อนอายุเฉลี่ยของการหมดระดูโดยธรรมชาติ ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 51 ปี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายเช่นเดียวกับสตรีที่หมดระดูตามธรรมชาติ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศอย่างรวดเร็วและมีการหยุดทำงานของรังไข่อย่างกระทันหัน (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561) อุบัติการณ์ของการผ่าตัดรังไข่ออกได้ถูกพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.8 – 9.2 (อรพิณ จินตคุณธรรมกุล, 2559) จากปัญหาทางนรีเวช เช่น ถุงน้ำหรือเนื้องอกในรังไข่ ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Pelvic Endometriosis) โรคมะเร็งรังไข่ในเด็กวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ และการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้นด้วย ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก มีการรายงานว่าร้อยละ 55 ได้ถูกตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างร่วมด้วย โดยเป็นสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ38 (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561) โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี พ.ศ.2564 ถึง พ.ศ.2566 ได้มีการพบว่าสตรีที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง โดยไม่ว่าจะมีการผ่าตัดมดลูก มีจำนวน 140 คน 290 คน และ 321 คน ตามลำดับ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช, 2567)

การลดลงอย่างกะทันหันของการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ได้ถูกระบุว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนมีความรุนแรงมากกว่าภาวะหมดระดูตามธรรมชาติ จึงเป็นผลทำให้ขาดกลไกการย้อนกลับไปยับยั้งระบบ Hypothalamus-Pituitary ทำให้ระดับของ Follicle Stimulating Hormone (FSH) และ Luteinizing Hormone (LH) ในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น โดยฮอร์โมน FSH ในกระแสโลหิตสูงขึ้น ประมาณ 2-4 เท่าของสตรีทั่วไปตั้งแต่ในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัด 2 วัน จนถึงในสัปดาห์ที่ 6 (Crowther, 2019) นอกจากนั้นภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูก ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบ

สืบพันธุ์ เป็นต้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า มีการเกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรคกระดูกพรุน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome) ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity) และภาวะดื้ออินซูลิน (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561)

การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาการร้อนวูบวาบ 2) เหงื่อออกมากตอนกลางคืน (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) 3) ช่องคลอดแห้ง (Australasian Menopause Society, 2017; Santoro, Epperson, & Mathews, 2015) 4) อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด (Faubion, Kuhle, Shuster, & Rocca, 2015; Santoro, et al., 2015) 5) นอนไม่หลับ (Becker, Jarrett, Luebbe, Garner, Burns, & Kofler, 2018) 6) หลงลืมง่าย 7) การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561) และความต้องการทางเพศลดลง (Australasian Menopause Society, 2017) 8) ปวดหลัง ปวดข้อและกล้ามเนื้อ (ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2561; Sangamam & Sreelakshmy, 2017) 9) ความแห้งของอวัยวะสืบพันธุ์ ช่องคลอดแห้ง และ 10) ปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561) เกิดได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ หลังผ่าตัด (Laughlin-Tommaso et al., 2009) การศึกษาการเกิดอาการในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด พบการเกิดอาการมากถึงร้อยละ 69.9 โดยพบอาการเหงื่อออกง่าย ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย และผิวแห้ง (จรรยา จันทร์ผ่อง, กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, และณัฐชญา สง่าอารีย์กุล, 2567) ยังไม่พบรายงานระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น สตรีที่เกิดอาการมากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน และเหงื่อออกง่าย เป็นกลุ่มอาการที่คงอยู่นานและมีผลต่อคุณภาพชีวิตมาก โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Gumussoy, S., Gumussoy, M., Hortu, & Ergenoglu, 2020) การเกิดอาการและการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

Dodd et al. (2001) กล่าวไว้ แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเสนอว่า การจัดการอาการเริ่มจากประสบการณ์อาการของบุคคล ซึ่งสะท้อนการรับรู้ของบุคคลต่อการเกิดอาการ ประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน

ของอาการ และการตอบสนองต่ออาการนั้น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากนั้นบุคคลจะมีวิธีการจัดการอาการ เพื่อบรรเทาอาการ หรือชะลอผลของการเกิดอาการ นำสู่ผลลัพธ์ซึ่งเป็นการรับรู้และตัวชี้วัดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการนั้น ๆ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่าตัดในระยะเวลาอันรวดเร็ว พบว่าการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และมีการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สตรีจะแสวงหาวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตร หากเมื่อจัดการอาการแล้ว อาการไม่ดีขึ้นจะมีการปรับเปลี่ยน เพื่อที่จะบรรเทาอาการหรืออยู่กับอาการเหล่านั้นให้ได้ สตรีแต่ละรายย่อมมีวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการของสตรีแต่ละราย หากการจัดการไม่ดี จะมีผลต่อสภาพอาการและคุณภาพชีวิตของสตรี

การศึกษาการจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิธีการจัดการอาการโดยการใช้ยาฮอร์โมน (Jennifer, 2020; Lee et al., 2020; National Health Service, 2020) ซึ่งแนะนำให้เริ่มการรักษาภายใน 1 สัปดาห์หลังจากผ่าตัด หลังจากนั้นมีการติดตามการใช้ยาฮอร์โมนที่ได้รับอีก 6 สัปดาห์ และให้ยาต่อเนื่องจนถึงอายุ 51 ปี การเกิดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ได้ถูกลดลงได้สูงถึงร้อยละ 80-90 (Australasian Menopause Society, 2017) นอกจากการใช้ฮอร์โมน ยังมีข้อแนะนำในการจัดการอาการภาวะหมดระดูโดยทั่วไป เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อช่องคลอด การเลิกสูบบุหรี่ การได้รับแคลเซี่ยมและวิตามินดีที่เพียงพอ เพื่อการรักษาความสมบูรณ์ของกระดูก และระบบหัวใจและหลอดเลือด และการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น (ประวีดา ดำแดง, 2563; Australasian Menopause Society, 2017) ยังไม่พบการศึกษาวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ยังมีจำนวนไม่มาก การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ หรือศึกษาโดยรวมสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติและหมดระดูจากการผ่าตัด (Blumel, Chedrauj, Belzares, Bencosme, & Calle, 2011; Panichakul et al., 2017; Prajapati, Shrestha, & Sanjel, 2018; Rathnayake, Lenora, Alwis, & Lekamwasam, 2019) มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดและสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดย

ธรรมชาติ ซึ่งพบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ (Bhattacharya & Jha, 2010; Mahajan, Kumar, & Fareed, 2016) การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567) และคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Gumussoy et al., 2020)

คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทอง โรงพยาบาลศิริราช เปิดให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก เป็นคลินิกเฉพาะและเน้นการดูแลสตรีวัยใกล้หมดระดู ถึงวัยหลังหมดระดู พบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทองมากขึ้นเป็นลำดับที่ 2 ใน 5 กลุ่มโรคทางนรีเวช และสถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น จากจำนวน 140 คนในปี พ.ศ. 2564 เป็น 321 คน ในปี พ.ศ. 2566 (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช, 2567) สตรีกลุ่มนี้เกิดอาการของภาวะหมดระดูได้ตั้งแต่ระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์อาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจาการผ่าตัด ในช่วง 3-4 เดือนแรกหลังผ่าตัด โดยติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อดูว่าอาการต่าง ๆ เริ่มเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด รุนแรงเพียงใด และคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ทำการติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ระยะหลังผ่าตัด 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จะเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ และความรุนแรงของอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการที่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในระยะ10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่ สภาพอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะเวลา 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

2. สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะเวลา 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด มีวิธีการจัดการอาการอย่างไร

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่ สภาพอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd et al. (2001) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย การจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์อาการ (Symptom Experience) เป็นการรับรู้การเกิดอาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของบุคล 2) วิธีการจัดการอาการ(Symptom Management Strategies) บุคคลจะแสวงหาวิธีการในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไปตามลักษณะของบุคคล ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมของบุคคล และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการรับรู้ตัวชี้วัด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการ ซึ่งได้แก่ สภาพอาการ การดูแลตนเอง อัตราการตาย ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต และอัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วมต่าง ๆ

สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่ต้องอยู่กับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่าตัดในระยะเวลาอันรวดเร็ว การวิจัยนี้ศึกษา 3 มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ดังนี้ 1) ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยศึกษาการรับรู้ การเกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ 2) วิธีการจัดการอาการ โดยศึกษาวิธีการที่สตรีใช้ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาอาการหรืออยู่กับอาการเหล่านั้น และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยศึกษาสภาพอาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ประสบการณ์อาการ หมายถึง การรับรู้การเกิดอาการ และความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ช่องคลอดแห้ง ปวดข้อกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะเล็ด/กลั้นไม่อยู่ ผมร่วง วัดโดยแบบสอบถามการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในส่วนของประสบการณ์อาการ ซึ่งสอบถามการเกิดอาการแบ่งเป็น เกิดอาการ และไม่เกิดอาการ และความรุนแรงของอาการแต่ละอาการที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

วิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) หมายถึง วิธีการที่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้าง ประเมินจากแบบสอบถามการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในส่วนของวิธีการจัดการอาการซึ่งเป็นคำถามให้เลือกตอบวิธีการจัดการอาการที่ใช้ในการบรรเทาอาการร่วมกับการเติมคำตอบวิธีการอื่น ๆ นอกเหนือจากตัวเลือก

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากวิธีการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในด้านสภาพอาการและคุณภาพชีวิต ดังนี้

สภาพอาการ หมายถึง การรับรู้ของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดถึงผลของวิธีการจัดการอาการต่ออาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด แต่ละอาการ วัดโดยแบบสอบถามการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในส่วนของผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ด้านสภาพอาการ โดยให้เลือกตอบว่า หลังการจัดการอาการแล้ว อาการนั้น ๆ หาย ดีขึ้น คงเดิม หรือแย่ลง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ผลกระทบของอาการต่าง ๆ ของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตของสตรี ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดระดู ฉบับภาษาไทย Thai Menopause – Specific Quality of Life Questionnaire: Thai MENQOL ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดระดู (MENQOL) ของ Hilditch et al. (1996) โดยอังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, และกฤต วานิศวณะทอง (2544) จำนวน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

29 ข้อ ถามเกี่ยวกับผลกระทบของอาการต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor Domain) 3 ข้อ ด้านจิตสังคม (Psychosocial Domain) 7 ข้อ ด้านร่างกาย (Physical Domain) 16 ข้อ และด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Domain) 3 ข้อ ถ้าไม่มีอาการนั้น ๆ เกิดขึ้นให้ตอบ “ไม่มี” (ได้คะแนน เท่ากับ 1) หากตอบ “มี” ให้เลือกระดับความรุนแรงของอาการนั้นต่อชีวิต ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 6 ระดับยิ่งสูง หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทอง โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

อาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

การจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)

การจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ความหมายของคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดู

การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical Menopause) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง (Bilateral Oophorectomy) ไม่ว่าจะมีการตัดมดลูก (Hysterectomy) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ก่อนอายุเฉลี่ยของการหมดระดูโดยธรรมชาติ ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 51 ปี (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) เมื่อไม่มีรังไข่ทำให้สตรีเกิดการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทันทีและระดับเทสโทสเทอโรนลดลง (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) การเปลี่ยนแปลงในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical Menopause) ทำให้ร่างกายหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอร์โรนอย่างเฉียบพลัน (สายพิณ พงษธา, 2554) มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายและเกิดอาการต่าง ๆ ของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ทำให้มีการลดลงของจำนวน Primodular Follicles อย่างรวดเร็ว ต่อมใต้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สมองและไฮโพธาลามัส มีการทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากถุงไข่ (Follicle) มีความไวน้อยลง (Resistance) ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมน Gonadotrophins ได้ไม่ดีเท่าเดิม เมื่อรังไข่หยุดทำงาน จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ในระบบต่าง ๆ ดังนี้ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทำให้เกิดการขาดฮอร์โมนที่ผลิตจากรังไข่ โดยเฉพาะเอสโตรเจนและโปรเจสเตอร์โรนและขาดสารอินฮิบินที่สร้างจากแกรนูโลซาเซลล์ (Granulosa Cell) ของรังไข่ ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้งการสร้างฮอร์โมนฟอลิคูลาสติมูเลติง (Follicular Stimulating Hormone: FSH) ทำให้ FSH ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น และตามมาด้วยการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนลูติไนซิง (Luteinizing Hormone: LH) (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561) จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดและการควบคุมอุณหภูมิ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบผิวหนัง ระบบกระดูก และเต้านม ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดและการควบคุมอุณหภูมิ เกิดขึ้นเนื่องจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง การลดลงนี้ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ Hypothalamic Norepinephrine ซึ่งเป็นสารส่งผ่านประสาท (Neurotransmitter) ที่กระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปธาลามัส เป็นศูนย์การควบคุมระดับอุณหภูมิร่างกาย ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ อาการหนาวร้อน เหงื่อออกท่วมตัว เหงื่อออกตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และในบางรายมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ หรือเป็นลม ก่อนเกิดอาการร้อนวูบวาบ จะพบการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิแกนของร่างกาย (Core Body Temperature) เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังมากขึ้น ผิวหนังแดงขึ้น จึงทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิผิวสูงขึ้น จากนั้นจะมีเหงื่อออกตามมา กลไกการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติในการระบายความร้อนออกจากร่างกาย โดยมีเหงื่อออกมาก ความร้อนก็ถูกระบายออกจากร่างกายมากจนพบอาการหนาวตามมา (นิภาพรรณ มะลิซ้อน, 2558) ในบางคนพบมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ เป็นลมได้ จากการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีชื่อเรียกอาการเหล่านี้ว่า Vasomotor Symptoms, Vasomotor Instability, Vasomotor Flushes (Hot Flushes) และ Night Sweats ส่วนสรีรวิทยาของการเกิด Hot Flush ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าจุดเริ่มต้นที่ Hypothalamus ซึ่งมีศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกาย (Thermoregulatory Center) อยู่ในบริเวณ

Preoptic และ Anterior Hypothalamic Nuclei โดยเชื่อว่าเกิดจากการลดลงของระดับเอสโตรเจน (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

2) การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นเนื่องจากการพร่องของฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะการลดลงของเอสโตรเจน และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากเอสโตรเจนมีผลต่อโครงสร้างและการทำงานของเซลล์สมอง โดยเอสโตรเจน ว่ามีผลต่อการใช้กลูโคสในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เสริมสร้างการเชื่อมต่อกระแสประสาท (Neuronal Viability And Synaptic Integrity) และเพิ่มโคลิเนอจิคอัพเทค (Cholinergic Uptake) ส่งผลทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมองส่วนหน้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เอสโตรเจนยังพบว่าสามารถช่วยลดสารอะมัยลอยด์ บี โปรตีน (Amyloid B Protein) ทำให้มีการทำลายเซลล์สมองถูกลดลง การขาดเอสโตรเจนจึงส่งผลให้การจำและการเรียนรู้ถูกลดลง เกิดอาการหลงลืมง่าย และความสามารถในการเรียนรู้ถูกสูญเสีย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) นอกจากนี้สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่ามีปัญหาความจำมากกว่าสตรีทั่วไป (Faubion et al., 2015)

3) การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลต่อสตรีที่ขาดเอสโตรเจน โดยระดับโคเลสเตอรอลพบว่าสูงกว่าสตรีทั่วไป มีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวที่ 7 (Factor Vii) และไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ถูกเพิ่มขึ้นร่วมกับสารยับยั้ง Plasminogen Activator Receptor ทำให้กระบวนการไฟบริโนไลสิส (Fribinolysis) ลดลง ส่งผลทำให้มีความเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อัตราการเผาผลาญอาหารยังถูกเปลี่ยนไปด้วย และมีการสะสมของไขมันมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะอ้วนในผู้หญิง (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) ผู้หญิงที่หมดระดูจากการผ่าตัดจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Dam et al., 2019; Faubion et al., 2015; Laughlin-Tommaso et al., 2017) ไขมันในเลือดสูง และทำให้เกิดภาวะอ้วน (Laughlin-Tommaso et al., 2017) และยิ่งผ่าตัดรังไข่ออกตั้งแต่อายุน้อยยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น (Rocca, 2021)

4) การเปลี่ยนแปลงในระบบกระดูก สตรีที่เกิดการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน พบว่ามวลกระดูกถูกสูญเสียไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเอสโตรเจนจะป้องกันไม่ให้เกิดวงจรย่อยสลายกระดูก และสร้างกระดูกใหม่ (Osteoblast) ที่เร็วเกินไป ถูกป้องกันโดยฮอร์โมนเอสโตรเจน การสร้างกระดูกใหม่ถูกกำหนดให้ต้องมีการดึงแคลเซียมจากกระแสเลือดมาใช้ในปริมาณที่มาก และต้องใช้เวลานานกว่ากระบวนการสลายกระดูก จึงส่งผลให้มีการสูญเสียของมวลกระดูกมากกว่าที่ถูก

สร้างขึ้นมาใหม่ ในสตรีที่มีภาวะหมดระดู การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซี่ยมจากกระดูกประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ผลของการขาดฮอร์โมนในระยะยาว ส่งผลให้ผู้หญิงเกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) มีภาวะกระดูกบางและหักง่าย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; Faubion et al., 2015)

5) การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ การพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เยื่อเมือกและเซลล์บุผิวบางลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหย่อนคล้อย มีการฝ่อลีบ (Atrophy) ของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อง่าย ผู้หญิงบางคนจึงไม่สามารถควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะได้ อาการไอจาม และภาวะปัสสาวะเล็ด (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) และยังพบปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ (Francis, 2007) และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) มากกว่าผู้หญิงปกติถึงร้อยละ 40 และยังพบภาวะผนังช่องคลอดยื่น และมีรูรั่วของผนังช่องคลอดกับท่อปัสสาวะได้ (Johnson et al., 2005; Mcpherson et al., 2005)

6) การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ อวัยวะสืบพันธุ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและหน้าที่ (ประวีดา ดำแดง, 2563) เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน สามารถช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานในระบบการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เมื่อระดับเอสโตรเจนลดลง การทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ถูกทำให้ลดลงและถูกกระตุ้นให้ฝ่อฝ่อลีบ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและหน้าที่ของเซลล์อวัยวะสืบพันธุ์ ทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและภายใน ไขมันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ถูกลดลง ส่งผล ผิวหนังถูกทำให้บางลง เหี่ยวย่น มีความยืดหยุ่นลดลง โดยเฉพาะในบริเวณแคมเล็ก (Labia Minora) แคมใหญ่ (Labia Majora) เหี่ยวไม่สามารถแยกให้เห็นได้อย่างชัดเจน จะบางและซีดลง ผิวหนังบริเวณเหนือหัวเหน่าเหี่ยวและแฟบ ขนบริเวณหัวเหน่าลดลง คลิตอริส (Clitoris) จะเล็กลงและลีบ ทำให้การหลั่งสารหล่อลื่นลดลง ช่องคลอดหดแคบและหย่อน ต่อมสร้างเยื่อเมือกในช่องคลอดฝ่อลีบและบางลง เนื้อเยื่อในช่องคลอดมีเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยลง ขาดความยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง Rugae ภายในช่องคลอดหายไป ประกอบกับต่อมบาร์โทลิน (Bartholin Gland) ทำหน้าที่ผลิตสารคัดหลั่งลดลง ทำให้เนื้อเยื่อในช่องคลอดเกิดการระคายเคืองบาดเจ็บ และเป็นแผลได้ง่าย เจ็บทรมานเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เกิดอาการเลือดออกง่าย และส่งผลให้เจ็บปวด และมีความต้องการทางเพศลดลงตามมา (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) จำนวนไกลโคเจน (Glycogen) ในเซลล์เยื่อบุช่องคลอดลดลง จึงทำให้มีแบคทีเรียชนิดโดเดอร์รีน (Doderlein’s Bacilli) จำนวนน้อยลง จึงส่งผลให้มีการสร้างกรดแลคติคที่ลดลง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดในช่องคลอด ช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้น ทำให้กลไกในการป้องกันเชื้อโรคเสียไป จึงเกิดช่องคลอด

อักเสบ (Atrophic Vaginitis) มีอาการคันในช่องคลอดและช่องคลอดติดเชื้อได้ง่าย สตรีที่หมดระดูมักจะมีปัญหาดังกล่าวนี้มักจะปกปิดไม่กล้าที่จะเปิดเผย จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และส่งผลทำให้มีอาการกระทบที่รุนแรง (สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2565)

7) การเปลี่ยนแปลงในระบบผิวหนัง เป็นการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของผิวหนัง หนังกำพร้า และหนังแท้ คอลลาเจนของผิวหนังถูกลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผิวหนังบางลง แห้ง หมอง และความตึงตัวถูกทำให้หายไป มีรอยเหี่ยวย่น ความสามารถในการยืดและหดรัดตัวของเนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง การรับรู้ของผิวหนังต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทำให้ลดลง และผิวหนังถูกทำให้บาดเจ็บได้ง่าย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

8) การเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจและอารมณ์ ถูกทำให้เกิดขึ้นจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกายและระดับฮอร์โมนเพศอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และฮอร์โมนเพศในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาท (Neurotransmitter) ในสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีย่อมส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เช่น อาการหงุดหงิด ภาวะซึมเศร้า อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรง (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) เนื่องจากมดลูกและรังไข่ซึ่งนับว่าเป็นอวัยวะสำคัญของสตรี และเมื่อตัดออกจึงกลัวว่าความเป็นหญิงของตนเองไม่สมบูรณ์ วิตกกังวล เศร้าโศก กังวลภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง และวิตกกังวลกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้มีผลต่ออารมณ์รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก เช่น มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสรวมทั้งกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวได้ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเกิดจากการขาดเอสโตรเจนทันที อาการต่าง ๆ เหมือนสตรีที่หมดระดูตามธรรมชาติ แต่มักจะเกิดขึ้นฉับพลัน และมีอาการที่รุนแรงกว่า (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) การศึกษาเกี่ยวกับอาการของภาวะหมดระดูมักเป็นการศึกษาในสตรีที่หมดระดูตามธรรมชาติ หรือศึกษาโดยรวม ทั้งโดยธรรมชาติ และจากการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ หรือมากกว่า และมีอาการในระดับปานกลางถึงมาก

(อังคณา ผาดิโรจน์ และคณะ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด สามารถแบ่งอาการออกได้เป็น 4 กลุ่มอาการ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; ประวีดา คำแดง, 2563) ดังนี้

1) อาการที่เกี่ยวข้องในส่วนของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดและการควบคุมอุณภูมิในร่างกาย (Vasomotor Symptoms หรือ Vasomotor Instability) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้มากที่สุด ร้อยละ 68 (Sangamam & Sreelakshmy, 2017) เป็นความรู้สึกร้อนบริเวณผิวหนัง คลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกท่วมตัว เหงื่อออกตอนกลางคืน และนอนไม่หลับ เป็นกลุ่มอาการที่ใช้คำว่า ระบบประสาทอัตโนมัติ vasomotor flushes หรือ hot flushes เป็นการบรรยายกลุ่มอาการที่แดงเรื่อ และความรู้สึกร้อน ๆ ที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด

อาการมักจะเริ่มที่หน้า คอ รู้สึกร้อนวูบวาบ จะเกิดผื่นแดงทันทีทันใดบริเวณศีรษะ หรือหน้าอก อาจมีจุดเริ่มต้นเป็นจุดเฉพาะมาก เช่น ใบหู หน้าผาก และกระจายไปในทิศทางใดก็ได้ (สุชาดา อินทรวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561) ร่วมกับเหงื่อออกตอนกลางคืน(hot flushes and night sweat) (Australasian Menopause Society, 2017) ผิวหนังหนาว ๆ ร้อน ๆ เหงื่อออกท่วมตัว บางคนมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ และเป็นลมได้ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) และอาจมีผื่นแดงบริเวณผิวหนังที่ศีรษะ คอ หน้าอกจากการขยายตัวของหลอดเลือด และมีอาการหนาวสั่นตามมาได้ ระยะเวลาที่เกิดอาการประมาณ 2-3 วินาทีไปจนถึง 10 นาทีโดยเฉลี่ย 4 นาที และอาจเกิดทุก 1-2 ชั่วโมง ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเกิดทุก 10-30 วินาที (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561) การศึกษาพบว่า อาการร้อนวูบวาบ พบมากในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด และมีอาการอย่างชัดเจนร้อยละ 70.7 (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; Australasian Menopause Society, 2017) อาการที่จะทำให้สตรีเกิดความรำคาญ และรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด และรบกวนคุณภาพชีวิต (Australasian Menopause Society, 2017) ร้อยละ 68 ของสตรีกลุ่มนี้รายงานว่าอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Sangamam & Sreelakshmy, 2017) สตรีที่มีน้ำหนักตัวน้อย มีประสบการณ์ร้อนวูบวาบมากกว่าผู้หญิงน้ำหนักตัวมาก ผู้หญิงที่ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่อุณหภูมิสูงจะรับรู้อาการร้อนวูบวาบน้อยกว่าผู้ที่ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่อุณหภูมิต่ำ (มัณฑนา คงวิจิตร และโสเพ็ญ ชูนวล, 2551; Berg, Larson, & Pasvogel, 2008)

2) อาการของระบบประสาทส่วนกลาง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีที่หมดระดูก่อนกำหนดจากการผ่าตัดมีปัญหาความจำมากกว่าสตรีทั่วไป (Faubion et al., 2015)

การตัดรังไข่ออกก่อนหมดประจำเดือน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อความบกพร่องของสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อม (Rocca et al., 2007) การขาดเอสโตรเจนทำให้มีผลต่อการจำ มีความบกพร่องเกี่ยวกับการพูด ขาดสมาธิในการทำงาน เกิดภาวะหลงลืมง่าย และความสามารถในการเรียนรู้ถูกทำให้สูญเสียไปขาดสมาธิในการทำงาน (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561; Guangning et al., 2017) นอกจากนี้สตรีบางคนมีภาวะซึมเศร้า มีความกังวล ไม่มีแรง อ่อนเพลีย และเนื่องจากมดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี เมื่อถูกตัดมดลูกและรังไข่ จึงกลัวความเป็นหญิงของตนไม่สมบูรณ์ เกิดความวิตกกังวล เศร้าโศก กังวลภาพลักษณ์และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะกังวลเกี่ยวกับความชรา และการสูญเสียความสวยงามทางร่างกาย (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561) และยังพบระดับความเครียดของวัยทองอยู่ในระดับสูง (เกวลี เครือจักร, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, และวิโรจน์ มงคลเทพ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าการตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ทำให้มีผลต่อภาวะอารมณ์รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก เช่น กระวนกระวาย มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; สุชาดา อินทวิวัฒน์, 2561) ดังนั้นสตรีที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ดี สตรีที่หมดระดู จะมีอาการอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่ายมากกว่าสตรีที่ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรสและบุคคลอื่น ๆ รบกวนการทำงาน โดยเฉพาะกระทบต่อผู้ร่วมงาน การรับรู้และความเข้าใจสาเหตุของอาการส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว และฝึกควบคุมอารมณ์ของสตรีวัยนี้ จะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้ดีขึ้น

3) อาการทางกาย กระดูก ผิวหนัง เป็นอาการทางกายในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยง่าย อาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่าง ๆ (อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ และคณะ, 2544) มีปัญหาในการนอนไม่หลับ (Insomnia) (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561) ผิวหนังแห้งเหี่ยวย่น บางลงและทำให้เกิดรอยช้ำได้ง่ายขึ้น มีอาการคันศรีษะ ผมร่วงหรือเบาบางลง (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561)

4) อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ เยื่อบุช่องคลอด และท่อปัสสาวะเป็นเนื้อเยื่อที่มีความหนาแน่นของตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen Receptors) มากที่สุดในร่างกาย ทำให้เกิดการฝ่อและลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศและท่อปัสสาวะ ทำให้เยื่อ-บุผิวช่องคลอดแห้งซีด (Australasian Menopause Society, 2017) ไม่ชุ่มชื้น เนื่องจากสารหล่อลื่นลดลง ผนังช่องคลอดบางลงทำให้เกิดการอักเสบ (Atrophy Vaginitis) หรือเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ ระคายช่องคลอด คัน และมีเลือดออกระหว่างมีเพศสัมพันธ์ พบร้อยละ 45-63 (Nappi et

al., 2010) ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง เกิดอาการเบื่อและไม่สนใจทางเพศ ร้อยละ 21 (อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ และคณะ, 2544)

อาการปัสสาวะบ่อย มักจะเกิดอาการปวดแสบปวดร้อนขณะถ่ายปัสสาวะ ซึ่งมักจะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) ซึ่งพบมากกว่าสตรีปกติ ถึงร้อยละ 40 (ชัยเลิศ พงษ์นริศร, 2560; Johnson et al., 2005; McPherson et al., 2005) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ส่งผลรบกวนคุณภาพชีวิตของสตรีอย่างยิ่ง (ชัยเลิศ พงษ์นริศร, 2560; Mahajan et al., 2016) ในรายที่เนื้อเยื่อหย่อนมากก็จะมีผนังช่องคลอด และมดลูกเคลื่อนต่ำออกมานอกปากช่องคลอด เรียกว่า โรคกระบังลมหย่อน (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ หลงลืมง่าย ปวดข้อและกล้ามเนื้อ เหนื่อยเพลีย คิดเป็นร้อยละ 90.90, 87.05, 83.12 ตามลำดับ อาการที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด สตรีที่ใกล้หมดระดู และสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ คือ อาการร้อนวูบวาบ ซึ่งพบได้มากที่สุด (ร้อยละ 70.7) ในกลุ่มสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด อาการหงุดหงิดง่าย และมีความต้องการทางเพศลดลงพบได้มากที่สุด ในกลุ่มสตรีระยะใกล้หมดระดู คิดเป็นร้อยละ 87.6 และ 75.5 ตามลำดับ อาการช่องคลอดแห้ง พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 62.8) ในกลุ่มสตรีระยะหมดระดูโดยธรรมชาติ (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550)

จากกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมา เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายและด้านจิตใจในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ต้องประสบกับปัญหาชีวิตประจำวัน บางรายอาจมีปัญหามากน้อยไม่เท่ากัน จนรบกวนคุณภาพชีวิต การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยประเมินจากการรับรู้ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ยังไม่มีการศึกษาระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่อการเกิดอาการ และระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ โดยการศึกษาเป็นระยะ ๆ ในช่วง 4 เดือนแรกภายหลังการผ่าตัด อาการที่มักจะเกิดขึ้นต้องมีการจัดการอาการ เพื่อลดผลกระทบของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

การจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ดและคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อใช้ในการศึกษาประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด วรรณกรรมที่เกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ดและคณะ (Dodd et al., 2001) รวมถึงการทบทวนและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ดังนี้

แบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ดและคณะ (Symptom Management Model)

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ดและคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการและนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจาก University of California, San Francisco (UCSF) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการศึกษาการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษา ตามที่ดอด์ดและคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ระบุไว้ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกายถูกทำให้เกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จึงทำให้บุคคลได้แสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง จึงหาวิธีจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นลดลงหรือหายไป (Dodd et al., 2001)

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ด และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งจะประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์อาการ (Symptom Experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมีรายละเอียดของแต่ละมโนมติดังนี้

1) ประสบการณ์อาการ (Symptom Experience) กำหนดให้เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการที่เผชิญอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ (1) การรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมถูกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างผิดปกติ (2) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) หมายถึง การพิจารณาถึงความถี่และความรุนแรงของอาการ และ (3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) หมายถึง ความทุกข์ทรมานของอาการและการรบกวนในชีวิตประจำวัน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนพฤติกรรมที่ถูกปรับใช้เพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2) วิธีการจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) ให้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ การตอบสนองและการยอมรับของแต่ละบุคคลในการจัดการอาการ เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อขจัดปัญหาหรือชะลอผลกระทบของการเกิดอาการ โดยกระบวนการดูแลตนเอง (Self- care) การใช้ยา (Biomedical) และการจัดการอาการโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการประเมินอาการซึ่งเป็นขั้นตอนเริ่มต้นในการระบุปัญหา และวางเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการอาการได้แก่ วิธีที่จะใช้ในการจัดการอาการ (What) สถานที่จัดการอาการ (Where) เวลาในการจัดการอาการ (When) เหตุผลในการจัดการอาการ (Why) ผู้ที่ทำการจัดการอาการ (Who) วิธีการจัดการอาการ (How) บุคคลที่ได้รับการจัดการอาการ (To Whom) และปริมาณหรือความเข้มข้นในการจัดการอาการ (How much) (Dodd et al., 2001)

3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นการรับรู้ผลของการจัดการอาการ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการครอบคลุมใน 8 ด้าน ได้แก่ สภาพอาการ (Symptom Status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) สภาพอารมณ์ (Emotional Status) การดูแลตนเอง (Self-care) อัตราการตาย (Mortality) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) และอัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity & Co-morbidity) (Dodd et al., 2001)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม (Dodd et al., 2001) ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล (Person Domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึง จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (Physiological) รวมทั้งระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล

2) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Illness Domain) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Risk Factors) สภาวะทางสุขภาพ (Health Status) โรคและการได้รับบาดเจ็บ (Disease and Injuries)

3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) รวมถึงบริเวณบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) ประกอบด้วย เครือข่าย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural Environment) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ และศาสนา (Dodd et al., 2001)

ตามแนวคิดแบบจำลองในการจัดการอาการของดอด์ด และคณะ (Dodd et al., 2001) อาจจะสรุปได้ว่าภายหลังจากการได้รับการรักษา บาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการของบุคคลที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล วิธีการจัดการอาการที่ถูกเลือกถูกกำหนดจะแตกต่างกันไป แตกต่างกันไป เพื่อให้อาการถูกบรรเทาลงหรือหายไป การจัดการอาการอาจมีหลายวิธี ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล เมื่อวิธีการเหล่านั้นถูกนำมาใช้ได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม หากวิธีการจัดการอาการไม่ได้ผล วิธีการจัดการอื่นจะถูกแสวงหาหรือบุคคลอื่น วิธีการจัดการอาการอื่น ๆ จะเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น จะถูกเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการอาการ ตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ความสามารถในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจะถูกเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลจะถูกทำให้เกิดขึ้น

การจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

การศึกษาการจัดการอาการประยุกต์ตามแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการของดอด์ด และคณะ (Dodd et al., 2001) มักพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (ธิดารัตน์ คำบุญ, 2560; จุรีย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานัตร, และจารุวรรณ มานะสุรการ, 2556; แสงระวี แทนทอง, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559; สุชาวดี รุ่งแจ้ง และรัชนี นามจันทรา, 2559; Weeda, Bradshaw, Judge, Saraswati, & Souëf, 2018) ไม่พบการศึกษาในสตรีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการจัดการอาการภาวะหมดระดู ซึ่งมักจะรวมทั้งการหมดระดูตามธรรมชาติ และการหมดระดูจากการผ่าตัด วิธีการจัดการอาการแบ่งออกเป็น การจัดการอาการโดยการใช้ยาฮอร์โมนทดแทน และไม่ใช้ยาฮอร์โมนทดแทน ดังนี้

1) การจัดการอาการโดยการใช้ยาฮอร์โมนทดแทน

การให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy: HRT) หรือการรักษาด้วยฮอร์โมนในสตรีที่มีภาวะหมดระดู (Menopausal Hormonal Therapy: MHT) เป็นการรักษาที่ให้ฮอร์โมนเข้าไปทดแทนฮอร์โมนที่ขาด ใช้ในการรักษาสตรีที่มีภาวะหมดระดูที่มีอาการมาก หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพจากการขาดฮอร์โมน (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) ไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีที่ไม่มีอาการของภาวะหมดระดู เนื่องจากพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2561)

ข้อบ่งชี้ของการให้ MHT ในสตรีที่มีภาวะหมดระดู (ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2561; สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2565) มีดังนี้

(1) รักษาอาการที่สัมพันธ์กับวัยหมดระดู โดยเฉพาะอาการเกี่ยวกับระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด และการควบคุมอุณหภูมิ หรือ Vasomotor Symptoms เช่น อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกเวลากลางคืน

(2) รักษาอาการซึ่งเกิดจากการเหี่ยวฝ่อของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์การให้ฮอร์โมนทดแทนจะช่วยเพิ่มเซลล์เยื่อบุช่องคลอด และลดอาการทางช่องคลอด

(3) ป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน การให้ฮอร์โมนทดแทน จะช่วยป้องกันการลดลงของมวลกระดูก

สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย (2565) ได้เสนอแนวทางเกี่ยวกับการนำฮอร์โมนทดแทนมาใช้ในสตรีวัยหมดระดู ดังนี้

(1) ใช้เพื่อการรักษาอาการขาดฮอร์โมนของวัยหมดระดู (Menopausal Symptoms) ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น กลุ่มอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืนในวัยหมดระดู (Vasomotor Symptoms, VMS) กลุ่มอาการของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะในวัยหมดระดู (Genitourinary Syndrome of Menopause) อาการอื่นของวัยหมดระดู เช่น อารมณ์แปรปรวน อารมณ์เศร้า วิตกกังวล อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือข้อ นอนไม่หลับ เป็นต้น ยังคงสามารถใช้ฮอร์โมนทดแทนได้ตามปกติ ประโยชน์จากการใช้มีมากกว่าความเสี่ยง

(2) ควรใช้ฮอร์โมนทดแทนในขนาดที่ต่ำสุดที่ยังคงประสิทธิภาพของการรักษา

(3) สตรีที่หมดระดูหรืออยู่ในภาวะขาดเอสโตรเจนก่อน 45 ปี ทั้งตามธรรมชาติและจากการผ่าตัดหรือสาเหตุอื่น ๆ และการใช้ยาฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างเดียวในรายที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแล้ว ยังสามารถใช้ได้ต่อเนื่องตามปกติ

(4) ในรายที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนชนิด Conjugated Equine Estrogen (CEE) ร่วมกับ Medroxy-Progesterone Acetate (MPA) ในระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหัก รายที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อใช้มากกว่า 5 ปี ควรพิจารณากลับมาทบทวนใหม่ถึงความเสี่ยง เกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนทดแทนก่อนจะให้ฮอร์โมนทอแทนต่อเนื่อง

(5) เพื่อป้องกันในการสูญเสียมวลกระดูกและป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดระดู

ข้อห้ามการใช้ฮอร์โมนในสตรีที่มีภาวะหมดระดู และข้อควรระวัง มีดังนี้ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; ประสงค์ ตันมหาสมุทร, ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และปณิชา จันทราพานิชกุล, 2567; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560; สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย, 2565)

(1) เป็นโรคหรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดอุดตัน

(2) มีเลือดออกจากโพรงมดลูกผิดปกติ ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือไม่ทราบสาเหตุ

(3) มีภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว ที่ยังไม่ได้รับการรักษา

(4) เป็นโรคหรือเคยเป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม

(5) เป็นโรคหรือเคยเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก

(6) โรคตับหรือมีการทำงานของตับผิดปกติ

(7) มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากผิดปกติ (มากกว่า 750 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglyceride Level) มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(8) เป็นโรคความดันโลหิตสูง

(9) เคยเป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

(10) เคยเป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

(11) สตรีในขณะตั้งครรภ์

(12) สตรีที่มีภาวะแคลเซี่ยมในเลือดสูง

(13) เป็นโรคตับอ่อนอักเสบ

การใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ให้ใช้ในการรักษาบรรเทาอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ โดยให้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดจนถึงวัยหมดระดูตามธรรมชาติคืออายุประมาณ 50 ปี ส่วนมากการให้ฮอร์โมนเพื่อการรักษามักจะให้ในผู้ป่วยที่มีอาการ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้และช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและภาวะกระดูกพรุน แต่การรับฮอร์โมนทดแทนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 15 ปี ขึ้นไป อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมสูง โดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนี้อาการข้างเคียงจากการใช้ฮอร์โมนทดแทน ได้แก่ อาการเจ็บตึงเต้านม อาการบวม เป็นสิว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ นิ่วในถุงน้ำดี และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ ดังนั้นการได้รับยาฮอร์โมน จึงควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแล เมื่อหยุดยาฮอร์โมนอาการก็จะเกิดขึ้นใหม่ ดังนั้น การหยุดยาควรปรึกษาแพทย์เช่นกัน (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) อย่างไรก็ตามการให้ยาฮอร์โมนยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการจัดการอาการของภาวะหมดระดู (Jennifer, 2020; Lee et al., 2020; NHS, 2020)

ยาฮอร์โมนทดแทนนอกจากชนิดรับประทานแล้ว ยังมีการใช้ฮอร์โมนทดแทนเฉพาะที่ เช่น ครีมทาบริเวณช่องคลอด ยาที่ใช้สอดภายในช่องคลอด ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูและมีช่องคลอดแห้ง การใช้เอสโตรเจนครีมขนาด 0.625 มิลลิกรัม ทาช่องคลอดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ช่วยให้เยื่อบุช่องคลอดมีดัชนีความสมบูรณ์ดีขึ้น (ฟองฝน ผลจันทร์, สนธยา พิริยะกิจไพบูลย์, และปิยาวดี วุฒิกรสัมมากิจ, 2563) และในปัจจุบันได้มีการนำเอายาเจลฮอร์โมนเฉพาะที่มาใช้ เช่น Siriraj E2gel (ประสงค์ ตันมหาสมุทร และคณะ, 2567)

2) การจัดการอาการ โดยไม่ใช้ฮอร์โมนทดแทน

นอกจากการรับยาฮอร์โมนทดแทนจะมีส่วนสำคัญในการจัดการอาการในภาวะหมดระดูแล้ว ยังมีวิธีปฏิบัติการดูแลตนเอง ในการจัดการอาการจากภาวะหมดระดู ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น สตรีไม่ต้องการใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในระยะหมดระดู ควรได้รับทราบข้อมูลถึงการมีทางเลือกอื่นที่จะช่วยรักษาคุณภาพชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้สมุนไพร การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) ในการจัดการอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาฮอร์โมนทดแทน เป็นการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาอาการและยังเป็นการดูแลตนเองในการรักษาสุขภาพตั้งแต่เบื้องต้น การป้องกันและลดความเสี่ยงใน

การเกิดโรคที่จะเป็นผลจากการขาดฮอร์โมนในภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ทั้งนี้ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการและการดูแลตนเอง ได้ศึกษาจากแนวปฏิบัติ และข้อแนะนำของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด และสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ

2.1) การจัดการอาการภาวะหมดระดู

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและข้อแนะนำแก่สตรีในการจัดการอาการของภาวะหมดระดูด้วยตนเองมีดังนี้

2.1.1) อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน

ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน ได้แก่ สวมใส่เสื้อผ้าที่ทำจากเส้นใยธรรมชาติ เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าลินิน เป็นต้น เพราะว่าสามารถระบายอากาศหรือเหงื่อได้ดี และดูดซับเหงื่อทำให้ผิวแห้งและเย็นกว่าเส้นใยสังเคราะห์ การจัดการให้อากาศในห้องที่อยู่เย็น ๆ และอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีพัดลมแบบพกพา การอาบน้ำช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ และช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย และถ้าอาบช่วงเย็นก่อนนอน ช่วยให้ร่างกายเย็นลง ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น อาหารเผ็ด เค็ม หวาน ช็อคโกแลต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มร้อน ๆ ในตอนกลางคืน และดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ เพื่อช่วยลดอาการเหงื่อออกตอนกลางคืน เมื่อมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น การใช้เทคนิคในการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ การฟังดนตรี ในการลดน้ำหนักผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน และการปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ (นิภาพรรณ มะลิซ้อน, 2558; Sangamam & Sreelakshmy, 2017)

นอกจากนั้นดื่มนมถั่วเหลืองช่วยลดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืนได้ (จิณณพัต มั่งมี, 2562; ธิดารัตน์ จันทร์ดอน, 2562; Taku et al., 2010) เนื่องจากนมถั่วเหลืองมีสารไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogens) โดยเฉพาะในกลุ่มไอโซฟลาโวน (Isoflavones) ซึ่งมีโครงสร้างที่คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายมนุษย์ เมื่อมีระดับเอสโตรเจนลดลงจะเกิดอาการร้อนวูบวาบ จึงช่วยบรรเทาอาการได้ (Taku et al., 2010)

2.1.2) อาการนอนไม่หลับ

อาการนอนไม่หลับของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจำนวนมากเกิดจากอาการเหงื่อออกตอนกลางคืนและความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้สตรีรู้สึกหงุดหงิด ขาดสมาธิ และมีอาการหลงลืม การปฏิบัติที่ช่วยให้ผ่อนคลายนอนหลับได้ดี ได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนในเวลา

เดิมทุกวัน หรือถ้ามีอาการนอนไม่หลับ ให้ลุกขึ้นมาอ่านหนังสือหรือฟังเพลง เมื่อรู้สึกเพลียจึงเข้านอน การใช้เวลานอนมากเกินไปจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และทำให้มีอาการอ่อนเพลียในช่วงกลางวัน การบริหารการหายใจและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความเครียด และการนอนหลับให้ดีขึ้น การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ และทำกิจวัตรประจำก่อนนอน เช่น การอ่านหนังสือ การสวดมนต์ ใกล้เวลานอน 2 ชั่วโมง ควรจะหลีกเลี่ยงการออกกำลัง (ชมพูนุช สุภาพวานิช, นิธิวดี นุ่นสังข์, และชัยณรงค์ ชูทอง, 2559; สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; Guangning et al., 2017)

2.1.3) อาการช่องคลอดแห้ง จะทำให้มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ จะมีอาการแสบ ร้อน มีระคายเคืองของอวัยวะเพศ จนถึงขั้นมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) มีการจัดการอาการดังนี้

(1) การใช้ครีมสารหล่อลื่น (Lubricant) หรือสารที่ให้ความชุ่มชื้นต่อผนังช่องคลอด (Vaginal Moisturizer) เช่น Oil, Water-Soluble Product, Glycerine (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาภิบาล, และธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, 2560) หรือจะเป็นเจล ของเหลว หรือเป็นเม็ดสำหรับช่องคลอดโดยเฉพาะ เช่น Sylk, ReplensMD, Astroglide, K-Y Jelly ใช้ทาภายในช่องคลอด หรือสอดช่องคลอดทำให้ผนังช่องคลอดชุ่มชื้นช่วยลดอาการช่องคลอดแห้ง และลดอาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ (Lee et al., 2020; NHS, 2020)

(2) การรักษาด้วยสมุนไพร เช่น กวาเครือขาว สามารถนำมาเป็นยาฮอร์โมนทดแทนได้ เหมาะสำหรับผู้หญิงที่หมดประจำเดือน ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นเพื่อป้องกันช่องคลอดแห้ง

(3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผัก ผลไม้ เพราะจะมีส่วนช่วยในการเพิ่มน้ำหล่อลื่นในช่องคลอด เช่น กล้วยหอม น้ำมะพร้าว และถั่วเหลือง การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

2.1.4) ความต้องการทางเพศลดลง

เป็นผลอันเนื่องมาจากช่องคลอดแห้ง ในการจัดการอาการดังกล่าวสามารถช่วยให้ความต้องการทางเพศดีขึ้น นอกจากนี้ควรลดความเครียดและทำจิตใจให้แจ่มใส เพราะความเครียดจะส่งผลให้อารมณ์ทางเพศลดลง (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.1.5) อาการด้านอารมณ์และจิตใจ

อาการทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความซึมเศร้า อ่อนไหวง่าย ท้อแท้ เหงาหงอย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด หลงลืม เศร้า แนะนำไม่ให้อยู่คนเดียว แนะนำให้อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน หรือเพื่อนฝูง เข้าวัดฟังเทศน์ฟังธรรม ฝึกทำใจให้สงบ และปล่อยวาง (สุกรี สุนทราภา, 2557) วิธีการจัดการอาการควรทำร่วมกับการอออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น โยคะ ไทชิ เป็นต้น สามารถช่วยลดอาการทางอารมณ์และจิตใจ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

2.2) การดูแลตนเองในการรักษาสุขภาพในภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ข้อแนะนำในการดูแลตนเอง มีดังนี้

2.2.1) การจัดการดูแลด้านโภชนาการ เนื่องจากการทำงานของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้ มีน้ำย่อยอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่ดี อาหารที่ไม่สามารถถูกย่อยโดยแบคทีเรียภายในลำไส้ ส่งผลให้เกิดการปล่อยก๊าซออกมา ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแน่นท้อง และท้องอืดได้ อีกทั้งเมื่อมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง อาการท้องผูกก็อาจเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นควรมีหลักในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจึงควรปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการดังกล่าวดังนี้ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; ประวีดา ดำแดง, 2563)

(1) การรับประทานอาหารในประเภทที่ให้สารอาหารโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินิน เพื่อช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่ง Growth Hormone สารอาหารเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยในการเจริญเติบโตของเซลล์ และซ่อมแซมในส่วนที่สึกหรอของร่างกาย อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการหลับอย่างมีคุณภาพ อาหารที่เป็นแหล่งของสารอาหารดังกล่าว ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วเขียว งาขาว กุ้งแห้ง ปลาป่น ปลาทะเล ไข่ และนม เป็นต้น

(2) การรับประทานอาหารในประเภทผัก ผลไม้ และข้าวไม่ขัดสีเพิ่มขึ้น เพื่อทำให้ได้เส้นใยอาหารมีมาก ช่วยดูดซับสารอาหารไขมัน ซึ่งเป็นการลดคลอเลสเตอรอลในเลือด และน้ำดีในลำไส้ ทำให้ได้รับสารอาหารไขมันลดลง และยังช่วยป้องกันท้องผูก ทำให้ผิวพรรณผ่องใส ลดการเกิดมะเร็งลำไส้ และป้องกันอาการท้องอืด ในหนึ่งวันควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารประมาณ 25-30 กรัม อาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก ได้แก่ ผัก ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน ธัญพืชต่าง ๆ เป็นต้น

(3) การรับประทานอาหารที่มีปริมาณแคลเซี่ยมสูงแนะนำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกและป้องกันการเกิดภาวะโรคกระดูกพรุน โดยรักการบประทานให้เพียงพอ สตรีที่มีภาวะหมดระดูควรรับประทานแคลเซี่ยม ปริมาณ

1,000-1,500 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่มีแคลเซี่ยมสูงแหล่งของสารอาหารดังกล่าว ได้แก่ ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งฝอย กุ้งแห้ง ปูทะเล กะปิ นมวัว ถั่วแดง คะน้า ผักใบเขียว เมล็ดงา สาหร่ายทะเล ใบชะพลู ใบยอ เห็ดหอม มะขามฝักสด นม และโยเกิร์ต เป็นต้น

(4) การรับประทานอาหารจำพวกพืชให้เอสโตรเจนสูง สามารถใช้แทนฮอร์โมนที่สังเคราะห์ได้แต่อาจมีประสิทธิภาพต่ำกว่า อาหารที่มีปริมาณเอสโตรเจนสูงถูกแนะนำให้หลีกเลี่ยงโดยเฉพาะในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากเอสโตรเจนมีผลกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์เต้านม ซึ่งอาจเพิ่มโดอกาสในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วดำ งา ฟักทอง กะหล่ำปลี บล็อกโคลี่ แครอท ข้าวโพด มะละกอ มันฝรั่ง และข้าวกล้อง เป็นต้น โดยที่ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเหลืองจะมีสารไอโซฟาลวอล ซึ่งมีอนุพันธ์หนึ่งของไฟโตเอสโตรเจน สารที่มีลักษณะคล้ายกับฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงพบว่า สามารถช่วยป้องกันการเสื่อมของเยื่อบุของทางเดินปัสสาวะได้ และอาจถูกใช้ในการป้องกันกลุ่มอาการของภาวะหมดระดู

(5) การรับประทานอาหารธรรมชาติที่มีปริมาณวิตามินสูง ได้แก่ (5.1) วิตามินเอ ที่ละลายได้ดีในไขมัน และมีผลต่อการเจริญเติบโต มีการสร้างกระดูก และระบบสืบพันธุ์ เป็นต้นนอกจากนั้นยังสามารถป้องกันระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังและผมแข็งแรง (5.2) วิตามินดี ช่วยในการสร้างโปรตีนในการดูดซึมแคลเซี่ยม และนำแคลเซี่ยมไปสร้างกระดูก ควบคุมปริมาณแคลเซี่ยมในเลือด (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการแตกหักของกระดูก ช่วยให้การทำงานของหลอดเลือดเป็นไปด้วยดี และยังสามารถช่วยลดการตายจากโรคมะเร็ง โรคภูมิต้านทานเนื้อเยื่อตนเอง และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจขาดเลือดอีกด้วย (5.3) วิตามินอี ทำหน้าที่ต้านและลดการผลิตสารอนุมูลอิสระ และเป็นสารที่ร่างกายยังต้องขจัดออก สารอนุมูลอิสระจะทำลายเซลล์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งและหัวใจ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันเซลล์จากการทำลายของสารอนุมูลอิสระ ชะลอการเสื่อมของเซลล์ และชะลอความแก่ ป้องกันหลอดเลือดแดงหัวใจแข็งตัว ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูควรจะได้รับวิตามินอี วันละ 22.5 มิลลิยูนิต หรือ 1.5 มิลลิกรัม (5.4) วิตามินซี ช่วยให้มีการเสริมสร้างเซลล์เนื้อเยื่อ เป็นตัวสำคัญในการสร้างคอลลาเจน เพิ่มไขมันดีในเลือด (HDL-C) ลดไขมันไม่ดีในเลือด (LDL-C) นอกจากนี้วิตามินซียังช่วยต่อต้านสารอนุมูลอิสระ ป้องกันการเกิดมะเร็ง ช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก และเสริมสร้างภูมิต้านทานในร่างกายอีกด้วย และ (5.5) วิตามินบีรวม มีความสำคัญกับสตรีที่มีหมดระดู ช่วยทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้อย่างสมดุล ทำให้ระบบประสาททำงานกันได้ดี การรับประทานวิตามินบี 6

ซึ่งมีอยู่ในเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ถั่วเหลือง น้ำนมวัวและข้าว ช่วยลดความจำเสื่อม และนอนไม่หลับ เป็นต้น (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

(6) หลีกเลี่ยงอาหารประเภทโซเดียมหรือเกลือ แอลกอฮอล์ น้ำตาล คาเฟอีน โดยเฉพาะสตรีวัยหมดระดูที่นอนไม่หลับ อาหารประเภทรสหวานหรือเค็มมากเกินไป ซึ่งมีผลต่อระบบการขับถ่ายปัสสาวะ การระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ และการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

(7) ลดการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ให้รับประทานประเภทเนื้อปลาแทน งดการบริโภคหนังเป็ด หนังไก่ ซึ่งจะมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง และส่งผลกระทบอาจทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

(8) งดการรับประทานประเภทกะทิ งดการใช้ไขมันจากสัตว์ ใช้น้ำมันพืช น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพดแทน

(9) ควรจะหลีกเลี่ยงพวกบุหรี่ ชา กาแฟ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพื่อให้การเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(10) ลดอาหารประเภทไขมันและของหวาน โดยจะเพิ่มการรับประทานประเภทผัก และผลไม้ เพื่อรักษาน้ำหนักตัวไว้ให้คงที่ และได้สัดส่วน

(11) ควรดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยปริมาณที่แนะนำอยู่ที่ปริมาณวันละ 8-10 แก้ว น้ำถือว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกายและเซลล์ในร่างกาย ซึ่งมีบทบาทในการนำของเสียออกจากร่างกาย การลำเลียงสารอาหารที่ย่อยแล้วไปยังอวัยวะต่าง ๆ ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ตลอดเวลา รวมทั้งทำให้ร่างกายสดชื่น (สหภูมิ ศรีสุมะ, 2567)

(12) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นโรคอ้วน หรือมีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 220 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงต้องมีการจัดการของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เพื่อให้การควบคุมภาวะอ้วน รวมถึงต้องมีการออกกำลังกาย โดยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหาร เพื่อลดโคเลสเตอรอลในเลือด โดยงดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัว และจำกัดพลังงานจากไขมันให้อยู่ในระหว่างร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมด โดยใช้น้ำมันพืชเพราะจะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัว งดใช้น้ำมันสัตว์และกะทิ ควรจะรับประทานปลาทะเลเพิ่ม เนื่องจากมีไขมันไม่อิ่มตัวและอาร์จีนิน (L-Arginine) สูง ช่วยในการเผาผลายไขมัน เพื่อไปกระตุ้นการสร้าง HDL-C (ประวีดา ดำแดง, 2563)

2.2.2) การจัดการด้านการออกกำลังกาย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายให้ทำอย่างสม่ำเสมอ สามารถทำให้อาการและความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูทุเลาลงได้ และ ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีภูมิต้านทานโรคได้ดีขึ้น สามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของระบบหัวใจและปอด ระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ เส้นใยเอ็นยืดหดได้ดีและมีความแข็งแรง ระบบย่อยอาหารดีขึ้น ท้องไม่ผูก ระบบขับถ่ายดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น พักผ่อนนอนหลับดี ระบบขับถ่ายของเสียในร่างกายดีขึ้น ผิวหนังขับเหงื่อดีขึ้น ระบบประสาทดีขึ้น ร่างกายสดชื่น แจ่มใส ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ร่างกายมีรูปร่างได้สัดส่วน และช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายได้ดี ทำให้แก่ช้าและมีอายุยืน

หลักการออกกำลังกายให้เริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายทีละน้อย ๆ การออกกำลังกายด้วยวิธีการง่าย ๆ และเพิ่มความยากเป็นลำดับ ให้ทุกส่วนของร่างกายได้ออกกำลังและควรจะออกกำลังกายให้ทำอย่างสม่ำเสมอ อาจจะทำทุกวัน หรือทุกสองวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมในสตรีที่มีภาวะหมดระดู กิจกรรมนั้นต้องออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานพอ จึงจะมีผลต่อความทนทานของปอด ระบบหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือด เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ หรือการวิ่งจ๊อกกิ้ง การว่ายน้ำ หรือการปั่นจักรยาน การเต้นแอโรบิก โยคะ เป็นต้น

(1) การเดินเร็ว (Walking) เป็นกิจกรรมทั้งง่ายและเป็นธรรมชาติ และสะดวก เหมาะสมกับผู้ที่เริ่มต้นการออกกำลังกาย เนื่องจากจะไม่หนักจนเกินไปแล้ว การเดินควรเดินข้ามยาว แกว่งแขนแรงเพื่อช่วยในการทรงตัว เดินเร็วควรให้ติดต่อกันอย่างน้อย 10-15 นาที

(2) การวิ่งเหยาะ ๆ หรือการวิ่งจ๊อกกิ่ง (Jogging) เป็นกิจกรรมที่ง่ายและเป็นธรรมชาติ ควรสวมรองเท้าผ้าใบหรือรองเท้าวิ่งเพื่อกันการกระแทกพื้นของเท้า วิ่งในจังหวะที่สม่ำเสมอไม่หนักจนรู้สึกหอบ ถ้าวิ่งไปด้วยพูดไปด้วยได้ แสดงว่าไม่หนักเกินไป เวลาลงเท้าให้ส้นเท้าสัมผัสพื้นก่อนแล้วถ่ายน้ำหนักลงที่ฝ่าเท้าต่อด้วยน้ำหนักลงที่ปลายเท้า เข่าไม่ยกสูงมาก ลำตัวและศีรษะตั้งตรง ข้อศอกงอเล็กน้อย กำมือหลวม ๆ ควรวิ่งเหยาะ ๆ ให้ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 20 นาที

(3) การว่ายน้ำ (Swimming) หรือการปั่นจักรยาน เป็นกิจกรรมที่ให้ประโยชน์มาก แต่มีข้อจำกัด เรื่องสถานที่เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวมาก และผู้ที่มักบาดเจ็บบริเวณข้อต่อ เพราะน้ำจะเป็นตัวช่วยลดแรงกระแทก และช่วย

พยุงน้ำหนักตัวขณะเคลื่อนไหวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับข้อต่อได้เป็นอย่างดี สำหรับผู้ที่ว่ายน้ำไม่เป็นก็อาจทำกายบริหารหรือเต้นแอโรบิกในน้ำก็ได้ ควรออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที

(4) การเต้นแบบแอโรบิก (Aerobic Dance) การนำเอาท่าบริหารต่าง ๆ แบบผสมผสานกับทักษะการเคลื่อนไหวเบื้องต้น และจังหวะการเต้นรำท่าประกอบดนตรี เร็วขึ้นตามต้องการ ปัจจุบันเป็นที่นิยมของทุกเพศทุกวัย

(5) การฝึกโยคะ (Yoga) เป็นการออกกำลังกายรูปแบบหนึ่งที่ดีสำหรับทุกวัย สามารถลดอาการร้อนวูบวาบ ได้ส่งเสริมทำให้ร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรจะมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องวันละ 3 ครั้ง ๆ นานประมาณ 50-60 นาที ทำต่อเนื่องนาน 8-12 สัปดาห์

ประโยชน์การออกกำลังกายของสตรีที่มีภาวะหมดระดู (มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2567)

(1) ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของปอดและหัวใจ

(2) ช่วยลดความรู้สึกความอยากอาหารและกระตุ้นกระบวนการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ทำให้น้ำหนักลดลง เนื่องจากฮอร์โมนในร่างกายที่แปรปรวน อาจทำให้อยากอาหารเพิ่มมากขึ้น สิ่งที่ตามมา ก็คือพลังงานสะสมส่วนเกินและความอ้วน ดังนั้นจึงต้องจัดตารางเวลา การออกกำลังกายให้กับตัวเองเป็นประจำ สม่ำเสมอ

(3) ชะลอไม่ให้กระดูกเปราะบางหักง่าย เนื่องจากเป็นวัยที่มีความสูญเสีย ลดการดูดซึมแคลเซี่ยมทำให้กระดูกไม่แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน จึงต้องมีการออกกำลังกายเพื่อกระดูกที่แข็งแรงและกล้ามเนื้อเพิ่มความแข็งแรงทนทาน

(4) กิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลาย การลดความเครียด ช่วยทำให้การนอนหลับได้นานขึ้น

ภาวะที่ควรงดออกกำลังกาย ได้แก่ การเจ็บป่วย โดยเฉพาะมีการอักเสบของส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ภายหลังจากการฟื้นไข้ใหม่ ๆ หรือหลังรับประทานอาหารใหม่ ๆ ในเวลาที่อากาศร้อนจัดอบอ้าวมาก บุคคลที่ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การออกกำลังกายควรอยู่ในความดูแลและดุจพินิจของแพทย์

อาการที่แสดงว่าควรหยุดการออกกำลังกาย ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยมากผิดธรรมดา หัวใจเต้นแรงมาก หายใจขัดหรือหายใจไม่ทั่วท้อง หน้ามืด คลื่นไส้ หรือวิงเวียนศีรษะ ชีพจรเต้นเร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที เป็นต้น เมื่อมีอาการดังกล่าวขณะออกกำลังกาย

ควรหยุดออกกำลังกาย นั่งพัก หรือเอนนอน ราบจนหายเหนื่อย และควรให้แพทย์ตรวจสอบอาการต่อไป

2.2.3) การจัดการการพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด

การพักผ่อน คือ การหยุดพักการประกอบภารกิจหรือการเล่นใด ๆ และเพื่อช่วยให้ร่างกายได้มีการผ่อนคลายความตึงเครียด และลดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าอ่อนเพลีย และภาวะเครียดลดลง ทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่นแจ่มใส มีพละกำลังขึ้นมาอีก การพักผ่อนยังทำให้มีโลหิตไหลเวียน นำเอาอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และนำของเสียออกจากกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายมีพละกำลังที่จะทำกิจกรรมต่อไป การพักผ่อนรวมถึงการนอนหลับ ควรนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ควรดื่มชา กาแฟ ก่อนนอน ขณะนอนหลับควรปล่อยอารมณ์และจิตใจให้สบาย นอนในที่อากาศบริสุทธิ์ การพักผ่อนจึงมีความสำคัญต่อการได้พักของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นบ่อเกิดของโรคหลายชนิดและเป็นสิ่งกระตุ้นให้โรคที่เป็นอยู่ลุกลามขยายตัวอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และต้องไม่ให้ความเครียดสะสมอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน การจัดการความเครียดมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคน เช่น การนำธรรมะตามหลักศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติธรรม การฝึกสมาธิการพูดคุยระบายความในใจ การเขียนหนังสือ การแต่งงานประพันธ์ การท่องเที่ยว การวาดภาพ การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย การทำอาหาร เป็นต้น สามารถเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

ในการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด มีหลายวิธี การจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดข้างต้นเป็นวิธีการที่เสนอแนะในแนวปฏิบัติ และบางวิธีเป็นผลจากการวิจัยเชิงทดลอง ยังไม่มีการศึกษาวิธีการจัดการอาการที่มาจากประสบการณ์ของสตรีกลุ่มนี้การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอด์ด และคณะ(Dodd et al., 2001) โดยศึกษาวิธีการที่สตรีใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในการบรรเทาอาการหรืออยู่กับอาการนั้น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีการรับรู้ปกติ มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการหมดระดูจากการผ่าตัดได้ การจัดการอาการเป็นพลวัต (Dynamic) ถ้าใช้วิธีใดวิธีหนึ่งแล้วไม่ดีขึ้น สตรีสามารถเลือกใช้วิธีอื่นในการจัดการอาการต่อไป จนกว่าอาการนั้น ๆ จะลดลง เกิดผลลัพธ์ตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความ “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental) (The WHOQOL Group, 1995)

การประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดู

สตรีที่มีภาวะหมดระดูที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ ในร่างกาย ที่เป็นผลเนื่องมาจากระดับฮอร์โมนเพศในร่างกาย และอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะส่งผลรบกวนความเป็นอยู่ของสตรี คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจึงเป็นผลของอาการต่าง ๆ ของภาวะหมดระดู คุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วย 4 ด้านตามกลุ่มอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดู ได้แก่ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor) ด้านจิตสังคม (Psychosocial) ด้านร่างกาย (Physical) และด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual) ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะกับสตรีที่มีภาวะหมดระดูจึงนิยมใช้วัดจากผลกระทบของกลุ่มอาการภาวะหมดระดูต่าง ๆ ของภาวะหมดระดูต่อการดำเนินชีวิต

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตได้มีการนำมาใช้ในการประเมินถึงคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดู มีหลายเครื่องมือ ดังนี้

1) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดระดู (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยฮิลดิทช์ และคณะ (Hilditeh et al., 1996) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย อังคณา พงค์ผาติโรจน์ และคณะ (2544) เป็นแบบสอบถามวัดผลกระทบของอาการต่อชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดระดู ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ คำถามวัดคุณภาพชีวิตที่ถูกกระทบจากอาการ 4 ด้าน คือ (1) อาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor Domain) มีจำนวนคำถาม 3 ข้อ (2) อาการทางด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Domain) มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ (3) อาการทางด้านร่างกาย (Physical Domain)

มีจำนวนคำถาม 16 ข้อ และ (4) อาการทางด้านเพศสัมพันธ์และความรู้สึกทางเพศ (Sexual Domain) มีจำนวนคำถาม 3 ข้อ

2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล (2540) ได้พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จำนวน 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด รวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ รวมมีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบสามารถประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) และวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) (2) ด้านจิตใจ (Psychological) (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

3) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต European QOL-5 Dimensions (EQ-5D) หรือ Euro QOL เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว (Movement) การดูแลตนเอง (Self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Dairy Activity) ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย (Pain/Discomfort) และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Anxity/Depression) (EuroQol Group Excertive office, 2013)

4) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต The Short Form Health Survey 36 (SF36) (รพีพรรณ อุปการ, ทิพวรรณ เรืองเจริญ, ภัชรา ศรสุวรรณ, และอมรรัตน์ อินทรจนา, 2552; National Institutes of Health, 2015) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ วัดสุขภาพ 2 ด้าน คือ (1) สุขภาพด้านร่างกาย (Physical Health) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) ข้อจำกัดในการทำบทบาทจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Role Limitations from Physical Problems) ความปวดทางร่างกาย (Bodily Pain) และสุขภาพทั่วไป (General Health) และ (2) สุขภาพด้านจิตใจ (Mental Health) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความมีชีวิตชีวา (Vitality) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ข้อจำกัดในการทำบทบาทจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role Limitations from Emotional Problems) และสุขภาพจิตทั่วไป (General Mental Health)

การศึกษาในครั้งนี้เลือกเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดระดู (MENQOL) ฉบับภาษาไทย ที่แปล โดย อังคณา พงค์ผาติโรจน์ และคณะ (2544) เนื่องจากเป็น

เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะสำหรับสตรีที่มีภาวะหมดระดู และเป็นคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับอาการของภาวะหมดระดู เครื่องมือนี้มีการนำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูกันอย่างแพร่หลาย (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567; ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์ และวัชรี เลอมานกุล, 2549; อังคณา พงศ์ผาดิโรจน์ และคณะ, 2544; Panichakul et al., 2017) ซึ่งพบว่าเป็นเครื่องมือที่คุณภาพดี ได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยทีมสูตินรีแพทย์ประจำคลินิกวัยทอง 3 ท่าน ผลที่ได้ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตรงแต่ละข้อ มีค่ามากกว่า 3.5 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อ มีค่า < 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปทดสอบใช้กับสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง จำนวน 12 ราย นำผลที่ได้มาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่า Cronbach Alpha coefficient ได้ค่า α =0.89 (อังคณา พงศ์ผาดิโรจน์ และคณะ, 2544) และได้มีการนำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัดจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ 0.90 (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

การศึกษาที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติ หรือศึกษาโดยรวมสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติและจากการผ่าตัด (Blumel et al., 2011; Panichakul et al., 2017; Prajapati et al., 2018; Rathnayake et al., 2019) การศึกษาเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีค่อนข้างน้อย ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำนวน 113 คน ที่มีการติดตามการรักษาภายหลังจากการผ่าตัดในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดที่แผนกสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาหลังผ่าตัดระหว่าง 9-90 วันหลังผ่าตัด เฉลี่ย 47.5 วัน (SD = 23.28) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางโดยใช้ MENQOL พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.89 (SD = 1.45) คุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีค่าเฉลี่ย 3.39 (SD = 1.92) คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมีค่าเฉลี่ย 2.63 (SD = 1.73) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ย 3.25 (SD = 1.63) คุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ย 2.12 (SD = 1.59) ซึ่งแสดงว่า อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีพบมากที่สุด และรองลงมาเป็นในด้านร่างกาย (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567)

การศึกษาเปรียบเทียบอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ และหมดระดูจากการผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือ Menopausal Symptoms Rating Scale (MRS) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการหมดระดู และใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ และสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติมีคุณภาพชีวิตทุกด้านสูงกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด แสดงว่าสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติมีระดับความรุนแรงของอาการน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีที่มีหมดระดูจากการผ่าตัด (Mahajan et al., 2016) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Bhattacharya and Jha (2010) ซึ่งเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด 9-12 เดือน กับสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติเป็นเวลา 12 เดือน พบว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติมีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีที่หมดระดูจากการผ่าตัดทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ

Panichakul et al. (2017) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดู โดยรวมสตรีทั้งที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติและภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางในทุกระยะของภาวะหมดระดู ตั้งแต่ระยะก้าวสู่วัยหมดระดู (Perimenopause) จนถึงระยะหมดระดูมานานกว่า 5 ปี ได้มารับบริการที่คลินิกวัยทอง (Menopause Clinic) มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 9 แห่ง ในประเทศไทย รวมจำนวน 870 คน แบ่งเป็นสตรีที่อยู่ในระยะก้าวสู่วัยหมดระดูร้อยละ 34.8 สตรีภายหลังหมดระดูโดยธรรมชาติร้อยละ 30.5 และสตรีที่หมดระดูจากการผ่าตัดร้อยละ 34.8 แบ่งระดับผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตเป็น 2 ระดับ คือ ระดับคุณภาพชีวิตปกติ (คะแนนเฉลี่ย MENQOL น้อยกว่า 4) และระดับคุณภาพชีวิตผิดปกติ (คะแนนเฉลี่ย MENQOL เท่ากับหรือมากกว่า 4) พบว่าสตรีที่อยู่ในระยะก้าวสู่วัยหมดระดู สตรีภายหลังหมดระดูโดยธรรมชาติ และสตรีที่หมดระดูจากการผ่าตัดมีระดับคุณภาพชีวิตผิดปกติร้อยละ 32.08, 34.41, 32.08 ตามลำดับ และไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ความรุนแรงของกลุ่มอาการหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด เช่น เหงื่อออกง่าย ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ผิวแห้ง มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ลดลง และกลุ่มอาการหมดระดูเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ß=.275$, $p < .01$) (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567)

สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีอาการทางด้านร่างกาย จิตใจ การขับถ่ายปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ มากกว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติมีคุณภาพชีวิตทุกด้านสูงกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติมีความรุนแรงของอาการน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีที่มีภาวะระดูจากการผ่าตัด (Mahajan et.al., 2016) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไปและอาการเกี่ยวกับวัยหมดระดู พบว่า อาการร้อนวูบวาบซึ่งเกิดขึ้นบ่อยที่สุด ส่งผลต่อผู้ป่วย ร้อยละ 68 อาการระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ภาวะช่องคลอดแห้ง เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่งผลต่อผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 51 อาการปวดหลัง และอาการปวดเมื่อย ส่งผลต่อผู้ป่วย ร้อยละ 33 (Sangamam & Sreelakshmy, 2017) ภาวะขาดฮอร์โมนจากรังไข่อย่างทันทีทันใดจากการผ่าตัดมักจะทำให้เกิดอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืนรุนแรงกว่ากลุ่มที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มักจะทำให้เกิดปัญหาในการนอนไม่หลับตามมาภายหลัง (Kingsberg, Larkin, & Liu, 2020; Lee et al., 2020) ความรุนแรงของอาการในกลุ่มสตรีหมดระดูจากการผ่าตัดรบกวนการนอนหลับมากกว่าและมีอาการนอนไม่หลับ รุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติ (Cho, Kim, Nowakowski, Shin, & Suh, 2019) อาการร้อนวูบวาบ ซึ่งเป็นอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 70.7) (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550) จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของปาริชาติ เนตรแก้ว (2541) จะพบว่า สตรีที่มีระดับความรุนแรงของอาการวัยหมดระดูน้อย และมีคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านโดยรวมดีกว่าสตรีที่มีความรุนแรงของอาการวัยหมดระดูในระดับที่ปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายอย่างฉับพลันหรือทันทีทันใดซึ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของภาวะหมดระดูรุนแรงกว่าภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ (Mahajan et al., 2016) สตรีที่มีอาการของภาวะหมดระดูที่รุนแรงกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (ปาริชาติ เนตรแก้ว, 2541; Mahajan et al., 2016) โดยกลุ่มอาการหมดระดูเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567) การศึกษาการจัดการอาการภาวะหมดระดู เป็นการศึกษาผลของการใช้ฮอร์โมน และการทดลองวิธีการจัดการอาการ เช่น การออกำลังกาย ยังไม่พบการศึกษาวิธีการจัดการอาการจากประสบการณ์ของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติ หรือศึกษารวมสตรีที่หมดระดูโดยธรรมชาติ

และสตรีที่หมดระดูจากการผ่าตัด การศึกษาเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีค่อนข้างน้อย ซึ่งพบว่าสตรีกลุ่มนี้เกิดอาการของภาวะหมดระดูตั้งแต่ระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเกิดอาการและการจัดการอาการตามประสบการณ์ของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ตลอดจนศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยติดตามอาการในช่วงระยะเวลา 3-4 เดือนแรก เป็นระยะ ๆ หลังผ่าตัด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Description Study) เป็นการศึกษาที่มีการติดตามไปข้างหน้า ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (หน่วยตรวจโรคนรีเวช) โรงพยาบาลศิริราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึง (Accessible Population) คือ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (หน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 140 คน (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยเวชสถิติสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด มารับบริการด้านสุขภาพและรับการรักษาที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน สิงหาคม ปี พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน ปี พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้างานวิจัย (Inclusion Criteria)

1) อายุระหว่าง 18-50 ปี
2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด
3) ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง โดยไม่มีสาเหตุจากการเป็นมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ และอยู่ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด
4) มีสัญชาติไทย สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกงานวิจัย (Exclusion Criteria)

1) มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

2) เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต และโรคในระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่นัดหมาย จำนวน 3 ครั้ง

4) ในระหว่างดำเนินการวิจัยมีภาวะวิกฤตหรือมีอาการกำเริบรุนแรง จนส่งผลให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณตามสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนา ในงานสาธารณสุข (ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2556)

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{NZ^2_{\infty/2}P\,(1-P)}{[e^2(N-1)] + [Z^2_{\infty/2}P\,(1-P)]} \qquad (3\text{-}1)$$

$Z_{\infty/2}$ = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด = 1.96

P = สัดส่วน การเกิดอาการร้อนวูบวาบ

e = ระดับความแม่นยำ

N = จำนวนประชากร

จากข้อมูลสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical Menopause) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ.2564 จำนวน 140 คน (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยเวชสถิติสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, 2565) พบว่า อัตราการเกิดอาการร้อนวูบวาบในสตรีกลุ่มนี้เท่ากับ ร้อยละ 70.7 (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550) ในการศึกษานี้จึงประมาณว่าสัดส่วนการมีอาการร้อนวูบ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วาบ (P) เท่ากับ 0.7 ระดับความแม่นยำ (e) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1 และ N=140 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน ดังการคำนวณข้างล่าง

$$n = \frac{140\,(1.96)^2\,(0.7)\,(0.3)}{[\,0.1]^2\,(139) + 1.96^2\,(0.7)(0.3)}$$

$$= \frac{112.943}{2.197}$$

$$= 51.408 = 52$$

ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 52 ราย

พื้นที่ศึกษา

หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (หน่วยตรวจโรคนรีเวช) เป็นหน่วยงานที่อยู่ในภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการการดูแลผู้ป่วยทางนรีเวช โดยเปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์) ตั้งแต่เวลา 07.30-15.30 น. โดยคลินิกที่เปิดให้บริการเป็นคลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทอง มีอัตรากำลังบุคคลกรทั้งหมด 18 คน โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและสตรีที่มีภาวะหมดระดู จำนวน 8 คน พยาบาล 4 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ธุรการ 2 คน นักวิทยาศาสตร์ 1 คน ผู้ช่วยวิจัย 1 คน

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างจะพักรักษาตัวอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ประมาณ 3-4 วัน ระหว่างที่ผู้ป่วยพักฟื้นในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลติดตามหลังผ่าตัดและได้รับคำแนะนำหลังผ่าตัด ประกอบด้วยเรื่อง การยกของหนัก การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ การสังเกตุอาการภาวะหมดระดู การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการภาวะหมดระดูเบื้องต้น และผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากพยาบาลในหอผู้ป่วยตามหลัก METHOD ซึ่งได้แก่

1) Medication พยาบาลจะประเมินการใช้ยา และแนะนำการสังเกตอาการข้างเคียง

2) Environment Economic Emotion การเตรียมที่อยู่ การจัดบ้าน การจัดห้องน้ำ สิทธิการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจและอารมณ์

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3) Treatment พยาบาลสอนและแนะนำการสังเกตและการดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตุอาการไข้ การสังเกตุสิ่งคัดหลั่งและภาวะเลือดออกทางช่องคลอด

4) Health พยาบาลจะทบทวนการปฏิบัติตัวของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้ให้คำแนะนำแล้ว หลังจากสอนให้คะแนะนำจะมีแบบสอบถามวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีภาวะหมดระดู เป็นคำถามปลายเปิด และติดตามหลังจำหน่ายอีกครั้ง

5) Out Patient การดูแลติดตามอาการหลังจากผ่าตัด นัด 10-14 วัน หรือ การส่งต่อไปรักษาต่อใกล้บ้าน หรือรักษาตามสิทธิ์ต่าง ๆ

6) Diet การรับประทาน High Calcium ผัก/ผลไม้ อาหารที่มีฮอร์โมนตามธรรมชาติ

ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มีการติดตามดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่ายในกลุ่มภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด อย่างต่อเนื่องดังนี้

1) การติดตามผู้ป่วยโดยแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน โทรศัพท์สอบถามและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยครั้งที่ 1 หลังผ่าตัด 7 วัน ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 30 วัน และครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 90 วัน โดยในแต่ละครั้งจะสอบถามอาการเกี่ยวกับแผลผ่าตัด อาการปวดแผล อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะขาดฮอร์โมนจากการผ่าตัด หากพบปัญหา พยาบาลจะให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหา

2) การตรวจติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการนัดติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 นัดตรวจประเมินแผลผ่าตัด และตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด ภายใน 10-14 วันที่ หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช หรือหน่วยตรวจโรคทางนรีเวช พร้อมฟังผลชิ้นเนื้อ และแพทย์จะพิจารณาให้แนวทางการรักษาต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 นัดพบแพทย์ตรวจประเมินอาการ 4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด

ครั้งที่ 3 นัดพบแพทย์ตรวจประเมินอาการ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน จะนัดตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่องทุก 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมน จะนัดติดตามการรักษาปีละครั้งจนกระทั่งอายุ 50 ปี แล้วประเมินอาการแต่ละครั้ง

การมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแต่ละครั้ง ผู้ช่วยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ธุรการจะดูแลคิวการตรวจ พยาบาลจะซักประวัติผู้ป่วย ประเมินแผลผ่าตัดหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด และเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ

ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน จัดเตรียมตัวผู้ป่วย วัดและบันทึกสัญญาณชีพและลงในเวชระเบียน รวมทั้งเป็นผู้ช่วยแพทย์ในห้องตรวจ ช่วยจัดท่าและเปิดแผลผ่าตัด

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย จะดูแลเรื่องแผลผ่าตัด อาการผิดปกติต่าง ๆ พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อ อธิบายถึงแนวทางการรักษา การใช้ยาฮอร์โมน และอธิบายเรื่องการใช้ยาฮอร์โมน การรับประทานอาหาร การรักษาในระยะยาว ผลของการรักษาต่าง ๆ หรือทางเลือกการใช้ฮอร์โมน

เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว พยาบาลแนะนำและอธิบายการปฏิบัติการดูแลตนเองในภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด เช่น อาการร้อนวูบวาบ นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ช่องคลอดแห้ง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการนัดหมายครั้งต่อไป ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาฮอร์โมนจะพบเภสัชกร เพื่ออธิบายถึงวิธีการใช้ยาฮอร์โมน พร้อมให้เอกสารประกอบการใช้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การศึกษา การได้รับยาฮอร์โมนทดแทน ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยของแพทย์ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

1) ประสบการณ์อาการซึ่งสอบถามการเกิดอาการ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ช่องคลอดแห้ง ปวดข้อกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะเล็ดกลั้นไม่อยู่ ผมร่วง เป็นต้น

โดยให้เลือกว่า มีอาการหรือไม่มีอาการ และความรุนแรงของอาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประเมิน 3 ระดับ ตั้งแต่มีอาการน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แบ่งความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น (Best, 1977) ดังนี้

1.00 - 1.66 ความรุนแรงของอาการอยู่ใน ระดับน้อย

1.67 - 2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ใน ระดับปานกลาง

2.34 - 3.00 ความรุนแรงของอาการอยู่ใน ระดับมาก

2) วิธีการจัดการอาการในกรณีที่มีอาการ ให้ตอบวิธีการจัดการอาการที่ใช้ในการจัดการอาการแต่ละอาการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ตามวิธีการจัดการอาการที่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ใช้ในการจัดการอาการ ร่วมกับเป็นคำตอบปลายเปิดให้ตอบวิธีการอื่น ๆ ที่ใช้ในการจัดการอาการกรณีที่ไม่มีในตัวเลือก

3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้เลือกตอบว่า หลังการจัดการอาการแล้วสภาพอาการ หาย ดีขึ้น คงเดิม หรือ แย่ลง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู ฉบับภาษาไทย (Thai Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: Thai MENQOL) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (MENQOL) ของ Hilditch et al. (1996) โดย อังคณา พงศ์ผาดิโรจน์ และคณะ (2544) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้สามารถนำเครื่องมือวิจัยนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ แบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถาม 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor Domain) จำนวน 3 ข้อ (ตรง กับแบบสอบถามข้อ 1-3) 2) ด้านจิตสังคม (Psychosocial Domain) จำนวน 7 ข้อ (ตรงกับแบบสอบถามข้อ 4-10) 3) ด้านร่างกาย จำนวน 16 ข้อ (ตรงกับแบบสอบถามข้อ 11-26) และ 4) ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Domain) จำนวน 3 ข้อ (ตรงกับแบบสอบถามข้อ 27-29) ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ ว่า “ในช่วงที่ผ่านมามีอาการเหล่านี้หรือไม่ หากมีอาการนั้น ๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด” การตอบแบบสอบถาม ถ้าไม่มีอาการหรือไม่มีปัญหานั้น ๆ เกิดขึ้นให้ตอบ “ไม่มี” แล้วทำข้อต่อไป ถ้ามีอาการหรือปัญหานั้น ๆ เกิดขึ้นให้ตอบ “มี” แล้วกากบาท (X) บนหมายเลขที่คิดว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด ระดับความรุนแรงของอาการหรือปัญหานั้น ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 6 ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 1 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด 2 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตค่อนข้างน้อย

3 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตปานกลาง 4 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตค่อนข้างมาก 5 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก และ 6 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ในแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1-8 โดยให้คะแนนดังนี้

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ ไม่มีอาการ ให้คะแนนเป็น 1

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 0 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 2

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 1 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 3

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 2 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 4

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 3 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 5

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 4 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 6

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 5 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 7

ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบ มีอาการ และให้คะแนน 6 ในแบบสอบถาม ให้คิดคะแนนเป็น 8

คะแนน 1 บ่งบอกถึงไม่มีอาการ คะแนน 8 บ่งบอกถึงอาการนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คะแนนที่ได้ยิ่งน้อยบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดดีกว่าคะแนนที่ได้มากกว่า ในการแปลผล ใช้ค่าเฉลี่ยที่เข้าใกล้ 1 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี ค่าเฉลี่ยคะแนนที่เข้าใกล้ 8 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากแต่ละมิติมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน จึงต้องใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละมิติเป็นตัวแทนในการวัด คะแนนเฉลี่ยยิ่งน้อยบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น 2 กลุ่ม (Panichakul et al., 2017) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 4 หมายถึง คุณภาพชีวิตปกติ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำกว่าปกติ (Impaired QOL)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีทางนรีเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้เพิ่มเติม ตัวเลือกของวิธีการจัดการอาการบางอาการ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai MENQOL) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพ (อังคณา ผาดิโรจน์ และคณะ, 2544) Thai MENQOL เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เหมาะกับสตรีที่มีภาวะหมดระดู ซึ่งมีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่มีภาวะหมดระดูจำนวนมาก (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567; ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์ และวัชรี เลอมานกุล, 2545; Butmarasri, Soontrapa, Kaewrudee, Somboonporn, & Somboonporn, 2017; Panichakul et al., 2017; Silpakit & Boonyanurak, 2017) นอกจากนั้นแบบสอบถามนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู เพื่อติดตามการรักษาในหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามนี้

2. การตรวจสอบความตรงด้านภาษา ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 ราย ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง (รัตน์ศิริ ทาโต, 2564) พบว่า ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีความเข้าใจได้ของภาษา และมีความชัดเจน

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 52 คน ซึ่งมีการประเมิน 3 ครั้ง คือ หลังผ่าตัด 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ .94, .95 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรอง และตรวจสอบโดยคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1) นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ยื่นเสนอต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับการรับรอง เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA. No. RSUERB2023-213 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

2) เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA no. Si 615/2023 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

3) เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับ และเป็นประโยชน์เพื่อการวิจัยนี้เท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะเก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ และ 3) คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai-MENQOL)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวช เรื่องขอดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย และประสานบุคคลากรของแต่ละหน่วยงานได้แก่ หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคทางนรีเวช และหน่วยตรวจจุฑาธุช ชั้น 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล และการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยสตรีที่ผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยตรวจ ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยย่อแก่พยาบาล เมื่อผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามหลังผ่าตัดภายใน 10-14 วัน ที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างพยาบาลหน่วยตรวจสอบถามความสนใจโครงการวิจัย หากผู้ป่วยยินดีหรือสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยตรวจแนะนำตัวผู้วิจัยแก่ผู้ป่วยที่สนใจโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองอีกครั้ง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหลังผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนการปฏิบัติติงานของบุคลากร และลดความกังวลของผู้ป่วย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว โดยจัดห้องตรวจแยกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (Thai MENQOL) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที และนัดหมายครั้งต่อไปอีก 4-8 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หลังจากพบแพทย์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

8. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 12-16 สัปดาห์ หลังจากพบแพทย์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู

9. หลังจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์ นำมาลงรหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป การเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยมีการติดตามไปข้างหน้า ในระยะเวลา 3 เดือน หลังผ่าตัด ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและงานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd et al. (2001) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด แบบสอบถามการจัดอาการ ประกอบด้วยประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2567 ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่มารับบริการ ณ หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งสิ้น จำนวน 52 คน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง 52 คน มีอายุระหว่าง 34-50 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี มากที่สุด 36 คน (ร้อยละ 69.3) โดยมีอายุเฉลี่ย 46 ปี (SD = 3.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 32 คน (ร้อยละ 61.5) จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 34.6) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ 45 คน (ร้อยละ 86.5) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 38.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,325 บาท มีเพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 51.9) สิทธิ์การรักษาเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจจำนวน 22 คน (ร้อยละ 42.3) กึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง 26 คน (ร้อยละ 50) มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 9 คน (ร้อยละ 17.3) เกือบทั้งหมด 50 คน (ร้อยละ 96.2) ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก Transabdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy (TAH & BSO) และTotal Laparoscopic Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy (TLH & BSO) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ Adenomyosis จำนวน 18 คน (ร้อยละ 34.6) และส่วนใหญ่ ไม่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัดในระยะเวลา 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์ (ร้อยละ 84.6, 67.3, 59.6 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	1	1.9
36-40 ปี	7	13.5
41-45 ปี	8	15.3
46-50 ปี	36	69.3
Min-max = 34-50 ปี Mean = 46 ปี SD = 3.99		
สถานภาพ		
สมรส		
โสด	16	30.8
คู่/อยู่ด้วยกัน	32	61.5
แยกกันอยู่	3	5.8
หม้าย/ หย่าร้าง	1	1.9

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	15.4
มัธยมศึกษา/ ปวช.	9	17.3
อนุปริญญา/ ปวส.	4	7.7
ปริญญาตรี	13	25.0
สูงกว่าปริญญาตรี	18	34.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	7	13.5
ประกอบอาชีพ	45	86.5
-รับราชการ/รัฐวิสากิจ	20	38.5
-ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	11	21.1
-รับจ้าง	13	25.0
-เกษตรกรรม (ทำไร่ทำนาทำสวน)	1	1.9
รายได้ (บาท/เดือน)		
Min-max 3,000-70,000 $\overline{X}$ = 31,325 SD = 19,030 (n = 43)		
ไม่เพียงพอต่อในการใช้จ่าย	4	7.7
เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	21	40.4
เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	27	51.9
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสากิจ	22	42.3
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	30.8
ประกันสังคม	9	17.3
จ่ายเงินเอง	3	5.8
ประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต	2	3.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	26	50.0
มีโรคประจำตัว*	26	50.0
ความดันโลหิตสูง	9	17.3
ไขมันในเลือดสูง	4	7.7
มะเร็งเต้านม	8	15.4
เบาหวาน	3	5.8

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไทรอยด์	3	5.8
หลอดเลือดหัวใจอุดตัน	2	3.8
อื่น ๆ	6	11.4
ชนิดของการผ่าตัด		
TAH & BSO	37	71.2
TLH & BSO	13	25.0
Subtotal hysterectomy, BSO	1	1.9
BSO	1	1.9
การวินิจฉัยโรค		
Adenomyosis	18	34.6
Endometriosis at ovary	15	28.9
Myoma uteri	15	28.9
Adenomyosis with endometric cyst	2	3.8
Ovarian tumor	2	3.8
การได้รับยาฮอร์โมนทดแทนตามระยะเวลาหลังผ่าตัด		
ในระยะ 10-14 วันแรก		
ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	44	84.6
ได้รับยาฮอร์โมน	8	15.4
ในระยะ 4-8 สัปดาห์		
ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	35	67.3
ได้รับยาฮอร์โมน	17	32.7
ในระยะ 12-16 สัปดาห์		
ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	31	59.6
ได้รับยาฮอร์โมน	21	40.4

* สตรีบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

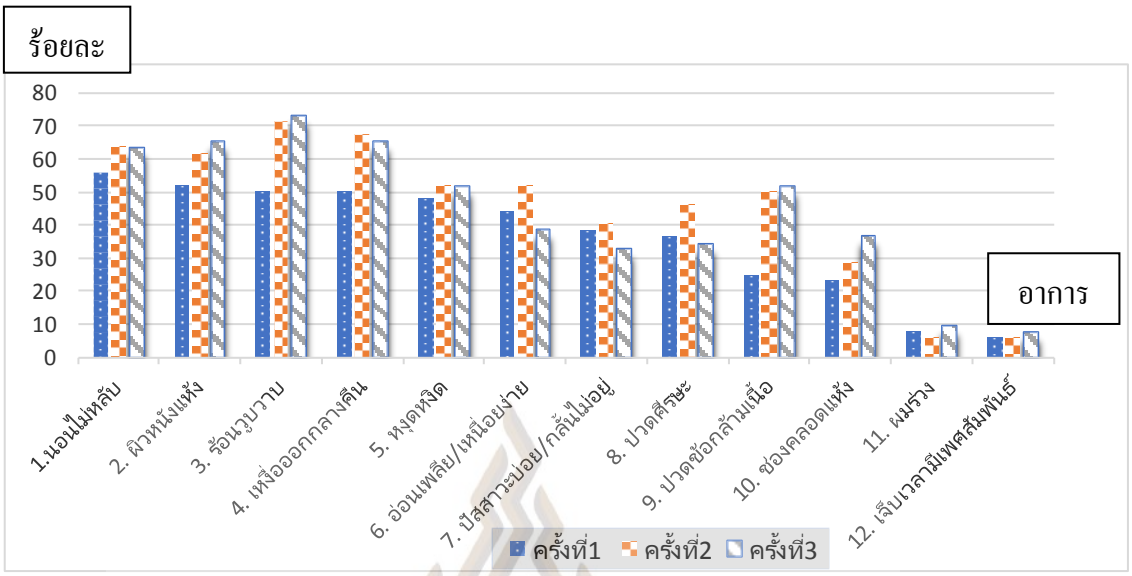
ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในแต่ละระยะเป็นดังนี้ ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ครั้งที่ 1) พบว่า การรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 55.8) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 51.9) ร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ

50.0) และหงุดหงิด (ร้อยละ 48.1) ระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2) พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 71.2) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 67.3) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.5) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ61.5) หงุดหงิด (ร้อยละ 51.9) และอ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 51.9) ระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 3) พบว่า การรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 73.1) เหงื่อออกกลางคืน และผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 65.4) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.5) หงุดหงิด และปวดข้อกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 51.9) ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 4.2 และรูปที่ 4.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของสตรีที่เกิดอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

ประสบการณ์อาการ	การเกิดอาการ					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นอนไม่หลับ	29	55.8	33	63.5	33	63.5
2. ผิวหนังแห้ง	27	51.9	32	61.5	34	65.4
3. ร้อนวูบวาบ	26	50.0	37	71.2	38	73.1
4. เหงื่อออกกลางคืน	26	50.0	35	67.3	34	65.4
5. หงุดหงิด	25	48.1	27	51.9	27	51.9
6. อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย	23	44.2	27	51.9	20	38.5
7. ปัสสาวะบ่อย/กลั้นไม่อยู่	20	38.5	21	40.4	17	32.7
8. ปวดศีรษะ	19	36.5	24	46.2	18	34.5
9. ปวดข้อกล้ามเนื้อ	13	25.0	26	50.0	27	51.9
10. ช่องคลอดแห้ง	12	23.1	15	28.8	19	36.5
11. ผมร่วง	4	7.7	3	5.8	5	9.6
12. เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์	3	5.8	3	5.8	4	7.7

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

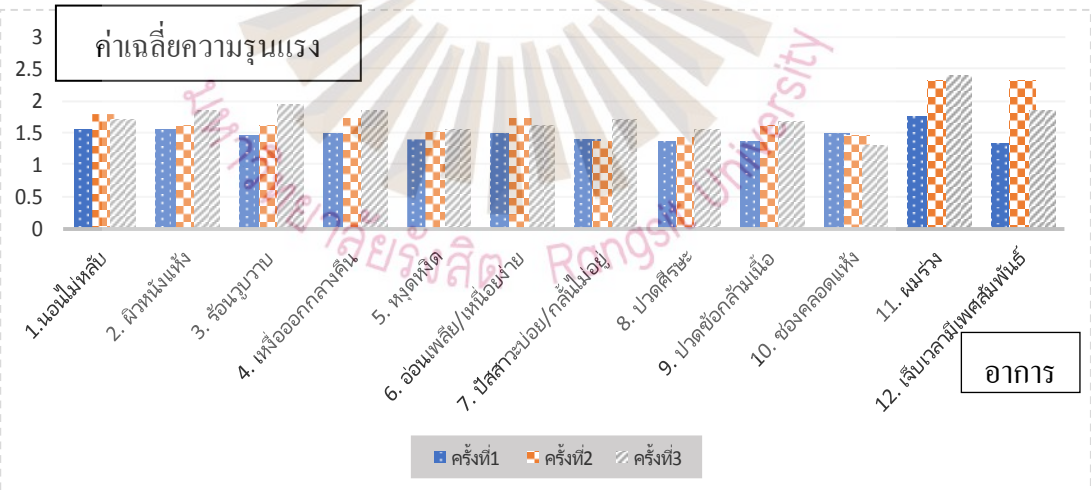


รูปที่ 4.1 กราฟแสดงอัตราการเกิดอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และระดับความรุนแรงของอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตาม 3 ครั้ง พบว่า ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการมีค่าระหว่าง 1.33-1.75 เกือบทุกอาการมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ยกเว้น อาการผมร่วงที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.75 ± .96) ระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระหว่าง 1.38-2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อาการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย ความรุนแรงสูงขึ้น โดยอาการที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ได้แก่ ผมร่วง ($\bar{X}$ = 2.33 ± .58) เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 2.33 ± .58) นอนไม่หลับ ($\bar{X}$ = 1.79 ± .86) อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย ($\bar{X}$= 1.74 ± .66) และเหงื่อออกกลางคืน ($\bar{X}$ = 1.72 ± .74) ระยะ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ระหว่าง 1.25-2.40 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงมาก อาการผมร่วงมีค่า เฉลี่ยความรุนแรงสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.40 ± .54) อาการที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง ลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ($\bar{X}$ = 1.95 ± .77) เหงื่อออกกลางคืน ($\bar{X}$ = 1.85 ± .78) ผิวหนังแห้ง ($\bar{X}$= 1.85 ± .74) นอนไม่หลับ ($\bar{X}$ = 1.70 ± .77) ปัสสาวะบ่อย/กลั้นไม่อยู่ ($\bar{X}$ = 1.70 ± .69) และปวดข้อกล้ามเนื้อ ($\bar{X}$ = 1.67 ± .68) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.2

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

ประสบการณ์อาการ	ความรุนแรงของอาการ								
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 3		
	mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ผมร่วง	1.75	.96	ปานกลาง	2.33	.58	ปานกลาง	2.40	.54	มาก
2. ผิวหนังแห้ง	1.56	.64	น้อย	1.60	.71	น้อย	1.85	.74	ปานกลาง
3. นอนไม่หลับ	1.55	.57	น้อย	1.79	.86	ปานกลาง	1.70	.77	ปานกลาง
4. เหงื่อออกกลางคืน	1.50	.65	น้อย	1.72	.74	ปานกลาง	1.85	.78	ปานกลาง
5. ช่องคลอดแห้ง	1.50	.67	น้อย	1.47	.74	น้อย	1.31	.58	น้อย
6. อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย	1.48	.67	น้อย	1.74	.66	ปานกลาง	1.60	.60	น้อย
7. ร้อนวูบวาบ	1.46	.65	น้อย	1.62	.76	น้อย	1.95	.77	ปานกลาง
8. หงุดหงิด	1.40	.65	น้อย	1.52	.56	น้อย	1.56	.70	น้อย
9. ปัสสาวะบ่อย/กลั้นไม่อยู่	1.40	.68	น้อย	1.38	.50	น้อย	1.70	.69	ปานกลาง
10. ปวดข้อกล้ามเนื้อ	1.38	.65	น้อย	1.62	.64	น้อย	1.67	.68	ปานกลาง
11. ปวดศีรษะ	1.37	.60	น้อย	1.42	.65	น้อย	1.56	.70	น้อย
12. เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์	1.33	.58	น้อย	2.33	.58	ปานกลาง	1.25	.50	น้อย



รูปที่ 4.2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ผู้วิจัยขอเสนอวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่พบบ่อยในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่ นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน และหงุดหงิด ดังนี้

อาการนอนไม่หลับ

ระยะแรกหลังผ่าตัด (10-14 วัน) สตรีที่ไม่ได้ทำอะไรเลย ในการจัดการอาการนอนไม่หลับมากที่สุด (ร้อยละ 27.6) ในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 สตรีที่ไม่ได้ทำอะไรเลย ร้อยละ 27.3 วิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับที่สตรีใช้มากที่สุดในทุกระยะหลังผ่าตัด คือระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ได้แก่ การทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ (ร้อยละ 20.7, 36.4, 30.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือฟังเพลงเมื่อนอนไม่หลับ (ร้อยละ 20.7, 24.2, 21.2 ตามลำดับ) และบริหารการหายใจและใช้เทคนิคการผ่อนคลายวิธีต่าง ๆ (ร้อยละ 20.7, 9.1, 9.1 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 65.5, 54.5, 51.5 ตามลำดับ) ดังรายละเอียด ในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการนอนไม่หลับ

วิธีการจัดการอาการ / ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่ 1 (N=29) n (%)	ครั้งที่ 2 (N=33) n (%)	ครั้งที่ 3 (N=33) n (%)
วิธีการจัดการอาการ*			
-ไม่ได้ทำอะไรเลย	8 (27.6)	9 (27.3)	9 (27.3)
-ทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์	6 (20.7)	12 (36.4)	10 (30.3)
-ฟังเพลงเมื่อนอนไม่หลับ	6 (20.7)	8 (24.2)	7 (21.2)
-บริหารการหายใจและใช้เทคนิคการผ่อนคลายวิธีต่าง ๆ	6 (20.7)	3 (9.1)	3 (9.1)
-ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน	5 (17.2)	2 (6.1)	3 (9.1)
-ฟังข่าว/ธรรมะ	3 (10.3)	0 (0)	1 (3.0)
-รับประทานยานอนหลับ	2 (6.9)	2 (6.1)	4 (12.1)
-นับเลข	1 (3.4)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 4.4 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการนอนไม่หลับ (ต่อ)

วิธีการจัดการอาการ / ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่ 1 (N=29) n (%)	ครั้งที่ 2 (N=33) n (%)	ครั้งที่ 3 (N=33) n (%)
-อบไอน้ำสมุนไพร	0 (0)	0 (0)	1 (3.0)
ผลลัพธ์			
-แย่ลง	0 (0)	0 (0)	2 (6.1)
-คงเดิม	9 (31.1)	13 (39.4)	13 (39.4)
-ดีขึ้น	19 (65.5)	18 (54.5)	17 (51.5)
-หาย	1 (3.4)	2 (6.1)	1 (3.0)

* สตรีมีวิธีการจัดการอาการได้หลายวิธี

N = จำนวนสตรีที่เกิดอาการ

n = จำนวนสตรีที่ใช้วิธีการจัดการอาการนั้น ๆ / จำนวนสตรีที่เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละระดับ

อาการผิวหนังแห้ง

ทุกระยะหลังผ่าตัด คือ ระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด สตรีที่มีอาการผิวหนังแห้ง ใช้วิธีการจัดการอาการโดยการใช้ครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.6, 93.8, 91.2 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 77.8, 78.2, 76.5 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการผิวหนังแห้ง

วิธีการจัดการอาการ/ ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่ 1 (N=27) n (%)	ครั้งที่ 2 (N=32) n (%)	ครั้งที่ 3 (N=34) n (%)
วิธีการจัดการอาการ*			
- ไม่ได้ทำอะไรเลย	2 (7.4)	0 (0)	2 (5.9)
- ใช้ครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง	25 (92.6)	30 (93.8)	31 (91.2)
- อาบน้ำด้วยสบู่อ่อน ๆ	0 (0)	2 (6.3)	2 (5.9)
ผลลัพธ์			
- แย่ลง	0 (0)	1 (3.1)	0 (0)

ตารางที่ 4.5 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการผิวหนังแห้ง (ต่อ)

วิธีการจัดการอาการ/ ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่ 1 (N=27) n (%)	ครั้งที่ 2 (N=32) n (%)	ครั้งที่ 3 (N=34) n (%)
- คงเดิม	4 (14.8)	5 (15.6)	8 (23.5)
- ดีขึ้น	21 (77.8)	25 (78.2)	26 (76.5)
- หาย	2 (7.4)	1 (3.1)	0 (0)

* สตรีมีวิธีการจัดการอาการได้หลายวิธี

N = จำนวนสตรีที่เกิดอาการ

n = จำนวนสตรีที่ใช้วิธีการจัดการอาการนั้น ๆ / จำนวนสตรีที่เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละระดับ

อาการร้อนวูบวาบ

ทุกระยะหลังผ่าตัด คือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีที่มีอาการร้อนวูบวาบใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการเปิดแอร์เย็น ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 46.2, 51.4, 44.7 ตามลำดับ) วิธีการจัดการอาการรองลงมา ได้แก่ อยู่ในห้องเย็น มีพัดลม และอากาศถ่ายเท (ร้อยละ 26.9, 18.9, 26.3 ตามลำดับ) ดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ (ร้อยละ 23.1, 21.6, 13.2 ตามลำดับ) และอาบน้ำ (ร้อยละ 15.4, 21.6, 13.2 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 77.0, 73.0, 84.2 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการร้อนวูบวาบ

วิธีการจัดการอาการ/ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่1 (N=26) n (%)	ครั้งที่2 (N=37) n (%)	ครั้งที่3 (N=38) n (%)
วิธีการจัดการอาการ*			
- ไม่ได้ทำอะไรเลย	4 (15.4)	3 (8.1)	5 (13.2)
- เปิดแอร์เย็นๆ	12 (46.2)	19 (51.4)	17 (44.7)
- อยู่ในห้องเย็นมีพัดลม และอากาศถ่ายเท	7 (26.9)	7 (18.9)	10 (26.3)
- ดื่มเครื่องดื่มเย็นๆ	6 (23.1)	8 (21.6)	5 (13.2)
- อาบน้ำ	4 (15.4)	8 (21.6)	5 (13.2)
- ดื่มนมถั่วเหลือง	1 (3.8)	3 (8.1)	2 (5.3)

ตารางที่ 4.6 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการร้อนวูบวาบ (ต่อ)

วิธีการจัดการอาการ/ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่1 (N=26) n (%)	ครั้งที่2 (N=37) n (%)	ครั้งที่3 (N=38) n (%)
- ใส่เสื้อผ้าด้วยเส้นใยธรรมชาติ เช่น ฝ้าย ลินิน	1 (3.8)	3 (8.1)	1 (2.6)
- หลีกเลี่ยงอาหารที่เผ็ดร้อน	0 (0)	3 (8.1)	3 (7.9)
- ออกกำลังกาย	0 (0)	2 (5.4)	2 (5.3)
- หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ ช็อคโกเลต ฯ	1 (3.8)	0 (0)	1 (2.6)
- ฝึกโยคะ ฝึกสมาธิ	1 (3.8)	0 (0)	0 (0)
ผลลัพธ์			
- แย่ลง	0 (0)	1 (2.7)	0 (0)
- คงเดิม	5 (19.2)	5 (13.5)	3 (7.9)
- ดีขึ้น	20 (77.0)	27 (73.0)	32 (84.2)
- หาย	1 (3.8)	4 (10.8)	3 (7.9)

* สตรีมีวิธีการจัดการอาการได้หลายวิธี

N = จำนวนสตรีที่เกิดอาการ

n = จำนวนสตรีที่ใช้วิธีการจัดการอาการนั้น ๆ / จำนวนสตรีที่เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละระดับ

อาการเหงื่อออกกลางคืน

ทุกระยะหลังผ่าตัด คือ ระยะเวลา 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด สตรีที่มีอาการเหงื่อออกกลางคืน ใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการนอนในห้องที่มีพัดลม/อากาศถ่ายเท มากที่สุด (ร้อยละ 27.0, 28.6, 38.2 ตามลำดับ) วิธีการจัดการอาการรองลงมา ได้แก่ นอนในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ (ร้อยละ 27.0, 20.0, 20.6 ตามลำดับ) ใส่เสื้อนอนและใช้เครื่องนอนที่ทำด้วยเส้นใยธรรมชาติ เช่น ฝ้าย ลินิน (ร้อยละ 23.0, 8.6, 5.9 ตามลำดับ) อาบน้ำ (ร้อยละ 7.7, 2.9, 2.9 ตามลำดับ) ผู้ที่ไม่ได้ทำอะไรเลย พบร้อยละ 15.4, 37.1 และ 29.4 ตามลำดับ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ76.9, 62.8, 70.6 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเหงื่อออกกลางคืน

วิธีการจัดการอาการ /ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่1 (N=26) n (%)	ครั้งที่2 (N=35) n (%)	ครั้งที่3 (N=34) n (%)
วิธีการจัดการอาการ*			
-ไม่ได้ทำอะไรเลย	4 (15.4)	13 (37.1)	10 (29.4)
-นอนในห้องที่มีพัดลม/อากาศถ่ายเท	7 (27.0)	10 (28.6)	13 (38.2)
-นอนในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ	7 (27.0)	7 (20.0)	7 (20.6)
-ใส่เสื้อนอนและใช้เครื่องนอนที่ทำด้วยเส้นใยธรรมชาติ เช่น ฝ้าย ลินิน	6 (23.0)	3 (8.6)	2 (5.9)
-อาบน้ำ	2 (7.7)	1 (2.9)	1 (2.9)
-หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มร้อนตอนกลางคืน	1 (3.8)	0 (0)	2 (5.9)
-ไม่ห่มผ้าห่ม	1 (3.8)	1 (2.9)	0 (0)
ผลลัพธ์			
-แย่ลง	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
-คงเดิม	4 (15.4)	8 (22.9)	6 (17.7)
-ดีขึ้น	20 (76.9)	22 (62.8)	24 (70.6)
-หาย	2 (7.7)	5 (14.3)	3 (8.8)

* สตรีมีวิธีการจัดการอาการได้หลายวิธี

N = จำนวนสตรีที่เกิดอาการ

n = จำนวนสตรีที่ใช้วิธีการจัดการอาการนั้น ๆ / จำนวนสตรีที่เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละระดับ

อาการหงุดหงิด

ทุกระยะหลังผ่าตัด คือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด สตรีที่มีอาการหงุดหงิดใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ มากที่สุด (ร้อยละ 48.0, 51.9, 44.4 ตามลำดับ) รองลงมา ได้แก่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ 16.0, 3.7, 0 ตามลำดับ) ผู้ที่ไม่ได้ทำอะไรเลย พบ (ร้อยละ 28.0, 44.4, 55.6 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 76.0, 70.4, 63.0 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.8 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการหงุดหงิด

วิธีการจัดการอาการ/ ผลลัพธ์	ครั้งที่ของการเก็บข้อมูล		
	ครั้งที่1 (N=25) n (%)	ครั้งที่2 ((N=27) n (%)	ครั้งที่3 (N=27) n (%)
วิธีการจัดการอาการ			
-ไม่ได้ทำอะไรเลย	7 (28.0)	12 (44.4)	15 (55.6)
-ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/ นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ	12 (48.0)	14 (51.9)	12 (44.4)
-ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	4 (16.0)	1 (3.7)	0 (0)
-ฟังธรรมมะ	1 (4.0)	0 (0)	1 (3.7)
-ปรับอารมณ์	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)
ผลลัพธ์			
-แย่ลง	0 (0)	0 (0)	3 (11.1)
-คงเดิม	5 (20)	8 (29.6)	7 (25.9)
-ดีขึ้น	19 (76.0)	19 (70.4)	17 (63.0)
-หาย	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)

* สตรีมีวิธีการจัดการอาการได้หลายวิธี

N = จำนวนสตรีที่เกิดอาการ

n = จำนวนสตรีที่ใช้วิธีการจัดการอาการนั้น ๆ / จำนวนสตรีที่เกิดผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละระดับ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยรวม ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด เท่ากับ 2.10 ± 1.05, 2.34 ± 1.18, 2.31 ± 1.17 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งแสดงว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยในระยะ 10-14 วัน 2.58 ± 1.74 และสูงขึ้น ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ เป็น 3.28 ± 1.93 และ 3.56 ± 1.90 ตามลำดับ รองลงมาเป็นด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 2.18 ± 1.08, 2.41 ± 1.20, 2.36 ± 1.29 ตามลำดับ ด้านจิตสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ± 1.34, 2.09 ± 1.41, 2.01 ± 1.38 ตามลำดับ ด้านเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.46 ± 1.01, 1.65 ± 1.52, 1.53 ± 1.14 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่า ในระยะ 10 -14 วันหลังผ่าตัด อาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ อาการท้องอืด ($\bar{X}$ = 3.08, SD = 1.97; Mdn = 3.00, IQR = 2.00) รองลงมาเป็นอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X}$ = 2.96, SD = 2.21; Mdn = 2.00, IQR = 4.00) อาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป ($\bar{X}$ = 2.83, SD = 1.93; Mdn = 3.00, IQR = 3.75) ถ่ายปัสสาวะบ่อย ($\bar{X}$ = 2.67, SD = 1.87; Mdn = 2.50, IQR = 2.00) และผิวหนังแห้ง ($\bar{X}$ = 2.65, SD = 1.90; Mdn = 1.50, IQR = 3.75)

ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.71, SD = 2.28; Mdn = 4.00, IQR = 5.00) รองลงมาเป็นอาการร้อนวูบวาบ ($\bar{X}$ = 3.37, SD = 1.97; Mdn = 3.00, IQR = 4.00) ผิวหนังแห้ง ($\bar{X}$ = 3.35, SD = 2.21; Mdn = 3.00, IQR = 4.00) เหงื่อออกง่าย ($\bar{X}$ = 3.31, SD = 2.22; Mdn = 3.00, IQR = 4.00) และเหงื่อออกเวลากลางคืน ($\bar{X}$ = 3.15, SD = 2.00; Mdn = 3.00, IQR = 4.00)

ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.90, SD = 2.15; Mdn = 4.00, IQR = 4.50) รองลงมาเป็นผิวหนังแห้ง ($\bar{X}$ = 3.63, SD = 2.12; Mdn = 4.00, IQR = 4.00) นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 2.17; Mdn = 4.00, IQR = 4.00) เหงื่อออกง่าย ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 2.08; Mdn = 3.00, IQR = 4.00) และเหงื่อออกเวลากลางคืน ($\bar{X}$ = 3.29, SD = 2.01; Mdn = 4.00, IQR = 4.00) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9 และตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด)

คุณภาพชีวิต	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$ (SD) ครั้งที่ 1	$\bar{X}$ (SD) ครั้งที่ 2	$\bar{X}$ (SD) ครั้งที่ 3
ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ	2.58 (1.74)	3.28 (1.93)	3.56 (1.90)
1.ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป	2.83 (1.93)	3.37 (1.97)	3.90 (2.15)
2.เหงื่อออกเวลากลางคืน	2.38 (1.82)	3.15 (2.00)	3.29 (2.01)
3.เหงื่อออกง่าย	2.52 (2.03)	3.31 (2.22)	3.50 (2.08)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$ (SD) ครั้งที่ 1	$\bar{X}$(SD) ครั้งที่ 2	$\bar{X}$(SD) ครั้งที่ 3
ด้านจิตสังคม	1.97 (1.34)	2.09 (1.41)	2.01 (1.38)
4.มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	1.73 (1.62)	1.94 (1.75)	1.77 (1.71)
5.รู้สึกวิตกกังวล หรือหงุดหงิดง่าย	2.63 (1.93)	2.88 (2.06)	2.77 (2.06)
6.ความจำเสื่อม	2.04 (1.60)	2.06 (1.85)	1.75 (1.63)
7.ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น (น้อยลงกว่าเมื่อก่อน)	1.69 (1.42)	1.63 (1.37)	1.62 (1.44)
8.มีอาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	1.87 (1.60)	1.90 (1.60)	1.92 (1.67)
9.ใจร้อน โกรธง่าย ขาดความอดทนต่อผู้อื่น	1.92 (1.63)	2.27 (1.88)	2.40 (1.96)
10.รู้สึกต้องการอยู่คนเดียว	1.88 (1.75)	1.90 (1.73)	1.81 (1.63)
ด้านร่างกาย	2.18 (1.08)	2.41 (1.20)	2.36 (1.29)
11.จุกแน่นลิ้นปี่ มีลมในกระเพาะอาหาร	1.62 (1.90)	2.83 (1.85)	1.77 (1.49)
12.ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ	2.27 (1.92)	2.85 (2.14)	3.02 (2.24)
13.รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.48 (1.96)	2.88 (2.13)	2.81 (2.14)
14.นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ	2.96 (2.21)	3.71 (2.28)	3.58 (2.17)
15.ปวดต้นคอ	1.88 (1.65)	2.46 (2.18)	2.44 (1.94)
16.ความแข็งแรงของร่างกายลดลง	2.19 (1.68)	2.65 (2.14)	2.15 (1.85)
17.ความทรหดอดทนน้อยลง	1.98 (1.66)	2.23 (1.93)	2.01 (1.74)
18.รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.03 (1.84)	2.42 (2.07)	2.37 (1.97)
19.ผิวหนังแห้ง	2.65 (1.90)	3.35 (2.12)	3.63 (2.12)
20.น้ำหนักเพิ่ม	1.46 (1.16)	1.82 (1.37)	2.08 (1.67)
21.ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	1.27 (1.05)	1.21 (0.82)	1.27 (1.12)
22.ลักษณะผิวหนัง ความเต่งตึง หรือสีผิวเปลี่ยนไป	1.65 (1.45)	1.92 (1.66)	2.03 (1.89)
23.ท้องอืด	3.08 (1.97)	2.40 (1.96)	1.92 (1.80)
24.ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	2.06 (1.80)	2.46 (1.88)	2.63 (2.16)
25.ถ่ายปัสสาวะบ่อย	2.67 (1.87)	2.63 (1.97)	2.46 (2.19)
26.ไอ จาม หรือหัวเราะแล้วมีปัสสาวะเล็ด ราด	1.67 (1.32)	1.33 (1.08)	1.60 (1.14)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต		
	$\bar{x}$(SD) ครั้งที่ 1	$\bar{x}$ (SD) ครั้งที่ 2	$\bar{x}$(SD) ครั้งที่ 3
ด้านเพศสัมพันธ์	1.46 (1.01)	1.65 (1.52)	1.53 (1.14)
27.ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป	1.42 (1.16)	1.83 (1.74)	1.50 (1.24)
28.ช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์	1.23 (1.17)	1.46 (1.53)	1.35 (1.00)
29.หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ	1.72 (1.73)	1.63 (1.71)	1.73 (1.70)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.10 (1.05)	2.34 (1.18)	2.31 (1.17)

ตารางที่ 4.10 ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วัน หลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด)

คุณภาพชีวิต	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	Mdn.	IQR	Mdn.	IQR	Mdn.	IQR
1.ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป	3.00	3.75	3.00	4.00	4.00	4.50
2.เหงื่อออกเวลากลางคืน	1.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00
3.เหงื่อออกง่าย	1.00	3.00	3.00	4.00	3.00	4.00
4.มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	1.00	.00	1.00	1.50	1.00	.00
5.รู้สึกวิตกกังวล หรือหงุดหงิดง่าย	1.50	3.00	3.00	3.75	2.50	3.00
6.ความจำเสื่อม	1.00	2.00	1.00	2.75	1.00	.00
7.ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น (น้อยลงกว่าเมื่อก่อน)	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
8.มีอาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00
9.ใจร้อน โกรธง่าย ขาดความอดทนต่อผู้อื่น	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00
10.รู้สึกต้องการอยู่คนเดียว	1.00	.00	1.00	.75	1.00	.00
11.จุกแน่นลิ้นปี่ มีลมในกระเพาะอาหาร	2.50	3.00	1.00	2.00	1.00	1.75
12.ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ	1.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.10 ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วัน หลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต					
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	Mdn.	IQR	Mdn.	IQR	Mdn.	IQR
13.รู้สึกเหนื่อยง่าย	1.00	3.00	2.00	4.00	1.00	4.00
14.นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ	2.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00
15.ปวดต้นคอ	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00
16.ความแข็งแรงของร่างกายลดลง	1.00	3.00	1.00	4.00	1.00	2.00
17.ความทรหดอดทนน้อยลง	1.00	2.00	1.00	2.75	1.00	2.00
18.รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00
19.ผิวหนังแห้ง	1.50	3.75	3.00	4.00	4.00	4.00
20.น้ำหนักเพิ่ม	1.00	.00	1.00	2.00	1.00	2.00
21.ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
22.ลักษณะผิวหนัง ความแต่งตึง หรือสีผิวเปลี่ยนไป	1.00	.00	1.00	2.00	1.00	2.00
23.ท้องอืด	3.00	2.00	1.00	3.00	1.00	1.50
24.ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00
25.ถ่ายปัสสาวะบ่อย	2.50	2.00	1.50	3.00	1.00	3.00
26.ไอ จาม หรือหัวเราะแล้วมีปัสสาวะเล็ด ราด	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
27.ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
28.ช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
29.หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00

Mdn. =Median

เมื่อแบ่งระดับผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปกติ ($\bar{x} < 4$) และระดับผิดปกติ ($\bar{x} \geq 4$) พบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับผิดปกติ ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ร้อยละ 11.5, 13.5, 9.6 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติ พบระดับผิดปกติ ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ร้อยละ 23.1, 38.5, 48.1 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม

พบระดับผิดปกติ ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ร้อยละ 9.6, 15.4, 11.5 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบระดับผิดปกติในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ร้อยละ 9.6, 11.5, 15.4 ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์พบระดับผิดปกติต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 5.8, 9.6, 5.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.11)

เมื่อพิจารณาผลกระทบของแต่ละอาการต่อคุณภาพชีวิต พบว่า อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับผิดปกติ ($\bar{x} \geq 4$) ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด มากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา คิดเป็นร้อยละ 40.4, 51.9 และ 61.5 ตามลำดับ อาการอื่นที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในระดับผิดปกติทั้ง 3 ระยะ ค่อนข้างมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตามระยะเวลา ได้แก่ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป พบร้อยละ 36.5, 44.2, 53.8 ตามลำดับ เหงื่อออกเวลากลางคืน พบร้อยละ 26.9, 48.1, 53.8 ตามลำดับ และเหงื่อออกง่าย พบร้อยละ 30.8, 48.1, 55.8 ตามลำดับ และอาการผิวหนังแห้ง พบร้อยละ 30.8, 44.2, 59.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.11)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำแนกตามระดับของผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และระดับผิดปกติในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

อาการ	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต											
	ระดับปกติ < 4						ระดับผิดปกติ ≥ 4					
	ครั้งที่1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ผลกระทบด้านระบบประสาทอัตโนมัติ	40	76.9	32	61.5	27	51.9	12	23.1	20	38.5	25	48.1
1.ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป	33	63.5	29	55.8	24	46.2	19	36.5	23	44.2	28	53.8
2.เหงื่อออกเวลากลางคืน	38	73.1	27	51.9	24	46.2	14	26.9	25	48.1	28	53.8
3.เหงื่อออกง่าย	36	69.2	27	51.9	23	44.2	16	30.8	25	48.1	29	55.8
ผลกระทบด้านจิตสังคม	47	90.4	44	84.6	46	88.5	5	9.6	8	15.4	6	11.5
4.มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	44	84.6	41	78.8	44	84.6	8	15.4	11	21.2	8	15.4
5.รู้สึกวิตกกังวล หรือหงุดหงิดง่าย	35	67.3	33	63.5	37	71.2	17	32.7	19	36.5	15	28.8
6.ความจำเสื่อม	41	78.8	39	75	45	86.5	11	12.2	13	25.0	7	13.5
7.ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น (น้อยลงกว่าเมื่อก่อน)	44	84.6	44	84.6	45	86.5	8	15.4	8	15.4	7	13.5
8.มีอาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	43	82.7	41	78.8	42	80.8	9	17.3	11	21.2	10	19.2
9.ใจร้อน โกธรง่าย ขาดความอดทนต่ออื่น	41	78.8	38	73.1	37	71.2	11	21.2	14	26.9	15	18.8
10.รู้สึกต้องการอยู่คนเดียว	42	80.8	41	78.8	44	84.6	10	19.2	11	21.2	8	15.4
ผลกระทบด้านร่างกาย	47	90.4	46	88.5	44	84.6	5	9.6	6	11.5	8	15.4
11.จุกแน่นลิ้นปี่ มีลมในกระเพาะอาหาร	36	69.2	41	78.8	46	88.5	16	30.8	11	21.2	6	11.5
12.ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ	38	73.1	36	69.2	31	59.6	14	26.9	16	30.8	21	40.4

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำแนกตามระดับของผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และระดับผิดปกติในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด) (ต่อ)

อาการ	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต											
	ระดับปกติ < 4						ระดับผิดปกติ ≥ 4					
	ครั้งที่1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13.รู้สึกเหนื่อยง่าย	37	71.2	31	59.6	31	59.6	15	28.8	21	40.4	21	40.4
14.นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ	31	59.6	25	48.1	20	38.5	21	40.4	27	51.9	32	61.5
15.ปวดต้นคอ	44	84.6	37	71.2	36	69.2	8	15.4	15	28.8	16	30.8
16.ความแข็งแรงของร่างกายลดลง	38	73.1	34	65.4	40	76.9	14	26.9	18	34.6	12	23.1
17.ความทรหดอดทนน้อยลง	40	76.9	39	75.0	41	78.8	12	23.1	13	25.0	11	21.1
18.รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	41	78.8	37	71.2	36	69.2	11	21.2	15	28.8	16	30.8
19.ผิวหนังแห้ง	36	69.2	29	55.8	21	40.0	16	30.8	23	44.2	31	59.6
20.น้ำหนักเพิ่ม	48	92.3	44	84.6	40	76.9	4	7.7	8	15.4	12	23.1
21.ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	50	96	50	96.2	49	94.2	2	3.8	2	3.8	3	5.8
22.ลักษณะผิวหนัง ความเต่งตึง หรือสีผิวเปลี่ยนไป	45	86.5	42	80.8	41	78.8	7	13.5	16	19.2	11	21.2
23.ท้องอืด	33	63.5	38	73.1	43	82.7	19	36.5	14	26.4	9	17.3
24.ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	41	78.8	35	67.3	35	67.3	11	21.2	17	32.7	17	32.7
25 ถ่ายปัสสาวะบ่อย	35	67.3	34	65.4	37	71.2	17	32.7	18	34.6	15	28.8
26.ไอ จาม หรือหัวเราะแล้วมีปัสสาวะเล็ด ราด	45	86.5	49	94.2	45	71.2	7	13.5	3	5.8	7	13.5
ผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์	49	94.2	47	90.4	49	94.2	3	5.8	5	9.6	3	5.8

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำแนกตามระดับของผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตในระดับปกติ และระดับผิดปกติในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด) (ต่อ)

อาการ	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต											
	ระดับปกติ < 4						ระดับผิดปกติ ≥ 4					
	ครั้งที่1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
27.ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป	48	92.3	45	66.5	48	92.3	4	7.7	7	13.5	4	7.7
28.ช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์	50	96.2	48	92.3	48	92.3	2	3.8	4	7.7	4	7.7
29.หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ	45	86.8	45	86.5	45	86.5	7	13.5	7	13.5	7	13.5
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม	46	88.5	45	86.5	47	90.4	6	11.5	7	13.5	5	9.6

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจำนวน 52 คน โดยมีการติดตามไปข้างหน้า ในระยะเวลา 3-4 เดือน หลังผ่าตัด ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และงานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd et al. (2001) เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2566 ถึงเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ส่วนที่ 2 ประสบการณ์อาการ และความรุนแรงของอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการด้านสภาพอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด และส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยสรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัยเป็นตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน มีอายุระหว่าง 34-50 ปี โดยเป็นกลุ่มที่มีอายุ 46-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 69.3 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (SD = 3.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.5 จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 34.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.5 โดยรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มากที่สุด ร้อยละ 38.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,325 บาท มีเพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 51.9 สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 42.3 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 96.2 ได้รับการผ่าตัดเอามดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก (TAH & BSO และ TLH & BSO) การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ Adenomyosis ร้อยละ 34.6 และกึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 17.3 และไม่ได้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 84.6, 67.3 และ 59.6 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์อาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด การรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 55.8) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 51.9) ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 50) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 50.0) และหงุดหงิด (ร้อยละ 48.1) มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทั้งหมดระหว่าง 1.33 – 1.75 เกือบทุกอาการมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นอาการผมร่วงที่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 71.2) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 67.3) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.5) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 61.5) หงุดหงิด (ร้อยละ 51.9) และอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 51.9) ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทั้งหมดอยู่ระหว่าง 1.38-2.33 อาการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงในระดับน้อย อาการที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ลำดับมากไปน้อย ได้แก่ ผมร่วง เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และเหงื่อออกกลางคืน ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 73.1) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 65.4) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 65.4) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.5) หงุดหงิด (ร้อยละ 51.9) และปวดข้อกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 51.9) ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการทั้งหมดอยู่ระหว่าง 1.25 – 2.40 อาการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย ความรุนแรงของอาการในระดับปานกลางขึ้นไป โดยอาการผมร่วงมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.40) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ผิวหนังแห้ง นอนไม่หลับ ปัสสาวะบ่อยและกลั้นไม่อยู่ และปวดข้อกล้ามเนื้อ ตามลำดับ

วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่พบบ่อยในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะ10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด เป็นดังนี้ 1) อาการร้อนวูบวาบ ใช้วิธีการเปิดแอร์เย็น ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 46.2, 51.4, 44.7 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ76.9, 73.0, 84.2 ตามลำดับ) 2) อาการเหงื่อออกกลางคืน ใช้วิธีการนอนในห้องที่มีพัดลม/อากาศถ่ายเท มากที่สุด (ร้อยละ 27.0, 28.6, 38.2 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 76.9, 63.0, 70.6 ตามลำดับ) 3) อาการนอนไม่หลับ ใช้วิธีการทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น อ่านหนังสือ/สวดมนต์ มากที่สุด (ร้อยละ 20.0, 36.4, 30.3 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 65.5, 54.5,

51.1 ตามลำดับ) 4) ผิวหนังแห้ง ใช้วิธีทาครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.6, 93.7, 91.2 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 77.8, 78.1, 76.5 ตามลำดับ) 5) อาการหงุดหงิด ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ มากที่สุด (ร้อยละ 48.0, 51.9, 44.4 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 76.0, 70.4, 63.0 ตามลำดับ)

คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลกระทบของอาการต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 2.03 ± 1.66, 2.36 ± 1.83, 2.36 ± 1.74 ตามลำดับ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมากขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (2.58 ± 1.93, 3.28 ± 2.06 และ 3.56 ± 2.08 ตามลำดับ) ส่วนอาการด้านเพศสัมพันธ์มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำสุด (1.46 ± 1.35, 1.64 ± 1.66, 1.52 ± 1.31 ตามลำดับ) อาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดในระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ อาการท้องอืด อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังจากผ่าตัด พบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับผิดปกติ ($\bar{X} \geq 4$) เป็นร้อยละ 11.5, 13.5, 9.6 ตามลำดับ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติส่งผลให้สตรีที่มีคุณภาพชีวิตในระดับผิดปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.1, 38.5, 48.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของแต่ละอาการต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า อาการที่ส่งผลให้สตรีที่มีคุณภาพชีวิตในระดับผิดปกติมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ (ร้อยละ 40.4, 51.9 และ 61.5 ตามลำดับ) อาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากคนปกติโดยทั่วไป (ร้อยละ 36.5, 44.2, 53.8 ตามลำดับ) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 26.9, 48.1, 53.8 ตามลำดับ) และ เหงื่อออกง่าย (ร้อยละ 30.8, 48.1,55.8 ตามลำดับ) และ ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 30.8, 44.2 และ59.6 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการการศึกษาประสบการณ์อาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่า อาการที่พบมากทั้ง 3 ระยะ คือ ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง และหงุดหงิด ซึ่งอภิปรายประสบการณ์อาการการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในแต่ละอาการได้ ดังนี้

1. เป็นอาการที่พบมากที่สุด พบได้ตั้งแต่ระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 50โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นและสูงกว่าอาการอื่น ๆ ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 71.2 และ 73.1 ตามลำดับ) สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ซึ่งผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดระดับลงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ หนาว ๆ ร้อน ๆ ตามตัว (นิภาพรรณ มะลิซ้อน, 2558; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) อาการร้อนวูบวาบจึงพบได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด และระดับความรุนแรงของอาการสูงขึ้นตามระยะเวลาจนถึงระยะ 12- 16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผลการศึกษาสอดคล้องและใกล้เคียงกับรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า อาการร้อนวูบวาบเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยพบร้อยละ 68 ถึง 70.7 (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567; มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; Sangamam & Sreelakshmy, 2017)

การจัดการอาการร้อนวูบวาบ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยแค่ไหน และหาวิธีการจัดการอาการหรือความไม่สุขสบาย และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการอาการเพื่อลดผลของการเกิดอาการ (Dodd et al., 2001) ดังเช่น สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการศึกษานี้ ที่มีการใช้วิธีการจัดการอาการร้อนวูบวาบหลากหลายวิธี เช่น อยู่ในห้องแอร์เปิดแอร์เย็น ๆ อยู่ในห้องที่มีพัดลมและอากาศถ่ายเท ดื่มเครื่องดื่มเย็น ๆ อาบน้ำ และดื่มนมถั่วเหลือง เป็นต้น วิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกสอดคล้องกับวิธีการรักษาอาการร้อนวูบวาบโดยไม่ใช้ยาที่เสนอโดยสมาคมวัยหมดประจำเดือนแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Menopause Society, 2004) และนิภาพรรณ มะลิซ้อน (2558) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการร้อนวูบวาบ พบว่า ส่วนใหญ่อาการดีขึ้นโดยเฉพาะในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ที่พบว่าอาการดีขึ้นร้อยละ 84.2 แม้ว่าเป็นระยะที่อาการ

ร้อนวูบวาบมีอัตราการเกิดและความรุนแรงมากกว่าระยะอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะนี้สตรีที่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 40.4) มากกว่าระยะอื่น

2. เหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการที่พบได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 67.3) และค่อนข้างคงที่ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระดับความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้นตามระยะเวลาภายหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของอาการในระดับน้อยในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และ 12- 16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}$ = 1.72 และ $\bar{X}$ = 1.85 ตามลำดับ) อาการเหงื่อออกกลางคืนเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการผ่าตัดรังไข่ออกหมดทั้งสองข้างทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ Hypothalamic Norepinephrine เป็นสารส่งผ่านประสาท (Neurotransmitter) สามารถกระตุ้นสารประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปรธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหงื่อออกท่วมตัวและเหงื่อออกกลางคืน (นิภาพรรณ มะลิซ้อน, 2558) อาการเหงื่อออกกลางคืนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในสตรีที่มีภาวะหมดระดู และมักเกิดร่วมกับอาการร้อนวูบวาบ หนาว ๆ ร้อน ๆ เหงื่อออกท่วมตัว (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

การจัดการอาการเหงื่อออกกลางคืน วิธีการจัดการอาการจะคล้ายคลึงกับการจัดการอาการร้อนวูบวาบ เช่น นอนในห้องที่มีพัดลม/อากาศถ่ายเท นอนในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ ใส่เสื้อนอนและใช้เครื่องนอนที่ทำด้วยเส้นใยธรรมชาติ และอาบน้ำ เป็นต้น การจัดการอาการดังกล่าวช่วยให้ความร้อนถูกระบายออกจากร่างกาย ลดอาการเหงื่อออกจากอุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้มีการจัดการอาการเหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 15.4-37.1) โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการเหงื่อออกกลางคืนที่เกิดขึ้นจากการจัดการอาการ พบว่าดีขึ้นทุกระยะหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 76.9, 62.8 และ 70.6 ตามลำดับ)

3. นอนไม่หลับ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเกิดมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (ร้อยละ 55.8) และอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 63.5 และ 63.5) อัตราการเกิดอาการนอนไม่หลับในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Butts et al. (2014) ที่พบร้อยละ 61.2 ทั้งนี้อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการทางระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด (Vasomotor Symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน (Kim, Yim, & Park, 2018) ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในสตรีกลุ่ม

ตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูตามธรรมชาติ 2.13 เท่า (Cho et al., 2019) อาจเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอย่างฉับพลัน และเกิด Vasomotor Symptoms ที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าการหมดระดูตามธรรมชาติ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) ส่วนอาการที่พบว่าอาการนอนไม่หลับมีอัตราการเกิดสูงสุด (ร้อยละ 55.8) ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อาจเนื่องจากความไม่สุขสบายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด และท้องอืด ซึ่งเป็นอาการทางด้านร่างกายที่พบว่าที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

ระดับความรุนแรงอาการนอนไม่หลับ จะสูงขึ้นตามระยะเวลาภายหลังผ่าตัด จากมีความรุนแรงของอาการในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.46) ในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และสูงขึ้นอยู่ที่ระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}$ = 1.79 และ = 1.70 ตามลำดับ) ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นตามอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่รบกวนการนอนหลับ สตรีที่มีอาการร้อนวูบวาบมากจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีอาการน้อย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

การจัดการอาการนอนไม่หลับ วิธีการที่สตรีกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการอาการนอนไม่หลับที่พบมาก ได้แก่ ทำกิจกรรมก่อนนอน (เช่น การอ่านหนังสือ การสวดมนต์ เป็นต้น) ฟังเพลง และบริหารการหายใจ ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการนอนไม่หลับ พบว่า ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น (ร้อยละ 65.5, 54.5 และ 51.1 ตามลำดับ) เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผ่อนคลายและนอนหลับได้ดี (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

4. ผิวหนังแห้ง การเปลี่ยนแปลงผิวหนัง พบว่า ผิวหนังจะบางลง แห้ง หมอง ความเต่งตึงจะหายไป มีรอยเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงมีผลมาจากการเสื่อมถอยของผิวหนังตามอายุและการขาดฮอร์โมน และเป็นอาการทางด้านร่างกายของสตรีที่มีภาวะหมดระดู (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561; อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ และคณะ, 2544) การศึกษาครั้งนี้พบอัตราการเกิดอาการผิวหนังแห้งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบการเกิดอาการร้อยละ 51.9, 61.5 และ 65.4 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาในสตรีที่มีภาวะหมดระดูซึ่งรวมทั้งจากการผ่าตัดและตามธรรมชาติ และรวมระยะเวลาของการหมดระดูที่หลากหลาย ตั้งแต่ระยะแรกจนมากกว่า 5 ปี ซึ่งพบอัตราการเกิดผิวหนังแห้ง ร้อยละ 57.9-64 (Nisar & Sohoo, 2009; Panichakul et al., 2017) ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด สตรีที่มีอาการผิวหนังแห้ง ใช้วิธีการจัดการอาการ โดยการใช้ครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ

92.6, 93.7 และ 91.2) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่าทุกระยะ ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 77.8, 78.2 76.5)

5. หงุดหงิด ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดประมาณกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.1- 51.9) เกิดอาการหงุดหงิดทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด อาการหงุดหงิดเป็นอาการในกลุ่มอาการของระบบประสาทส่วนกลาง และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ฮอร์โมนเพศในร่างกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาท (Neurotransmitter) ในสมองที่มีผลต่ออารมณ์ และจิตใจ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างทำให้มีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เกิดอาการหงุดหงิดได้ และเนื่องจากมดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี เมื่อถูกตัดออก สตรีจึงกลัวความเป็นหญิงของตนไม่สมบูรณ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่มีการเปลี่ยนไป นอกจากนี้มีผลทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง และกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้มีผลต่ออารมณ์รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออก เช่น มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการที่พบมากตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด จนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อันเป็นผลจากเหงื่อออกกลางคืน ส่งผลให้สตรีเกิดอาการหงุดหงิดได้ด้วย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550) อัตราการเกิดอาการหงุดหงิดในการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rathnayake et al. (2019) ในสตรีประเทศศรีลังกาที่มีภาวะหมดระดู ซึ่งพบร้อยละ 41.3 แต่แตกต่างจากการศึกษาของมลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ (2550) ที่ศึกษาอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พบอาการหงุดหงิดง่าย มากถึงร้อยละ 83.3 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการหงุดหงิดทุกระยะหลังผ่าตัดของสตรีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย

การจัดการอาการหงุดหงิด ผลการศึกษา พบว่า ทุกระยะหลังการผ่าตัด สตรีมีวิธีการจัดการอาการหงุดหงิดโดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ มากที่สุด (ร้อยละ 48.0, 51.9, 44.4) และสตรีจำนวนมากไม่ทำอะไรในการจัดการอาการหงุดหงิดเลย (ร้อยละ 28.0, 44.4, 55.6) ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการหงุดหงิดในทุกระยะ พบว่าส่วนใหญ่อาการดีขึ้น (ร้อยละ 76.0, 70.4 และ 63.3 ตามลำดับ) วิธีการที่สตรีกลุ่มตัวอย่างใช้ ช่วยทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลาย ทำให้ความรู้สึกหงุดหงิดลดลง อย่างไรก็ตามสตรีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ทำอะไรเลยก็มีผลลัพธ์ดีขึ้นด้วย อธิบายได้ว่า อาการหงุดหงิดที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับน้อยทั้ง 3 ระยะหลังการผ่าตัด และอาการหงุดหงิดส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอาการอื่น ๆ ทาง

ร่างกาย (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550) การจัดการอาการอื่น ๆ ทางร่างกาย พบว่า มีอาการดีขึ้น จึงช่วยลดอาการหงุดหงิดได้

อาการผมร่วง พบอัตราการเกิดอาการผมร่วงในสตรีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะหลังการผ่าตัดค่อนข้างน้อย ทุกระยะพบน้อยกว่าร้อยละ 10 แต่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมากในระยะ 4-8 และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการผมร่วงเป็นอาการทางผิวหนังที่พบได้ในสตรีที่มีภาวะหมดระดู (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2561) เกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหลักน่าจะเกิดจากการขาดฮอร์โมนเพศหญิงที่เกิดขึ้นหลังจากตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนซึ่งมีผลต่อการเจริญของผมและขนทำให้เกิดอาการผมร่วง อธิบายได้ว่าอาการผมร่วงกระทบต่อภาพลักษณ์ของสตรีกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 34-56 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับสามี (ร้อยละ 61.5) และส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ (ร้อยละ 86.5) จึงรับรู้การเกิดอาการผมร่วงอยู่ในระดับรุนแรง

สำหรับอาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ เป็นอาการที่มีอัตราการเกิดของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดค่อนข้างน้อยร้อยละ 5.8-7.7 แต่เมื่อมีอาการแล้วมีระดับความรุนแรงค่อนข้างสูงในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์เป็นผลสืบเนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลให้ภายในช่องคลอดขาดเมือกหล่อลื่นหรือมีน้อยลงกว่าปกติ ทำให้เยื่อบุช่องคลอดแห้ง ขาดความชุ่มชื้น (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2561; พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561; Australasian Menopause Society, 2017) ความรุนแรงของอาการลดลงในสัปดาห์ที่ 12-16 หลังผ่าตัด อาจเป็นผลจากการจัดการอาการ และการได้รับฮอร์โมนทดแทนที่มากขึ้นจากร้อยละ 15.4 เป็น 32.7 และ40.4 ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ตามลำดับ

6. คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยรวม ในระยะเวลา 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีค่ามากที่สุด 2.58 ± 1.74, 3.28 ± 1.93 และ 3.56 ± 1.90 ตามลำดับ และมีค่าสูงขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติต่ำสุด อธิบายได้ว่าอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ที่มีอัตราการเกิดสูงสุดในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด และมีระดับความรุนแรงสูงกว่าอาการอื่น ๆ ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยระดับความรุนแรงของอาการเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลา

หลังผ่าตัด จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรุนแรงของอาการมีผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดปกติไปจากคนทั่วไป มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง (จรรยา จันทร์ผ่อง และคณะ, 2567; Prajapati et al., 2018; Rathnayake et al., 2019)

คุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 1.46, 1.64, 1.52 ตามลำดับ) แสดงว่าอาการช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป และหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศไม่กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการด้านเพศสัมพันธ์น้อย และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตจึงน้อย

เมื่อพิจารณาผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายข้อ พบว่า อาการท้องอืดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะแรก 10-14 วันหลังผ่าตัดมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.08, Mdn = 3.00) และค่อย ๆ ลดลงในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}$ = 2.40, Mdn = 1.00; ($\bar{X}$ = 1.92, Mdn = 1.00 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า อาการท้องอืดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้มากในระยะแรกหลังผ่าตัด เนื่องจาก ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดมีฤทธิ์ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง (อรวรรณ พานดอกไม้, 2567) และส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับ ซึ่งพบมากที่สุดในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก

ระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป เหงื่อออกเวลากลางคืน เหงื่อออกง่าย นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ และผิวหนังแห้ง อาการเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 เท่ากับ 3.15-3.71 และ 3.29-3.90 ตามลำดับ และมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3-4 อธิบายได้ว่า อาการทั้ง 5 อาการเป็นอาการที่พบมากในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 หลังผ่าตัด จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมาก อาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไปมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่พบว่า อาการนอนไม่หลับและอาการร้อนวูบวาบมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ สูงกว่า

อาการอื่น ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ (2550) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูมีผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลง โดยอาการร้อนวูบวาบเป็นอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระดับผิดปกติโดยมีคะแนนมัธยฐานคุณภาพชีวิตเท่ากับหรือมากกว่า 4 คะแนน (Panichakul et al., 2017) ได้แก่ อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ซึ่งพบตั้งแต่ ระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Mdn = 4.00, IQR = 5.00) และต่อเนื่องจนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Mdn = 4.00, IQR = 4.00) โดยสตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับผิดปกติจากอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับใน 2 ระยะนี้ (ร้อยละ 51.9 และ 61.5 ตามลำดับ) อาการอื่นที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มตัวอย่างในระดับผิดปกติ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบรู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป (Mdn = 4.00, IQR = 4.50) เหงื่อออกเวลากลางคืน (Mdn = 4.00, IQR = 4.00) และผิวหนังแห้ง (Mdn = 4.00, IQR = 4.00) ซึ่งพบในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยสตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับผิดปปกติจากอาการทั้งสามนี้ (ร้อยละ 53.8, 53.8, และ 59.6 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตของสตรีด้วยเครื่องมือ MENQOL เหมือนกัน พบว่า อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดไปจากปกติคนทั่วไป เหงื่อออกเวลากลางคืน และผิวหนังแห้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Mdn = 2-3, 2, 3,2 ตามลำดับ) (Prajapati et al., 2018) น้อยกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในการศึกษานี้ แต่อาการอื่น ๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่า หรือใกล้เคียงกับสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดอายุเฉลี่ย 46 ปี ในขณะที่สตรีหมดระดูโดยธรรมชาติ ส่วนใหญ่อายุมากกว่าและอาการต่าง ๆ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ความจำเสื่อม ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะบ่อย วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย และซึมเศร้า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาประสบการณ์อาการ และความรุนแรงของอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ10-14 วัน 4-8สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่า อาการที่พบมากทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง และหงุดหงิด การเกิด

อาการและความรุนแรงของอาการสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 4-8 และความรุนแรงของอาการมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกในสัปดาห์ที่ 12-16 หลังผ่าตัด ยกเว้นอาการนอนไม่หลับที่มีความรุนแรงใกล้เคียงเดิม สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งพบส่วนใหญ่ทุกอาการดีขึ้น สำหรับคุณภาพชีวิต พบว่าโดยรวมสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้รับผลกระทบจากอาการเพิ่มขึ้นในระยะ 4-8 และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกเวลากลางคืน และเหงื่อออกง่าย กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรมีการประเมินการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตจากผลกระทบของอาการ ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทุกรายที่มารับการรักษา โดยเฉพาะในระยะ 4 สัปดาห์ หลังผ่าตัดขึ้นไปโดยติดตามเป็นระยะ ๆ

2) ควรให้ข้อมูลแก่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเกิดอาการต่าง ๆ ที่พบบ่อยซึ่งจะมีโอกาสเกิดมากขึ้นและรุนแรงมากขึ้นในระยะตั้งแต่ 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัดขึ้นไป และวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการอาการที่พบว่าช่วยบรรเทาอาการได้

3) ควรส่งเสริมสตรีก่อนผ่าตัดรังไข่ออกให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วภายหลังผ่าตัด โดยการสอนและให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1) ควรศึกษาผลของวิธีการจัดการอาการของภาวะหมดระดูที่พบบ่อยที่สตรีเลือกใช้มากต่อผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิต โดยแยกกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงที่ต่างกัน และแยกกลุ่มที่ได้รับฮอร์โมนและไม่ได้รับฮอร์โมน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการชัดเจนขึ้น

2) ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการอาการนอนไม่หลับ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกเวลากลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่พบมาก และมีความรุนแรงมาก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาภิบาล, และธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์. (2560). *ตำรานรีเวชวิยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นครปฐม: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2561). *ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

เกวลี เครือจักร, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, และวิโรจน์ มงคลเทพ. (2560). ความเครียดและพฤติกรรมการปรับตัวของประชากรวัยทอง ตำบลแม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 11*(1), 1–11.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช. (2567). *ข้อมูลสถิติหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หน่วยเวชสถิติสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. (2565). *ข้อมูลสถิติหน่วยเวชสถิติสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

จรรยา จันทร์ผ่อง, กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, และณัฐชญา สง่าอารีย์กุล. (2567). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังจากผ่าตัด. *Nursing Science Journal of Thailand, 42*(2), 89–104.

จิณณพัต มั่งมี. (2562). *ประสิทธิผลของการดื่มนมถั่วเหลืองที่มีต่อการลดอาการของฮอร์โมนในสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนของผู้ป่วยบัตรทองโรงพยาบาลบางไผ่* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพฯ.

จุรีย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานัตร, และจารุวรรณ มานะสุรการ. (2556). ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ. ใน *บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556* (น. 161-169). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

ชมพูนุช สุภาพวานิช, นิธิวดี นุ่นสังข์, และชัยณรงค์ ชูทอง. (2559). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบไอน้ำสมุนไพรกับการอบไอน้ำต่อคุณภาพการนอนหลับของสตรีวัยทองที่มีปัญหานอนไม่หลับ. *วารสารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 14*(2), 165–176.

ชัยเลิศ พงษ์นริศร. (2560). *ผ่าตัดมดลูก ใครว่าไม่ต้องคิดมาก?* สืบค้นจาก http://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge22

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์, และวัชรี เลอมานกุล. (2549). *การประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน: การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใช้และไม่ใช้ฮอร์โมนทดแทน* (Unpublished Independent Study). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

ธิดารัตน์ คำบุญ. (2560). กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11*(2), 38–51.

ธิดารัตน์ จันทร์ดอน. (2562). ถั่วเหลืองกับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน. *จุลสารข้อมูลสมุนไพร, 36*(4), 3-11.

นิธิวดี นุ่นสังข์, และไชยณรงค์ ชูทอง. (2559). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบไอน้ำสมุนไพรกับการอบไอน้ำต่อคุณภาพการนอนหลับของสตรีวัยทองที่มีปัญหานอนไม่หลับ. *วารสารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 14*(2), 165–176.

นิภาพรรณ มะลิซ้อน. (2558). การรักษาอาการร้อนวูบวาบในสตรีวัยหมดประจำเดือน: Treatment of Menopausal Hot Flush. *วารสารอาหารและยา, 22*(2), 3–7.

ประวีดา ดำแดง. (2563). การจัดการกับอาการ The Management of Menopausal Symptoms. *พยาบาลสาร, 47*(1), 478-488.

ประวีดา ดำแดง. (2566). ความพร่องทางเพศของสตรีวัยหมดประจำเดือน Sexual Dysfunction in Menopause Women. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 29*(2), 104-115.

ประสงค์ ตันมหาสมุทร, ธันยารัตน์ วงศ์วนานุรักษ์, และปณิชา จันทราพานิชกุล. (2567). *เวชปฏิบัติโรคต่อมไร้ท่อระบบสืบพันธ์*. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

ประสงค์ ตันมหาสมุทร. (2561). *เยื่อบุมดลูกต่างที่*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนา. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16*(2), 9-18.

พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2561). *การส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงวัยทอง*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พริ๊น.

ฟองฝน ผลจันทร์, สนธยา พิริยะกิจไพบูลย์, และปิยวดี วุฒิกรสัมมากิจ. (2563). ประสิทธิภาพยาเอสโตรเจนครีมที่ผลิตขึ้นเองในการรักษาภาะช่องคลอดแห้งในสตรีวัยหมดระดู. *สรรพสิทธิเวชสาร, 41*(1), 1-14.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

มนฑกานต์ วัฒนานนท์, ศุภชัย ปิติกุลตัง , สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และ พิมสุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2560). โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้างแบบส่องกล้อง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 47*(2), 153-163.

มลฤดี ประสิทธิ์, ชวนชม สกนธวัฒน์, เกสร เหล่าอรรคะ, สุกรี สุนทราภา, ศรีนารี แก้วฤดี, วรลักษณ์ สมบูรณ์พร, . . . เพียงจิตต์ ธารไพรสาณฑ์. (2550). อาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 22*(3), 267-413.

มัณฑนา คงวิจิตร, และ โสเพ็ญ ชูนวล. (2551). ภาวะสุขภาพ อาการของภาวะหมดประจำเดือน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(4), 386-398.

มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2567). *ประโยชน์การออกกำลังกายสำหรับสตรีที่มีภาวะหมดระดู*. สืบค้นจาก https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140274

รพีพรรณ อุปการ, ทิพวรรณ เรืองเจริญ, ภัชรา ศรสุวรรณ, และอมรรัตน์ อินทรจนา. (2552). ผลการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยวัยทองก่อนกำหนดจากการทำผ่าตัด. ใน *Innovation Management เติมเต็มวิถีความเป็นเลิศขององค์กร* (น. 426–434). กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติ: การดูแลผู้ป่วยวัยหมดระดูและวัยทอง*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

วีระสิงห์ เมืองมั่น. (2553). กลุ่มอาการวัยทองและการรักษาโดยแพทย์แผนไทย. *Ramathibodi Medical Journal, 33*(1), 42–46.

สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาด้วยฮอร์โมนในวัยหมดระดู*. สืบค้นจาก https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/GY-64-022.pdf

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สหภูมิ ศรีสุมะ. (2567). *ดื่มน้ำอย่างไรให้ดีต่อร่างกาย*. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/วิธีการดื่มน้ำ-ดีต่อร่างกาย/

สายพิณ พงษธา. (2554). *วัยหมดระดู Menopause*. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/residents-fellows/1653/

สุกรี สุนทราภา. (2557). สตรีวัยทอง. ใน *การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 30 ประจำปี 2557* (น. 50-55). กรงเทพฯ: สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

สุชาดา อินทวิวัฒน์, และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล. (2561). *กลุ่มอาการทางเมแทบอลิกในสตรี*. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.

สุชาวดี รุ่งแจ้ง, และรัชนี นามจันทรา. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27*(2), 43-57.

สุปราณี น้อยอ่ำ. (2548). *อาการหลังได้รับฮอร์โมนทดแทนของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* (Unpublished Independent Study). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุมนกาญจน์ พฤกษพิทักษ์. (2562) .การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียดของบุคลากรระดับปฏิบัติการ.*วารสารบริหารธุรกิจอุสาหกรรม, 1*(2), 47-58.

สุรสวดี ลินวัต. (2562). การบูรณาการรักษาสตรีวัยทองด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส)*, *25*(1), 160-170.

สุวัฒน์ มหัตนิรันทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชีวัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

แสงระวี แทนทอง, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ, 5*, 40-47.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

อรพิณ จินตคุณธรรมกุล. (2559). *รายงานการวิจัยเรื่อง ความชุกของมะเร็งรังไข่และการนำรังไข่ออกภายหลังในสตรีที่มีประวัติผ่าตัดมดลูกออก สำหรับกลุ่มโรคไม่ร้ายแรงระยะเวลา 10 ปี ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาตร์และนรีเวชวิทยา, คณะแพทย์ศาสตร์.

อรวรรณ พานดอกไม้. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งหมด เนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก : กรณีศึกษา 2 ราย . *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 32*(1), 101-113.

อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, และกฤษ วานิศวณะทอง. (2544). ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู. *วชิรเวชสาร, 45*(1), 1-11.

Australasian Menopause Society. (2017). *Surgical Menopause*. Retrieved from https://www.menopause.org.au/health-/what-every-woman-ought-to-know-about-the-menopause

Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., . . . Thurston, R. C. (2015). Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Inter med, 175*(4), 531-539. doi:10.1001/jamainternmed. 2014.8063.

Becker, S. P., Jarrett, M. A., Luebbe, A. M., Garner, A. A., Burns, G. L., & Kofler, M. J. (2018) Sleep in a large, multi-university sample of college students: sleep problem prevalence, sex differences, and mental health correlates. *Sleep Health, 4*(2), 174–181.

Berg, J. A., Larson, C. A., & Pasvogel, A. E. (2008). Menopausal symptom perception and severity: results from a screening questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(7), 940-948.

Best. J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Bhattacharya, S. M., & Jha, A. (2010). Acomparison of health-related quality of life (HRQOL). After natural and surgical menopause. *Maturitas, 66*(4), 431-434.

Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., . . . Vallejo, S. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause, 18*(7), 778–785. https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318207851d

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Butts, S., Johnson, L., Digiovanni, L., Voong, C., Chan, J., & Senapati, S. (2014). Poor sleep quality after surgical menopause: Complex associations between mood, vasomotor symptoms, and medications. *Fertility and Sterility, 102*(3), e44.

Butmarasri, K., Soontrapa, S., Kaewrudee, S., Somboonporn, C., & Somboonporn, W. (2017). Prevalence of hypothyroidism in peri¯/post¯menopausal Thai women. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 25*, 275–283. https://doi.org/10.14456/tjog.2017.36

Cho, N. Y., Kim, S., Nowakowski, S., Shin, C., & Suh, S. (2019). Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. *Menopause*, *26*(4), 357-364.

Crowther, P. (2019). *What Every Women Ought to What Every Woman Ought to Know about the Menopause*. Retrieved from https://www.positivehealth.com/article/women

Dam, V. T., Schouw, Y. T., Onland-Moret, N. C., Groenwold, R. H. H., Peters, S. A. E., Burgess, S., . . . Butterworth, A. (2019). Association of menopausal characteristics and risk of coronary heart disease: A pan¯European case–cohort analysis. *International Journal of Epidemiology, 48*(4), 1275–1285. https://doi.org/10.1093/ije/dyz016

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S, Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668–676. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x

EuroQol Group Executive Office. (2013). *EQ¯5D user guide: Basic information on how to use EQ¯5D (Version 2013)*. Rotterdam, The Nethlands: EuroQol Research Foundation.

Faubion, S. S., Kuhle, C. L., Shuster, L. T., & Rocca, W. A. (2015). Long-term health consequences of premature of early menopause and considerations for management. *Climacteric, 18*(4), 483-491.

Francis, K. (2007). Physiology and management of bladder and bowel continence following spinal cord injury. *Ostomy Wound Manage, 53*(12), 18–27.

Gumussoy, S., Gumussoy, M., Hortu, I., & Ergenoglu, A. M. (2020). The effect of surgical menopause after bilateral oophorectomy on hormonal changes, mucociliary clearance, and quality of life. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 277*, 2793-2800.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., . . . Dunn, E. (1996). *Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*. https://doi.org/10.1037/t68253-000

Honorato, T. C., Haadsma, M. L., Land, J. A., Boezen, M. H., Hoek, A., & Groen, H. (2018). Inutero cigarette smoke exposure and the risk of earlier menopause. *Menopause, 25*(1), 54-60.

Johnson, N., Barlow, D., Letheaby, A., Tavender, E., Curr, L., & Garry, R. (2005). *Method of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Retrieved from www.mrw.interscience.wily.com./tu.ac//Cochrane/articles/

Kim, M., Yim, G., & Park, H. (2018). Vasomotor and Physical Menopausal Symptoms are Associated with Sleep Quality. *PLoS ONE, 13*(3), e0192934. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192934

Kingsberg, S. A., Larkin, L. C., & Liu, J. H. (2020). Clinical effects of early or surgical menopause. *Obstetrics & Gynecology, 135*(4), 853–868.

Laughlin-Tommaso, S. K., Hesley, G. K., Hopkins, M. R., Brandt, K. R., Zhu, Y., & Stewart, E. A. (2017). Clinical limitations of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) classification of uterine fibroids. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *139*(2), 143-148.

Lee, S. R., Cho, M. K., Cho, Y. J., Chun, S., Hong, S. H., Hwang, K. R., . . . Kim, T. (2020). The 2020 Menopausal Hormone Therapy Guidelines. *Journal of Menopausal Medicine, 26*(2), 69–98. https://doi.org/10.6118/jmm.20000

Mahajan, N., Kumar, D., & Fareed, P. (2016). Comparison of Menopause Symptoms and Quality of Life after natural and surgical menopause. *International Journal of Scientific Study*, *3*(11), 74-77.

McPherson, K., Herbert, A., Judge, A., Clarke, A., Bridgman, S., Maresh, M., . . . Overton, C. (2005). Self‐reported bladder function five years post‐hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 25*(5), 469–475. https://doi.org/10.1080/01443610500235170

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Namazi, M., Sadeghi, R., & Moghadam, Z. B. (2019). Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International Journal of Women's Health, 11*, 637-647.

Nappi, R. E., Albani, F., Santamaria, V., Tonani, S., Magri, F., Martini, E., . . . Polatti, F. (2010). Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*, *67*(1), 78-83.

National Health Service. (2020). *Hormone replacement therapy (HRT)*. Retrieved from https://www.nhs.uk/medicines/hormone-replacement-therapy-hrt/

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Menopause: Diagnosis and Management (NICE guideline NG23)*. Retrieved from https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-pdf-1837330217413

National Institutes of Health. (2015). *Short Form 36 ¯Item Health Survey (SF ¯36) [Common Data Element]*. Retrieved from https://cde.nlm.nih.gov/formView?tinyId=7ytzDUjdtZ

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F.R., & Majd, H.A. (2020). Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. *BMC Women Health*, *20*(104), 1-9.

Nisa, M., & Sohoo, N. A. (2009). Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: A hospital-based survey. *Journal of the Pakistan Medical Association, 59*(11), 752–756.

Panichkul, S., Wongwananuruk, T., Boonyanurak, P., Wiriyasirivaj, B., Wanichsetakul, P., Pongsatha, S., . . . Rattanachaiyanont, M. (2017). Menopause-related symptom and quality of life in peri-and postmenopausal women in Thailand: A multicenter study. *Asian Biomedicine, 10*(11), 207-216.

Pillay, O.C., & Manyonda, I. (2022). The surgical menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 81*, 111–118. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.001

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Poomalar, G.K., & Arounassalame, B. (2013). The Quality of Life During and After Menopause Among Rural Women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 7*(1), 136-139.

Prajapati, L. M, Shrestha, G. K., & Sanjel, S. (2018). Quality of life of Menopausal Women in Majhifeda VCD, Kavrepalanchok, *Nepal Kathmandu University Medical Journal, 16*(4), 311-316.

Rathnayake, N., Lenora, J., Alwis, G., & Lekamwasam, S. (2019). Prevalence and Severity of Menopausal Symptoms and the Quality of Life in Middle-aged Women: A Study from Sri Lanka. *Nursing Research and Practice, 2019*(1), 2081507. https://doi.org/10.1155/2019/2081507

Rocca, W. A., Bower, J. H., Maraganore, D. M., Ahlskog, J. E., Grossardt, B. R., Andrade, M., . . . Melton, L. J. (2007). Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology, 69*(11), 1074-1083. doi:10.1212/01.wnl.0000276984.19542.e6

Rodriguez, M., & Shoupe, D. (2015). Surgical menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am, 44*(3), 531-542. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.003

Sangamam, R., & Sreelakshmy, K. (2017). Health concerns and quality of life in surgical menopause. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research, 4*(3), 292–296.

Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and their Management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 44*(3), 497–515. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001

Schultz, N. M., Morga, A., Siddiqui, E., & Rhoten, S. E. (2024). Psychometric evaluation of the MENQOL instrument in women experiencing vasomotor symptoms associated with menopause. *Advances in Therapy, 41*(6), 2233–2252.

Silpakit, M., & Boonyanurak, P. (2017). Comparison of the quality of life between users and non‐users of complementary and alternative medicine in Thai women with menopause‐related symptoms aged 45 years old and above. *Journal of the Medical Association of Thailand, 100*(6), 621–629.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Sriprasert, I., Pantasri, T., Piyamongkol, W., Suwan, A., Chaikittisilpa, S., Sturdee, D. W., . . . Hunter, M. S. (2017). An International Menopause Society study of vasomotor symptoms in Bangkok and Chiang Mai, Thailand. *Climacteric, 20*(2), 171–177.

Taku, K., Melby, M. K., Takebayashi, J., Mizuno, S., Ishimi, Y., Omori, T., . . . Watanabe, S. (2010). Effect of soy isoflavone extract supplements on bone mineral density in menopausal women: meta-analysis of randomized controlled trials. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 19*, 33-42.

The North American Menopause Society. (2004). Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: Position statement of the North American Menopause Society. *Menopause, 11*(1), 11–33.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403–1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K

Weeda, L. J. Z., Bradshaw, C. J. A., Judge, M. A., Saraswati, C. M., & Souëf, P, L. (2018). How climate change degrades child health: A systematic review and meta-analysis. *Journal Science of The Total Environment, 920*, 170944.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รหัสผู้ป่วย.....

Visit 1 (Day10-14) วันที่.....

แบบสอบถามสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมายถูก ☑ ในกรอบที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1.ท่านมีอายุ..... .....ปี.....เดือน

2.ท่านผ่าตัดเกี่ยวกับมดลูกและ/หรือรังไข่ เมื่อใด.....

ชนิดของการผ่าตัด.....

3.การวินิจฉัยของแพทย์.....

ผลชิ้นเนื้อ.....

4.สถานภาพสมรส

☐1.โสด ☐2.คู่/อยู่ด้วยกัน ☐3.แยกกันอยู่ ☐4.หม้าย/หย่าร้าง

5.ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุด

☐1.ไม่ได้ศึกษา ☐2.ประถมศึกษา ☐3.มัธยมศึกษา/ปวช.

☐4.อนุปริญญา/ปวส. ☐5. ปริญญาตรี ☐6. สูงกว่าปริญญาตรี

☐7.อื่น ๆ (ระบุ).....

6.ท่านได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังจากผ่าตัดหรือไม่

☐1.ไม่ได้รับ

☐2.ได้รับชื่อยา.....ขนาด.....วิธีการใช้ยา.....

☐3.ยาอื่น ๆที่ได้รับ ระบุ.....

7. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ 1.ไม่มีโรคประจำตัว

☐ 2.มีโรคประจำตัว ระบุโรคประจำตัวของท่าน

☐ 2.1 โรคเบาหวาน ☐ 2.2 โรคมะเร็งเต้านม

☐2.3 โรคความดันโลหิตสูง ☐ 2.4 โรคไขมันในเลือดสูง

☐2.5 โรคไทรอย์ ☐ 2.6 โรคไต

☐2.7 โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ☐2.8 อื่น ๆ ระบุ.....

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
309/2566
รหัสโครงการ.....(IRB1)
COA no. Si 615/2023
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

8. อาชีพ ปัจจุบันที่ท่านทำงานเป็นหลัก

☐ 1.ไม่ได้ทำงาน ☐ 4. เกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน

☐ 2. รับราชการ/รัฐวิสากิจ ☐ 5. รับจ้าง

☐ 3. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ☐ 6.อื่น ๆ ระบุ.....

9.รายได้ของท่านประมาณ.....บาท/เดือน (ท่านคิดว่ารายได้ที่ท่ารับเป็นอย่างไร)

☐ 1.ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ☐ 5.เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ

☐ 2.เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ ☐ 6.ฐานะเศรษฐกิจมั่นคง

☐ 3.ไม่กู้หนี้ยืมสิน ☐ 7.อื่น ๆ(ระบุ).....

☐ 4.กู้หนี้ยืมสิน

10. ท่านใช้สิทธิ์ในการรักษาใด

☐ 1.หลักประกันสุขภาพ 30 บาท ☐3.ประกันสังคม

☐ 2.เบิกจ่ายตรง ☐4.ระบบประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต

☐ 5.จ่ายเงินเอง ☐ 6.อื่น ๆ (ระบุ).....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



รับรองผลโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันพระบรมราชชนก
รหัสโครงการ 309/2566 (0981)
COA no. SI 615/2023
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

Visitที่ 1 วันที่...../...../.....visitที่ 2 วันที่...../...../.....Visitที่ 3 วันที่...../...../..... รหัสผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

อาการ	ประสบการณ์อาการ					วิธีการจัดการอาการ (กรณีที่ท่านมีอาการ ให้เลือกและตอบวิธีการจัดการอาการของท่าน ตอบได้หลายวิธี)	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (สภาพอาการ)			
	การเกิดอาการ		ความรุนแรง							
	ไม่มี	มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		หาย	ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง
1.ร้อนวูบวาบ						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ดื่มเครื่องดื่มเย็นๆ ☐ อาบน้ำ ☐ หลีกเลี่ยงอาหารที่เผ็ดร้อน เค็ม หวาน ☐ เปิดแอร์เย็นๆ ☐ หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ ช็อคโกแลต เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และแอลกอฮอล์ ☐ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ☐ ฝึกโยคะ ฝึกสมาธิ ☐ อยู่ในห้องที่เย็น มีพัดลม และอากาศถ่ายเท ☐ เลิกสูบบุหรี่ ☐ดื่มนมถั่วเหลือง ☐ ใส่เสื้อผ้าที่ทำด้วยเส้นใยธรรมชาติ เช่น ฝ้าย ลินิน ☐แช่น้ำอุ่น 20 นาที ทุก ๆ เช้า ☐ อื่น ๆ ระบุ				
2.เหงื่อออกกลางคืน						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มร้อนตอนกลางคืน ☐ ใส่เสื้อนอนและใช้เครื่องนอนที่ทำด้วยเส้นใยธรรมชาติ เช่น ฝ้าย ลินิน ☐ อื่น ๆ ระบุ				
3.หงุดหงิด						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ☐ ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง/ดูหนัง/นั่งสมาธิ/อ่านหนังสือ/โยคะ/ไทชิ ☐ อื่น ๆ ระบุ				
4.นอนไม่หลับ						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน ☐ ทำกิจวัตรประจำก่อนนอน เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ ☐ การอบไอน้ำสมุนไพร ☐ อ่านหนังสือ/ฟังเพลงเมื่อนอนไม่หลับ ☐ เข้านอนและตื่นนอนในเวลาเดิมทุกวัน ☐ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายใกล้เวลานอน (2 ชั่วโมง ก่อนนอน) ☐ บริหารการหายใจและใช้เทคนิคการผ่อนคลายวิธีต่าง ๆ ☐ อื่น ๆ ระบุ				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 309/2566 (IRB1)
- 615/2023
COA no SI
รับรองวันที่ 11 ส.ค. 2566

4

อาการ	ประสบการณ์อาการ					วิธีการจัดการอาการ (กรณีที่ท่านมีอาการ ให้เลือกและตอบวิธีการจัดการอาการของท่าน ตอบได้หลายวิธี)	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (สภาพอาการ)			
	การเกิดอาการ		ความรุนแรง							
	ไม่มี	มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		หาย	ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง
5.ช่องคลอดแห้ง						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ใช้ครีมหรือสารหล่อลื่นสำหรับช่องคลอด ☐ อื่น ๆ ระบุ				
6.ปวดข้อกล้ามเนื้อ						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ รับประทานยาแก้ปวด ☐ ดูนวดด้วยยาทาแก้ปวด ☐ บริหารร่างกาย/นวดบริเวณที่ปวด ☐ อื่น ๆ ระบุ				
7.ปวดศีรษะ						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ รับประทานยาแก้ปวด ☐ นวดศีรษะเบาๆ ☐ อื่น ๆ ระบุ				
8.อ่อน เพลีย,หนื่อยง่าย						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ การออกกำลังกายเดินเบาๆ ☐ นอน / พักผ่อน ☐ หาเครื่องดื่ม ☐ อื่น ๆ ระบุ				
9.เจ็บเวลามีเพศสัมพันธุ์						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ใช้ K-Y ☐ อื่น ๆ ระบุ				
10.ผิวหนังแห้ง						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ใช้ครีมหรือน้ำมันบำรุงผิวหนัง ☐ อาบน้ำด้วยสบู่อ่อนๆ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....				
11.ปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่อยู่						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ ฝึกขมิบ ☐ อื่น ๆ ระบุ				
12.....						☐ ไม่ได้ทำอะไรเลย ☐ อื่น ๆ ระบุ				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

5

รหัสผู้ป่วย.....

Visitที่ 1 วันที่...../...../..... visitที่ 2 วันที่...../...../..... Visitที่ 3 วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณชีวิตสำหรับสตรีที่มีภาวะหมดระดู {Thai Menopause-specific Quality of life Questionnair (Thai MENQOL)}

คำชี้แจง ข้อความในแต่ละข้อ ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ตามที่กำหนด

ถ้ามีอาการในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาให้ใส่เครื่องหมายถูก X ในช่อง ☐

ถ้าไม่มีอาการ X ในช่อง ☐ ไม่มี

ถ้ามีอาการแล้วกากบาท X ทับหมายเลข นั้นว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตคุณมาก**น้อยเพียงใด**

0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบ 1 หมายถึง มีผลกระทบ**น้อยที่สุด**

2 หมายถึง มีผลกระทบค่อนข้างน้อย 3 หมายถึง มีผลกระทบปา**นกลาง**

4 หมายถึง มีผลกระทบค่อนข้างมาก 5 หมายถึง มีผลกระทบมาก

6 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



อ้างใน อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, กฤต วานิศวณะทอง. ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู.วชิรเวชสาร.2544;45(1):1-11.

6

	ไม่มีผลกระทบต่อชีวิต	0 1 2 3 4 5 6 →	มีผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุด

1. ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิดจากปกติคนทั่วไป	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
2. เหงื่อออกเวลากลางคืน	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
3. เหงื่อออกง่าย	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
4. มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
5. รู้สึกวิตกกังวล หรือหงุดหงิดง่าย	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
6. ความจำเลื่อม	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
7. ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น(น้อยลงกว่าเมื่อก่อน)	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
8. มีอาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
9. ใจร้อน โกรธง่าย ขาดความอดทนต่อผู้อื่น	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
10. รู้สึกต้องการอยู่คนเดียว	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
11.จุกแน่นลิ้นปี่ มีลมในกระเพาะอาหาร	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
12.ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
13.รู้สึกเหนื่อยง่าย	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
14.นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
15.ปวดต้นคอ	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
16.ความแข็งแรงของร่างกายลดลง	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
17.ความทรหดอดทนน้อยลง	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
18.รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
19.ผิวหนังแห้ง	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
20.น้ำหนักเพิ่ม	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
21.ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
22.ลักษณะผิวหนัง ความเต่งตึง หรือสีผิวเปลี่ยนไป	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
23.ท้องอืด	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
24.ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
25.ถ่ายปัสสาวะบ่อย	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
26.ไอ จาม หรือหัวเราะแล้วมีปัสสาวะเล็ด ราด	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
27.ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
28.ช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6
29.หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ	☐ ไม่มี	☐ มี	☐	0 1 2 3 4 5 6

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 309/2566
COA no. Si 615/2023 (IRB1)
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700

Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 615/2023

Protocol Title (English) : Symptom experiences, management, and quality of life in women with surgical menopause
Protocol Title (Thai) : ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด
SIRB Protocol No. : 309/2566(IRB1)
Principal Investigator/Affiliation : Miss Nutchaya Sa-nga-areekul / School of Nursing, Rangsit University
Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Duration of research : 1 year
Approval date : August 11, 2023
Expired date : August 10, 2024

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Prof.Naraporn Prayoonwiwat, M.D.)
Chairperson
18 AUG 2023
date

(Prof.Apichat Asayamongkolkul, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital
21 AUG 2023
date

Approval includes :

1. SIRB submission form, Version 2 date 29/07/2023
2. Participant information sheet, Version 2 date 29/07/2023
3. Informed consent form, Version 2 date 29/07/2023
4. Women with Surgical Menopause Questionnaire
5. The Management Symptom of Women with Surgical Menopause Questionnaire
6. Thai Menopause-specific Quality of Life Questionnaire (Thai MENQOL)
7. Curriculum vitae

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341/3,000 แผ่น/ก.ค.57/92667/Mat.10023252/3060/Mo.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Summary of Responsibilities for Investigators Conducting Siriraj Institutional Review Board (SIRB) Approved Research

1. Maintain a regulatory file to support SIRB determination, including at minimum, the finalized protocol, the SIRB stamped original documents, and this certification of SIRB approval.
2. Conduct the research in compliance with the finalized protocol, and submit any changes to the research (protocol, recruitment material/methods, or other study materials) for SIRB review and approval prior to implementation, except when necessary to eliminate apparent immediate hazards to participants.
3. Use only the forms bearing the 'SIRB APPROVED STAMP' in the research.
4. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and give sufficient opportunity to consider participation. One copy of the consent and/or assent form must be given to the subject after it is signed.
5. Promptly report to the SIRB of any new information that may affect the safety and well-being of the subjects.
6. Report to the SIRB all serious adverse events, unanticipated problems, protocol deviation and/or violation in accordance with the SIRB policy and operating procedures.
7. Provide the progress report to the SIRB as a Continuing Review 30 days prior to the COA expiration for at least once a year from the approval date unless otherwise indicated. The progress report must be used to renew approval prior to the expired date.
8. Provide the Final Report as a close-out within 30 days upon completion of the research.

Non-compliance may result in the suspension or termination of the study.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2023-213

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2023-213
ชื่อโครงการวิจัย	:	ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรี**ที่มีภาวะหมดระดู**จากการผ่าตัด Symptom experiences, management, and quality of life in women with surgical menopause
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา ผศ.ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ รศ.พญ.สุชาดา อินทรวิวัฒน์
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 30 กรกฎาคม 2566 **วันที่หมดอายุ** : 30 กรกฎาคม 2568

วันที่ต่ออายุ : ไม่เกิน 30 มิถุนายน 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต **ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย**ยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline **และ** International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB
30 JUL 2023

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต
โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2023-213

Certificate of Approval
By
Ethics Review Board of Rangsit University

COA. No.	**COA. No. RSUERB2023-213**
Protocol Title	**Symptom experiences, management, and quality of life in women with surgical menopause**
Principle Investigator	**Miss Nutchaya Sa-nga-areekul**
Co-Investigator	**Asst.Prof.Dr. Rachanee Namjuntra** **Asst.Prof.Dr. Kanita Hanprasitkam** **Assoc.Prof. Suchada Indhavivadhana, M.D.**
Affiliation	**School of Nursing, Rangsit University**
How to review	**Full Board Review**
Approval includes	**1. Project proposal** **2. Information sheet** **3. Informed consent form** **4. Data collection form/Program or Activity plan**

Date of Approval: **30 July 2023** **Date of Expiration:** **30 July 2025**

Date of Renewal: **within 30 June 2025**

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Review Board of Rangsit University based Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice or ICH-GCP

RSU-ERB
30 JUL 2023

Signature.....

(Associate Professor Dr. Panan Kanchanaphum)
Chairman, Ethics Review Board for Human Research

Ethics Review Board of Rangsit University, 5th floor, Arthit Ourairat Building (Bldg.1) Rangsit University
Tel. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th



ที่ กท ๐๖๐๖.๕/พิเศษ ๔๖๔

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ
๕๑๕ ถนนหลวง กทม. ๑๐๑๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

อ้างถึง หนังสือ ที่ พย ๑๔๐๐/๐๖๓ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ตามที่ บางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด" **ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีในระยะหมดประจำเดือน** จากโครงการวิจัยเรื่อง "ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู" ของอังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์ และกฤต วานิศวณะทอง ตีพิมพ์ในวารสาร วชิรเวชสาร ปีที่ ๔๕ เล่ม ๑ มกราคม ๒๕๔๔ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะให้ บางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล ใช้เครื่องมือดังกล่าว **เพื่อนำไปใช้**ประโยชน์ในการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์พิเศษ มานิต ศรีประโมทย์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร
โทร. ๐ ๒๒๖๐ ๗๕๖๔
โทรสาร ๐ ๒๒๖๔ ๒๗๒๙
e-mail : bmaec@hotmail.com

สำเนาเรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ฝ่ายวิจัย สำนักงานคณบดี
2 ถ.วังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร.02-4192680 โทรสาร 02-4183307

ที่ อว 78.07/ 06712
วันที่ 18 ก.ย. 2566
เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำโครงการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ พย.1400/506 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2566

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เข้าดำเนินการวิจัยด้วยแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนกับสตรีที่มีอายุระหว่าง 18-50 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical menopause) โดยจะผ่าตัดมดลูกหรือไม่ก็ตาม และไม่มีสาเหตุจากการเป็นมะเร็ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำโครงการวิจัย เรื่อง "ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด" มีรายละเอียด ดังนี้

ดำเนินการ	สถานที่	จำนวน
การขอเก็บข้อมูล	- หน่วยตรวจโรคทางนรีเวช - หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช - ตึกจุฑาธุช ชั้น 1	52

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดีอนุมัติให้ นางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล เข้าดำเนินการวิจัยได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา โดยขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามภายใต้มาตรการการป้องกันโรค Covid-19 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้โครงการดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ อัศวมงคลกุล)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการฯ (ฝ่ายการพยาบาล), รองผู้อำนวยการฯ (งานเวชระเบียน), หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ฯ

พิมพ์ / ร่าง, พิมพ์

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล 38/1 หมู่ 2 ต.หนองเพรางาย อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี 11150 เบอร์โทร 061-4122099

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหาข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ทั้งจะไม่มีการทำโทษ หรือทำให้เสียสิทธิประโยชน์จากการไม่เข้าร่วมหรือการถอนตัวจากการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือกลับเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลโดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
30972566
รหัสโครงการ .....(IRB1)
COA no. SI 615/2023
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)



มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารหมายเลข 3n

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ของอาการ การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวณัฐธิญา สง่าอารีย์กุล

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคทางนรีเวช, หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช, จุฬาธุช ชั้น ๑

สถานที่ทำงาน หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ☑ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย ๑ ปี

ที่มาของโครงการวิจัย นี้ทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบในการดูแลสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (Surgical menopause) ในระยะแรกๆหลังจากผ่าตัดและได้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตของผู้หญิงวัยหมดระดูจากการผ่าตัด หากถ้าประเมินแล้วมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากจะได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแต่ จากผลการวิจัยจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามอาการ ประเมินผลการรักษาระยะยาว มีการพัฒนาปรับปรุงการดูแลคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

๑.เพื่อศึกษาประสบการณ์ของอาการ การรับรู้การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

๒.เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการ ในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

๓.เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการได้แก่ สภาพอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านได้รับการวินิจฉัย Surgical menopause ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยจะผ่าตัดมดลูกหรือไม่ก็ตาม และไม่มีสาเหตุจากการเป็นมะเร็ง เป็นผู้ที่สามารถพูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการฟังและการพูด เช่น หูหนวก เป็นใบ้ และจะมีผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 52 ราย

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 309/2566 (IRB1)
COA no. SI 615/2023
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีลำดับขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1.ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ 2.การจัดการอาการของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ และ 3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับสตรีที่มีภาวะหมดระดู จำนวน 29 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15-30 นาที และได้มีการจัดเตรียมสถานที่ไว้ให้ โดยมีความเป็นส่วนตัวและปราศจากสิ่งรบกวน ท่านจะได้รับทราบถึงการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัด มีการนัดติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 พบแพทย์ตรวจประเมินอาการแผลผ่าตัด และการตรวจติดตามอาการหลังจากผ่าตัด ภายใน 30 วัน หลังจากผ่าตัดจะนัดตรวจ มีการเก็บข้อมูล ทั้ง 3 ส่วน ,ครั้งที่ 2 พบแพทย์ตรวจติดตามประเมินอาการตรวจติดตามหลังผ่าตัด ในช่วง 4-8 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูล ส่วนที่2 และ3 ,ครั้งที่ 3 พบแพทย์ตรวจติดตามประเมินอาการนัดหลังผ่าตัด ในสัปดาห์ที่ 12-16 มีการเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 และ3

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยทั่วไปจากการตอบแบบสอบถามไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอันตรายต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่อาจมีการเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามถ้าท่านมีความไม่สบายใจ เหนื่อยล้า เบื่อหน่ายหรือมีความเครียดเกิดขึ้นระหว่างการตอบแบบสอบถามสามารถหยุดพักได้เป็นเวลา 15-30 นาที หลังจากนั้นถ้าอาการดีขึ้น ท่านสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้อย่างอิสระ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายหลังพักทีมผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งพยาบาลประจำการเพื่อประเมินอาการอีกครั้งและส่งต่อแพทย์เพื่อการวินิจฉัยต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาของท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การถอนตัวออกจากวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน ทั้งนี้ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย ได้แก่ นางสาวณัฐชญา สง่าอารีย์กุล หมายเลขโทรศัพท์ 061-4122099

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย สามารถมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูจากการผ่าตัดซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยต่อไป และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการอาการ การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่อไป หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์หรือความเสี่ยง ที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยเร็วและไม่ปิดบัง

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ หรือความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2 309/2566
รหัสโครงการ ..... (IRB1)
COA no. SI 615/2023
วันที่รับรอง 11 ส.ค. 2566

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2542
	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, 2565
	มหาวิทยาลัยรังสิต
	ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช
	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University