

(Original Article)

Symptom Experiences and Quality of Life in Early Surgical Menopause Women

*Nutchaya Sa-ngaareekul, **Rachanee Namjuntra, **Kanitha Hanprasitkam

*Master of Nursing Program in adult Nursing, Rangsit University

**Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

Correspondence to : nutchaya@5200gmail.com

(Received : 24 June 25, Revised : 13 Aug 25, Accepted : 22 Aug 25)

Abstract

This prospective descriptive study focused on the symptoms experienced and quality of life in early surgical menopause women. The Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) was used as a research framework. The sample consisted of 52 women who had surgical menopause and were receiving outpatient services at Siriraj Hospital. Data were collected during August 2023 to April 2024 through 3-time follow-ups, 10-14 days, 4-8 weeks, and 12-16 weeks after surgery. Research instruments included a personal and health data recording form, a symptom experience questionnaire, and quality of life of menopausal women (Thai MENQOL). Data were analyzed using descriptive statistics.

The research results found that the 5 common symptoms for all 3-time follow-ups were hot flashes, night sweats, insomnia, dry skin, and irritability. During 10-14 days after surgery, the severity of almost all symptoms was low. The severity of most symptoms was gradually increase during 4-8 weeks after surgery and were in moderate levels during 12-16 weeks after surgery. As for the quality of life of women with surgical menopause, it was found that autonomic nervous system symptoms had the highest impact on quality of life in all 3 periods. Symptoms that had the greatest impact on quality of life in the period 10-14 days 4-8 weeks and 12-16 weeks after surgery were bloating, insomnia and hot flashes, respectively. The results provide data for improving health care for women undergoing surgical menopause.

Keywords: *early surgical menopause, quality of life, symptom experiences*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด

*ณัฐญา ส่างอารีย์กุล, **รัชณี นามจันทร์, **ชนิตรา หาญประสิทธิ์คำ,
*นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) ประสบการณ์อาการ และ 3) คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai-MENQOL) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน และหงุดหงิด ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด เกือบทุกอาการมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงสูงขึ้น และในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่าอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงที่สุดทั้ง 3 ระยะ อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด นอนไม่หลับ และร้อนวูบวาบ ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลสุขภาพสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

คำสำคัญ: ภาวะหมดระดูระยะแรกหลังผ่าตัด, คุณภาพชีวิต, ประสบการณ์อาการ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (surgical menopause) หมายถึง การหมดระดูทันทีจากการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ก่อนวัยหมดระดูตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะมีการตัดมดลูกร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ทำให้สตรีขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างทันทีทันใดจากการไม่มีรังไข่ และฟอลลิเคิล สติมิวเลติง ฮอร์โมน (follicle stimulating hormone: FSH) ในกระแสโลหิตสูงขึ้นประมาณ 2-4 เท่าของสตรีทั่วไปตั้งแต่วัยแรกๆ หลังผ่าตัด ทำให้ความรุนแรงของภาวะหมดระดูรุนแรงกว่าการหมดระดูตามธรรมชาติ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหาทางนรีเวชที่เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกทั้งกลางวันและกลางคืน เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างเท่ากับร้อยละ 2.8-9.2

สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจะได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย ร้อยละ 55 โดยเป็นสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 38⁽¹⁾

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทำให้เกิดอาการได้ตั้งแต่วัยแรกหลังผ่าตัด การศึกษาอาการแบบภาคตัดขวางในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด พบการเกิดอาการมากถึงร้อยละ 69.9 โดยพบอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน เหงื่อออกง่าย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย และผิวหนัง โดยกลุ่มอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด คือ กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน และเหงื่อออกง่าย สตรีที่เกิดอาการรุนแรงมากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลง⁽²⁾ คุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 3 เดือนแรก

หลังผ่าตัด⁽³⁾ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทันทีทันใด หลังการผ่าตัดส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ จากการขาดฮอร์โมนจากรังไข่ทันทีทันใดโดยเฉพาะกลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ⁽⁴⁾ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดยังไม่มาก การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติหรือศึกษาโดยภาพรวมในสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติและหมดระดูจากการผ่าตัด⁽⁴⁻⁶⁾ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดและสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ พบว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูโดยธรรมชาติ^(7,8) เนื่องจากภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศอย่างรวดเร็วและมีการหยุดทำงานของรังไข่อย่างกะทันหัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูก ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ และผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁾ ดังนั้นภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากกว่าการหมดระดูโดยธรรมชาติ

คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทอง โรงพยาบาลศิริราช เปิดให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก เป็นคลินิกเฉพาะและเน้นการดูแลสตรีวัยใกล้หมดระดู ถึงวัยหลังหมดระดู พบว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทองมากขึ้นเป็นลำดับที่ 2 ใน 5 กลุ่มโรคทางนรีเวช และสถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากจำนวน 140 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 321 คน ในปี พ.ศ. 2566 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง พบว่าสตรีกลุ่มนี้เกิดอาการของภาวะหมดระดูได้ตั้งแต่ระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต^(2,3) ระยะแรกหลังผ่าตัดจึงถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน เป็นช่วงที่อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มักเกิดขึ้นชัดเจนรุนแรงขึ้นและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาติดตามเป็นระยะๆ ว่าในระยะแรกหลังผ่าตัด สตรีที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง มีการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดและคุณภาพชีวิตอย่างไร

สตรีเกิดอาการของภาวะหมดระดูอะไรบ้าง รุนแรงเพียงใด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด โดยทำการติดตาม 3 ครั้ง เมื่อสตรีมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดคือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จะเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ ความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่มารับบริการที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ที่มาตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดภายใน 1-2 สัปดาห์ ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และไม่สามารถมาตรวจติดตามได้ครบ 3 ครั้ง

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

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

ในการศึกษานี้ประมาณสัดส่วนการเกิดอาการจากการศึกษาของมฤตติ ประสิทธิ์⁽⁹⁾ ที่พบอาการร้อนวูบวาบในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ร้อยละ 70.7⁽⁹⁾ (P=0.7) โดยมี 95 % confidence interval (CI) เท่ากับ 0.7±0.1 (error, e=0.1) และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการปี พ.ศ. 2564 จำนวน 140 คน (N=140) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค และการได้รับยาฮอร์โมนทดแทน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเกิดอาการ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ช่องคลอดแห้ง ปวดข้อกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ผิวหนังแห้ง บัสสาวะบ่อย/บัสสาวะเล็ดกลั้นไม่อยู่ และผมร่วง โดยให้ผู้ป่วยเลือกว่ามีอาการหรือไม่มีอาการ และ 2) ความรุนแรงของอาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่มีอาการน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แบ่งความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคชั้นของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 1.00-1.66 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย 1.67-2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.34-3.00 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู ฉบับภาษาไทย (Thai Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: Thai MENQOL) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (MENQOL) โดยอังกฤษ ชาติโรจน์ และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้สามารถนำเครื่องมือวิจัยนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนข้อคำถาม 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านระบบประสาทอัตโนมัติจำนวน 3 ข้อ 2) ด้านจิตสังคม จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านร่างกาย จำนวน 16 ข้อ และ 4) ด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบว่าในช่วงที่ผ่านมามีอาการเหล่านี้หรือไม่ และอาการนั้นๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด ถ้าไม่มีอาการหรือไม่มีปัญหาใดๆ เกิดขึ้นให้ตอบ “ไม่มี” แล้วทำข้อต่อไป ถ้ามีอาการหรือปัญหานั้นๆ ให้ตอบ “มี”

แล้วเลือกตอบว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด แบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ถึง 6 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด การให้คะแนนแต่ละอาการ คะแนน 1 บ่งบอกถึงไม่มีอาการ คะแนน 8 บ่งบอกถึงอาการนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด การแปลผลแต่ละอาการและแต่ละมิติใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยยิ่งน้อยบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสตรีทางนรีเวช 1 ท่าน ได้ตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามเท่ากับ 1.000 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีการประเมิน 3 ครั้ง ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ 0.793, 0.808 และ 0.792 ตามลำดับ

สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai MENQOL) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพ⁽⁹⁾ มีการนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่มีภาวะหมดระดูจำนวนมาก^(2,4,11,12) นอกจากนี้แบบสอบถามนี้ได้ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู เพื่อติดตามผลการรักษาในหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามนี้ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีการประเมิน 3 ครั้ง ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ 0.942, 0.948 และ 0.949 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย

รังสิต วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA. No. RSUERB2023-213 และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วันที่ 11 สิงหาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA no. Si 615/2023 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการทำวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือว่าเป็นความลับ และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ข้อแม้ใดๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวช หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคทางนรีเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยย่อแก่ผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาหลังผ่าตัดภายใน 10-14 วัน และสอบถามความสนใจ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยจึงแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังผู้ป่วยพบแพทย์ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพการ และคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (Thai MENQOL) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที และนัดหมายครั้งต่อไปเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังจากพบแพทย์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน มีอายุระหว่าง 34-50 ปี มีอายุ 46-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.3 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (SD. = 3.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.54 จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 34.61 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.53 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 44.44 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,325 บาท (SD = 19,030) มีเพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 51.92 กึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 34.61 การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ adenomyosis ร้อยละ 34.61 และไม่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทน หลังผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ร้อยละ 84.61, 67.31 และ 59.61 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Min-max = 34-50 ปี Mean = 46 ปี SD = 3.99		
น้อยกว่า 40 ปี	8	15.38
41-45 ปี	8	15.38
46-50 ปี	36	69.23
สถานภาพสมรส		
โสด	16	30.76
คู่/อยู่ด้วยกัน	32	61.54
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	4	7.69
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	15.38
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	17.31
อนุปริญญา/ปวส.	4	7.69
ปริญญาตรี	13	25.00
สูงกว่าปริญญาตรี	18	34.61
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	7	13.46
ประกอบอาชีพ	45	86.53
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	44.44
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	11	24.60
- รับจ้าง	13	28.88
- เกษตรกรรม (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)	1	2.22
รายได้ (บาท/เดือน) Min-max 3,000-70,000 Mean = 31,325 SD = 19,030 (n=42)		
ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย	4	7.69
เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	21	40.38
เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	27	51.92
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	26	50.00
มีโรคประจำตัว (สตรีบางคนมีมากกว่า 1 โรค)	26	50.00
ความดันโลหิตสูง	9	34.61
ไขมันในเลือดสูง	4	15.38
มะเร็งเต้านม	8	30.76
เบาหวาน	3	11.53
ไทรอยด์	3	11.53

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	
หลุดเลือดหัวใจอุดตัน	2	7.69	
อื่นๆ	6	23.07	
การวินิจฉัยโรค			
Adenomyosis	18	34.61	
Endometriosis at ovary	15	28.84	
Myoma uteri	15	28.84	
Adenomyosis with endometrial cyst	2	3.84	
Ovarian tumor	2	3.84	
การได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัด			
ในระยะเวลา 10-14 วันแรก	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	44	84.61
	ได้รับยาฮอร์โมน	8	15.38
ในระยะเวลา 4-8 สัปดาห์	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	35	67.31
	ได้รับยาฮอร์โมน	17	32.69
ในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	31	59.61
	ได้รับยาฮอร์โมน	21	40.38

ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดในระยะเวลา 10-14 วัน หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 55.76) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 51.92) ร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 50.00) และหงุดหงิด (ร้อยละ 48.07) ในระยะเวลา 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 71.15) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 67.30) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.46) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 61.53) หงุดหงิด (ร้อยละ 51.92) และอ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 51.92) และในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 73.07) เหงื่อออกกลางคืน และผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 65.38) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.46) หงุดหงิด และปวดข้อกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 51.92) (ตารางที่ 2) ความรุนแรงของ

อาการในระยะเวลา 10- 14 วัน หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.33-1.75 เกือบทุกอาการมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นอาการผม่วิ่งที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75 \pm 0.96$) การติดตามในระยะเวลา 4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระหว่าง 1.38-2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อาการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงขึ้น และการติดตามในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ระหว่าง 1.25-2.40 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงมาก อาการผม่วิ่งมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.40 \pm 0.54$) อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ผิวหนังแห้ง นอนไม่หลับ และปัสสาวะบ่อย/กลั้นไม่อยู่ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรุนแรงของอาการ ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน (ครั้งที่ 1) 4-8 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2) และ 12-16 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3) หลังผ่าตัด (n=52)

อาการ	การเกิดอาการ (ร้อยละ)			ความรุนแรงของอาการ					
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
				(SD)	ระดับ	(SD)	ระดับ	(SD)	ระดับ
1. นอนไม่หลับ	55.76	63.46	63.46	1.55(.57)	น้อย	1.79(.86)	ปานกลาง	1.70(.77)	ปานกลาง
2. ผิวหนังแห้ง	51.92	61.53	65.38	1.56(.64)	น้อย	1.60(.71)	น้อย	1.85(.74)	ปานกลาง
3. ร้อนวูบวาบ	50.00	71.15	73.07	1.46(.65)	น้อย	1.62(.76)	น้อย	1.95(.77)	ปานกลาง
4. เหงื่อออกกลางคืน	50.00	67.30	65.38	1.50(.65)	น้อย	1.72(.74)	ปานกลาง	1.85(.78)	ปานกลาง
5. หงุดหงิด	48.07	51.92	51.92	1.40(.65)	น้อย	1.52(.56)	น้อย	1.56(.70)	น้อย
6. อ่อนเพลีย/ เหนื่อยง่าย	44.23	51.92	38.46	1.48(.67)	น้อย	1.74(.66)	ปานกลาง	1.60(.60)	น้อย
7. ปัสสาวะบ่อย/ กลั้นไม่อยู่	38.46	40.38	32.69	1.40(.68)	น้อย	1.38(.50)	น้อย	1.70(.69)	ปานกลาง
8. ปวดศีรษะ	36.53	46.15	34.61	1.37(.60)	น้อย	1.42(.65)	น้อย	1.56(.70)	น้อย
9. ปวดข้อกล้ามเนื้อ	25.00	50.00	51.92	1.38(.65)	น้อย	1.62(.64)	น้อย	1.67(.67)	ปานกลาง
10. ช่องคลอดแห้ง	23.07	28.84	36.53	1.50(.67)	น้อย	1.47(.74)	น้อย	1.31(.58)	น้อย
11. ผม่วาง	7.69	5.76	9.61	1.75(.96)	ปานกลาง	2.33(.58)	ปานกลาง	2.40(.54)	มาก
12. เจ็บเวลามี เพศสัมพันธ์	5.76	5.76	7.69	1.33(.58)	น้อย	2.33(.58)	ปานกลาง	1.25(.50)	น้อย

คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยรวม ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ± 1.05 , 2.34 ± 1.18 และ 2.31 ± 1.17 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งแสดงว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด 2.58 ± 1.74 และสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด 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

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่าในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อาการห้องอึดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.08 \pm 1.97$) รองลงมาเป็นอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 2.96 \pm 2.21$) และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิไปจากปกติ คนทั่วไป ($\bar{X} = 2.83 \pm 1.93$) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.71 \pm 2.28$) รองลงมาเป็นอาการร้อนวูบวาบ ($\bar{X} = 3.37 \pm 1.97$) และผิวหนังแห้ง ($\bar{X} = 3.35 \pm 2.21$) และในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผิไปจากปกติคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.90 \pm 2.15$) รองลงมาเป็นผิวหนังแห้ง ($\bar{X} = 3.63 \pm 2.12$) และนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 3.58 \pm 2.17$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

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

คุณภาพชีวิต	ครั้งที่ 1 (SD)	ครั้งที่ 2 (SD)	ครั้งที่ 3 (SD)
ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ	2.58 (1.74)	3.28 (1.93)	3.56 (1.90)
1. ร้อนหนาว รู้สึกหนาวและร้อนผัดไปจากปกติคนทั่วไป	2.83 (1.93)	3.37 (1.97)	3.90 (2.15)
2. เหนื่อยออกเวลากลางคืน	2.38 (1.82)	3.15 (2.00)	3.29 (2.01)
3. เหนื่อยออกง่าย	2.52 (2.03)	3.31 (2.22)	3.50 (2.08)
ด้านจิตสังคม	1.97 (1.34)	2.09 (1.41)	2.01 (1.38)
4. รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	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 (น้อยลงกว่าเดิม)	1.69 (1.42)	1.63 (1.37)	1.62 (1.44)
8. ซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	1.87 (1.60)	1.90 (1.60)	1.92 (1.67)
9. ใจร้อน โกรธง่าย ขาดความอดทนต่ออื่น	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 ราบ	1.67 (1.32)	1.33 (1.08)	1.60 (1.14)
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. หลีกเลียงความสัมพันธ์ทางเพศ	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)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด พบว่าอาการที่พบมากที่สุด 3 ระยะคือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง และหงุดหงิด ซึ่งอภิปรายผลดังนี้

ร้อนวูบวาบ เป็นอาการที่พบมากที่สุด พบได้ตั้งแต่ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 50.00) โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นและสูงกว่าอาการอื่นๆ ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 71.15 และ 73.07 ตามลำดับ) สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ซึ่งผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดระดับลงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ หนาวๆ ร้อนๆ ตามตัว⁽¹³⁾ อาการร้อนวูบวาบจึงพบได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด และระดับความรุนแรงของอาการสูงขึ้นตามระยะเวลาจนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าอาการร้อนวูบวาบเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด โดยพบร้อยละ 68 ถึง 70.7^(2,9,14)

เหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการที่พบได้ตั้งแต่ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 50.00) โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 67.30) และค่อนข้างคงที่ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 65.38) ระดับความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด จากมีความรุนแรงน้อยในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด สูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (\bar{X} =1.72 และ \bar{X} =1.85 ตามลำดับ) อาการเหงื่อออกกลางคืนเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการผ่าตัดรังไข่ออกหมดทั้งสองข้าง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ hypothalamic norepinephrine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สามารถกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหงื่อออกท่วมตัวและเหงื่อออกกลางคืน อาการเหงื่อออกกลางคืนเป็นอาการที่พบ

ได้บ่อยในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน และมักเกิดร่วมกับอาการร้อนวูบวาบ หนาวๆ ร้อนๆ เหงื่อออกท่วมตัว⁽¹³⁾

นอนไม่หลับ เป็นอาการที่สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดเกิดมากที่สุดในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 55.76) และอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นเท่ากันในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 63.46) อัตราการเกิดอาการนอนไม่หลับใกล้เคียงกับผลการศึกษานองของ Butts และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบร้อยละ 61.20 ซึ่งอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการทางระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด (vasomotor symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในสตรีในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ 2.13 เท่า⁽¹⁸⁾ อาจเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอย่างฉับพลัน และเกิด vasomotor symptoms ที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ^(1,18) ผลการศึกษาที่พบว่าอาการนอนไม่หลับมีอัตราการเกิดสูงสุด (ร้อยละ 55.76) ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อาจเนื่องจากความไม่สบายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด และท้องอืดซึ่งเป็นอาการทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับสูงขึ้น ตามระยะเวลาภายหลังผ่าตัด จากระดับน้อย (\bar{X} =1.46) ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด และสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (\bar{X} = 1.79 และ \bar{X} = 1.70 ตามลำดับ) ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นตามอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่รบกวนการนอนหลับ สตรีที่มีอาการร้อนวูบวาบมากจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีอาการน้อย⁽¹³⁾

ผิวหนังแห้ง เป็นการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง โดยพบว่าผิวหนังจะบางลง แห้ง หมอง ความเต่งตึงจะหายไป มีรอยเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงมีผลมาจากการเสื่อมถอยของผิวหนังตามอายุและการขาดฮอร์โมน และเป็นอาการทางด้านร่างกายของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน⁽¹⁰⁾ การศึกษาคั้งนี้พบอัตราการเกิดอาการผิวหนังแห้งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16

สัปดาห์หลังผ่าตัด พบการเกิดผิวหนังแห้งร้อยละ 51.92, 61.53 และ 65.38 ตามลำดับ โกล่เคียงกับการศึกษาในสตรีที่มีภาวะหมดระดูทั้งจากการผ่าตัดและตามธรรมชาติ และมีช่วงระยะเวลาของการหมดระดูที่หลากหลาย ตั้งแต่ระยะแรกจนมากกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดผิวหนังแห้งสามารถเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 57.9-64⁽⁴⁾

ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดประมาณกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.07-51.92) เกิดอาการหงุดหงิดในระดับน้อย ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด โดยพบค่าเฉลี่ยของอาการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาการหงุดหงิดเป็นอาการในกลุ่มอาการของระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ฮอร์โมนเพศในร่างกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองที่มีผลต่ออารมณ์ และจิตใจ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างทำให้มีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เกิดอาการหงุดหงิดได้ อย่างไรก็ตาม มดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี เมื่อถูกตัดออก สตรีจะเกิดความรู้สึกกลัวความเป็นหญิงของตนไม่สมบูรณ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง และกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้แสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาการหงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ อาการหงุดหงิดยังอาจเกิดจากการนอนไม่หลับซึ่งพบมากตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด จนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาจมาจากมีเหงื่อออกเวลากลางคืน ส่งผลให้สตรีเกิดอาการหงุดหงิดได้^(9,13) อัตราการเกิดอาการหงุดหงิดในการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rathnayke และคณะ⁽⁶⁾ ในสตรีประเทศศรีลังกาที่มีภาวะหมดระดู ซึ่งพบร้อยละ 41.3 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบวาระดับความรุนแรงของอาการหงุดหงิดทุกระยะหลังผ่าตัดของสตรีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่าในระยะเวลา 10-14 วันหลังผ่าตัด สตรีที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าระยะอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} =2.24) น้อยกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (\bar{X} =2.34 และ 2.31 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ในระยะ 10-14

วันหลังผ่าตัด สตรีมีอัตราการเกิดอาการต่างๆ น้อยกว่าระยะอื่น โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน ซึ่งเป็นอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติที่พบว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด⁽²⁾ นอกจากนี้ ความรุนแรงของอาการต่างๆ เกือบทุกอาการในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อยู่ในระดับน้อย ในขณะที่ระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ความรุนแรงของอาการมากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย^(2,5,6) ส่วนคุณภาพชีวิตของสตรีในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ มีระดับความรุนแรงของอาการหลายประการสูงกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด แต่คุณภาพชีวิตไม่ได้ต่ำลง อาจเป็นผลจากการปรับตัวของสตรีต่ออาการต่างๆ ของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยสตรีได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นมาแล้วระยะหนึ่งด้วยตนเองและจากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ประกอบกับในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีร้อยละ 40.38 มากกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 32.69 การได้รับฮอร์โมนทดแทนช่วยลดการเกิดอาการของภาวะหมดระดู และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้⁽¹¹⁾

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมากที่สุด และมากขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (\bar{X} =2.83, 3.37 และ 3.90 ตามลำดับ) แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติต่ำสุด อธิบายได้ว่า อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ มีอัตราการเกิดสูงสุดในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด และมีระดับความรุนแรงสูงกว่าอาการอื่นๆ ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยระดับความรุนแรงของอาการเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของอาการมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผุดไปจากปกติคนทั่วไป มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง^(2,5,6) สำหรับคุณภาพ

ชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (\bar{X} =1.46, 1.64, 1.52 ตามลำดับ) แสดงว่าอาการช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป และหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ ไม่กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการด้านเพศสัมพันธ์น้อย และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตจึงน้อย นอกจากนี้ ในระยะ 4-8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ จึงมีผลให้การรับรู้การเกิดอาการด้านเพศสัมพันธ์ต่ำ และสตรีได้รับคำแนะนำการจัดการอาการและสามารถจัดการอาการช่องคลอดแห้งได้ด้วยตนเอง โดยการใช้เจลหล่อลื่นช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงสตรีส่วนหนึ่ง ร้อยละ 15.38-40.38 ได้รับฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัด ทำให้กลุ่มอาการด้านเพศสัมพันธ์มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่มาก

เมื่อพิจารณาผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายข้อ พบว่าอาการท้องอืดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัดมากที่สุด (\bar{X} =3.08) และค่อยๆ ลดลงในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (\bar{X} =2.40, 1.92 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าอาการท้องอืดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้มากในระยะแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดมีฤทธิ์ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง⁽⁹⁾ และส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับ ซึ่งพบมากที่สุดในระยะนี้ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่ ร้อนวูบวาบรู้สึกหนาว และร้อนผึดไปจากปกติคนทั่วไป เหงื่อออกเวลากลางคืน เหงื่อออกง่าย นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ และผิวแห้ง โดยมีความถี่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ใน 2 ระยะนี้ เท่ากับ 3.15-3.71 และ 3.29-3.90 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า อาการทั้ง 5 อาการเป็นอาการที่พบมากในระยะ 4-8 สัปดาห์ และระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมาก อาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและ

ร้อนผึดไปจากปกติคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่พบว่าอาการนอนไม่หลับและอาการร้อนวูบวาบมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการสูงกว่าอาการอื่นในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัดตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมฤดี ประสิทธิ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการภาวะหมดระดูมีผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลง โดยอาการร้อนวูบวาบเป็นอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การศึกษาประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าอาการที่พบมากที่สุด 3 ระยะ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวแห้ง และหงุดหงิด การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 4-8 และความรุนแรงของอาการมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกในสัปดาห์ที่ 12-16 หลังผ่าตัด ยกเว้นอาการนอนไม่หลับที่มีความรุนแรงใกล้เคียงเดิม สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่าโดยรวมสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้รับผลกระทบจากอาการเพิ่มขึ้นในระยะ 4-8 และ 12-16 สัปดาห์ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน และเหงื่อออกง่าย กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติกรพยาบาล ควรมีการประเมินการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตจากผลกระทบของอาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทุกรายที่มารับการรักษาโดยเฉพาะในระยะ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดขึ้นไป โดยติดตามเป็นระยะๆ และให้ข้อมูลแก่สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเกิดอาการต่างๆ ที่พบบ่อยซึ่งมีโอกาสเกิดมากขึ้น และรุนแรงมากขึ้นในระยะตั้งแต่ 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัดขึ้นไป ควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

แก่สตรี เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัดและควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการที่ช่วยบรรเทาอาการที่จะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการอาการนอนไม่หลับ อาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่พบมากและมีความรุนแรงมากในสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2561.
2. จรรยา จันทร์ฝ่อง, กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และณัฐชญา ส่งอารีย์กุล, ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังจากผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;42(2):89-104.
3. Gumussoy S, Gumussoy M, Hortu I, Ergenoglu AM. The effect of surgical menopause after bilateral oophorectomy on hormonal changes, mucociliary clearance, and quality of life. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020;277(10):2793-800.
4. Panichkul S, Wongwananuruk T, Boonyanurak P, Wiriyasirivaj B, Wanichsetakul P, Pongsatha S, et al. Menopause-related symptom and quality of life in peri- and postmenopausal women in Thailand: A multicenter study. Asian Biomed. 2017;10(11):207-16.
5. Prajapati LM, Shrestha GK, Sanjel S. Quality of life of menopausal women in Majhifeda VDC, Kavrepalanchok, Nepal. Kathmandu University Medical Journal. 2018;16(64):311-6.
6. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: A study from Sri Lanka. Nurs Res Pract. 2019;2019:2081507.
7. Bhattacharya SM, Jha AA. comparison of health-related quality of life (HROOL) after natural and surgical menopause. Maturitas. 2010;66(4): 431-4.
8. Mahajan N, Kumar D, Fareed P. Comparison of menopausal symptoms and quality of life after natural and surgical menopause. International Journal of Scientific Study. 2016;3(11):74-7.
9. มลฤดี ประสิทธิ์, ชวนชม สกนชวัฒน์, เกสร เหล่าอรระคะ, สุกรี สุนทรามา, ครีนารี แก้วฤดี, วรลักษณ์ สมบูรณ์พร และเพียงจิตต์ ธารไพโรสาณท์. อาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2550; 22(3):267-4.
10. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher Es, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001 Mar; 33(5):668-76.
11. อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, กฤต วานิศวณะทอง. ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู. วชิรเวชสาร. 2544;45(1):1-11.
12. Somsak T, Lemanakul V. Quality of life assessment in menopausal women: Comparison between hormone replacement users and non-users {Online}, 2020 Jul 28. <URL>: www.thaihp.org/index.php?option=orther_datail&lang=th&id=29&sub=26
13. พวงผกา คงวัฒนานนท์. การส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงวัยทอง. กรุงเทพฯ: เอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พรีน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.
14. Sangamam R, Sreelakshmy K. Health concerns and quality of life in surgical menopause. Indian J Obstet Gynecol Res. 2017;4(3):292-6.
15. Butts S, Johnson L, Digovanni L, Voong C, Chan J, Senapati S, et al. Poor sleep quality after surgical menopause: complex associations between mood, vasomotor symptoms, and medications. Fertil Steril. 2021;102(3):e44.

16. Kim MJ, Yim G, Park HY. Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. PLoS One. 2018;13(2): e0192934.
17. Cho NY, Kim S, Nowakowski S, Shin C, Suh S. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. Menopause. 2019;26(4):357-64.
18. Australasian Menopause Society, Surgical menopause, [online], 2022 Jul 28. <https://www.menopause.org.au/>
19. อรรรณ พานดอกไม้. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งหมดเนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32(1): 101-13.