

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

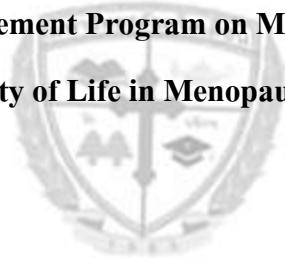
d3b8cf39425891f0d522e5eae7f176ec627ba7b8380b6dacaae96fc1b8802aec

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการ
หมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน

Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and
Quality of Life in Menopausal Women



Christian University of Thailand

กรรภิรมย์ กระจ่างพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2568

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน

และคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน

ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

.....
นางกรรกริรมย์ กระจ่างพงษ์

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์

M.N.S., Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุจนเวช

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา

Ph.D. (Nursing)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปราณี แดงวงษ์

ปร.ด (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อความรุนแรง อาการหอบประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์ อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แนวคิด คำแนะนำ และความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของ เครื่องมือสำหรับการวิจัยและให้คำชี้แนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในทุกทาง เพื่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการ วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนและคอยให้ กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือจนทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่มหาวิทยาลัยคริสเตียน คณาจารย์ และสตรีผู้รับบริการสุขภาพ

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อ ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนและคุณภาพชีวิต ในสตรีหอบประจำเดือน
ชื่อผู้เขียน	นางกรรกริรมย์ กระจำพงษ์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์, ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร รุจนเวช, Ph.D. (Nursing)
ปี พ.ศ.	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน และคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหอบประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าสู่วัยหอบประจำเดือนตามธรรมชาติ และเข้ารับการบำบัดรักษา ณ คลินิกวัยทอง ได้รับการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการวัยหอบประจำเดือน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้อาการจากประสบการณ์เดิม 2) การเรียนรู้รายบุคคลผ่านเว็บแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาหรือธรรมชาติบำบัด เน้นการสื่อสารแบบสองทาง การให้ความรู้ คำปรึกษาและการชี้แนะ การกระตุ้นจิตใจให้ฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามทางไลน์แอปพลิเคชันเป็นรายบุคคล รายละ 5 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินความรุนแรงอาการและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และ 0.96 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนลดลง และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมการทดลองนี้ไปประยุกต์ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยปรับรูปแบบการใช้เว็บแอปพลิเคชันที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือทรัพยากรที่มีเพื่อเป้าหมายสุขภาพ และการพึ่งตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน

คำสำคัญ: สตรีวัยหมดประจำเดือน, อาการวัยหมดประจำเดือน, คุณภาพชีวิต, โปรแกรมการจัดการ อาการหมดประจำเดือน



Christian University of Thailand

Thesis Title	Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and Quality of Life in Menopausal Women
Author	Mrs. Kanpirom Krajangpong
Degree	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Thesis Advisors	Associate Professor Col. Dr. Nongpimol Nimit-Arnun, Ph.D. (Public Health Nursing)
Thesis Co-Advisors	Assistant Professor Dr. Sasitorn Roojanavech, Ph.D. (Nursing)
A.D.	2025

Abstract

This quasi - experimental study employed a two-group pretest-posttest design to compare the severity of menopausal symptoms and quality of life among postmenopausal women. The participants were women aged 45 - 59 years who had been naturally diagnosed as postmenopausal and were receiving treatment at a menopause clinic. Using simple random sampling, 30 participants were assigned to the experimental group and 30 to the control group. The experimental group participated in a 6 - week symptom management program, which consisted of two phases: (1) establishing rapport and recognizing symptoms based on previous experiences, and (2) individualized learning through a web application focused on non - pharmacological or naturopathic symptom management strategies. The program emphasized two-way communication, education, counseling, and guidance, with motivation for continuous self-management skill development through individualized follow - ups via the Line application, conducted five times for 10–15 minutes each. The control group received routine care. Research instruments included a personal and health information questionnaire, a symptom severity assessment, and a quality of life questionnaire, those validated by experts, with content validity indices and reliability coefficients of 0.84 and 0.96, respectively. Data were collected from December 2024 to March 2025. The results revealed that after the intervention, the experimental group showed a statistically significant reduction in the mean severity scores of menopausal symptoms and improvements in overall and domain-specific quality of life scores compared to pre-intervention scores and the control group ($p < .05$).

It is recommended that this symptom management program be integrated into health promotion services, with adaptation of the web application to align with lifestyles and available resources, aiming to enhance well-being and self-reliance among menopausal women.

Keywords: Menopausal women, Menopausal symptoms, Quality of life, Symptom management program



Christian University of Thailand

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	๗
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน.....	12
ทฤษฎีการจัดการอาการ และการประยุกต์ในการดูแลสุขภาพสตรี.....	26
คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน.....	45
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
การออกแบบการวิจัย.....	49
ลักษณะสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	50
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	60
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	88
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	103
เอกสารอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	120
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	121
ข การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	123
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ง หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย.....	161
ประวัติผู้วิจัย.....	164

Christian University of Thailand

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง	76
4.2 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของข้อมูลสุภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
4.3 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง	78
4.4 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำ เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง	79
4.5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการ หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6.....	80
4.6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง อาการ หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6.....	81
4.7 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมด ประจำเดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง.....	82
4.8 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมด ประจำเดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง.....	84
4.9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรี วัยหมดประจำเดือนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ....	85
4.10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรี วัยหมดประจำเดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	86
4.11 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน (n=30).....	87

สารบัญภาพประกอบ

แผนภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
3.1	รูปแบบการวิจัย.....	49
3.2	ขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างและวิธีการสุ่ม.....	54
3.3	ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....	71



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

จากข้อมูลการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 66,090,476 คน โดยจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 31,755,032 คน และเพศหญิงจำนวน 33,351,449 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าประชากรเพศชายถึง 1,596,417 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้การดูแลสุขภาพหญิงวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีความสำคัญเพิ่มขึ้นตามลำดับ หนึ่งในประเด็นสำคัญทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงในช่วงวัยดังกล่าว คือ ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อรังไข่หยุดการทำงานและส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเพศหญิงโดยเฉพาะเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลงอย่างถาวร (World Health Organization, [WHO], 2022) ภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเจริญพันธุ์เข้าสู่วัยสูงอายุ หรือที่เรียกว่า “ช่วงวัยทอง” (Golden Period) (สุกรี สุนทรภา, 2557) ภาวะหมดประจำเดือนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม

สตรีวัยหมดประจำเดือนจัดอยู่ในระยะการเปลี่ยนผ่านวัย (Climacteric stage) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจริญพันธุ์ไปสู่ภาวะหมดประจำเดือนอย่างถาวร โดยมักเริ่มจากการมีรอบเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ จนหยุดไปในที่สุด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลทั้งทางสรีรวิทยาและสุขภาพทางจิตสังคมของสตรี ทำให้สตรีวัยนี้มีแนวโน้มที่จะแสวงหาบริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าสตรีในวัยอื่น (Johnson, Woods, & Mitchell, 2025; Hunter, Gentry-Maharaj, & Rymer, 2023) เนื่องจากการดูแลสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหมดประจำเดือน อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ นอนหลับไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน ภาวะซึมเศร้า และโรคกระดูกพรุน (Figuerola-Garcia et al., 2011) ในช่วงวัยหมดประจำเดือน สตรีส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่ประสบความสำเร็จทั้งในด้านครอบครัวและการทำงาน การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แนวทางการดูแลควรรวมถึงการให้คำแนะนำ การจัดการตนเอง และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การลดความเครียด การพักผ่อนเพียงพอ การออกกำลังกาย และ

การบริหารกล้ำเนื้ออุ้งเชิงกราน ตลอดจนการใช้ฮอร์โมนทดแทนอย่างเหมาะสม (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, อุไร ลิ้มสกุล, และสมฤดี ดันติเวชกุล, 2560) อนึ่ง จากการสัมภาษณ์สตรีวัยหมดประจำเดือนที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 ราย พบว่าสตรีแต่ละรายมีประสบการณ์และการรับรู้ต่ออาการหมดประจำเดือนที่หลากหลาย โดยอาการที่รายงาน ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบบริเวณหลังลามไปทั่วตัวจนต้องหยุดทำงาน อาการนอนไม่หลับเรื้อรัง อาการเจ็บแสบขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งแม้จะมีการใช้เจลหล่อลื่นช่วยบรรเทา แต่กลับสร้างความไม่พึงพอใจต่อคู่สมรส รวมถึงอาการเหงื่อออกตอนกลางคืนร่วมกับไมเกรนที่ส่งผลต่อผลก้าลังในการทำงานและความรู้สึกหมดแรงงูใจ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าสตรีกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งด้านอาการ ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นในมิติต่างๆ ของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และหน้าที่ทางสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ระบุว่าคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากสตรีวัยนี้ยังคงมีบทบาทหลักทั้งในครอบครัว การทำงาน และกิจกรรมทางสังคม การลดลงของคุณภาพชีวิตจึงส่งผลกระทบทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม จากการศึกษาของจรรยา จันทร์ผ่อง ศิริพร วัฒนกุลชัย และชนภรณ์ ศรีสุกะ (2567) พบว่า คุณภาพชีวิตได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา การมีงานทำ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม การให้บริการ ณ คลินิกวัยทองในรูปแบบผู้ป่วยนอกยังมีข้อจำกัดในการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบรายบุคคล การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีวัยทำงานในเขตเมือง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการให้บริการพยาบาลรูปแบบใหม่ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital nursing) โดยผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลแบบเผชิญหน้า (Face-to-face) เข้ากับการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน (Mobile application) เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตกรุงเทพมหานคร และเสริมสร้างสมรรถนะในการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหมดประจำเดือนในประเทศไทยมักเน้นเฉพาะการบรรเทาอาการเป็นรายด้าน เช่น การใช้ฮอร์โมนทดแทน หรือการใช้มาตรการเฉพาะด้าน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายหรือการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป โดยยังขาดการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีที่มุ่งอธิบายกระบวนการหรือกลไกการจัดการอาการของบุคคลหรือผู้ป่วยที่ครอบคลุม ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) เป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของอาการกลยุทธ์การจัดการ และ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับการพัฒนากรอบแนวคิดให้สามารถปรับใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยโรค หรือมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยเน้นให้บุคคล/ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของตน ทำเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกสรรกลยุทธ์การจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ในต่างประเทศ พบการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อได้แนวทางการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต แต่ยังมีการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทยไม่แพร่หลาย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานในเขตเมืองซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบและข้อจำกัดด้านเวลามารับบริการสุขภาพ

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งวัดผลลัพธ์ด้านอาการหรือพฤติกรรมสุขภาพบางประการ โดยขาดการบูรณาการแนวคิดแบบองค์รวม และไม่สามารถเชื่อมโยงการจัดการอาการเข้ากับรูปแบบการบริการสุขภาพปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Beura, Patnaik, & Sahu, 2022; Allahverdipour et al., 2020) โดยเฉพาะในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางเฉพาะวันและเวลาจำกัด ซึ่งแม้ว่าจะมีการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การตรวจสุขภาพ และการติดตามอาการโดยพยาบาลวิชาชีพ แต่ยังคงขาดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม หรือการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น Web application เพื่อให้เข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น (Lee & Lee, 2021; Tang, Chen, & Wang, 2019) บุญกร เพียรผล (2564) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความสามารถในการดูแลอาการตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานประจำในเขตเมืองและมีเวลาจำกัดในการรับบริการสุขภาพ อีกทั้งยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลได้อย่างแท้จริง ขณะที่ อรพินท์ เกษมศรี (2562) พบว่า การจัดโปรแกรมกลุ่มส่งผลให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีความสามารถในการปรับตัวทางอารมณ์และจัดการอาการได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกสำหรับสตรีกลุ่มนี้

จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการจัดการอาการในสตรีวัยหมดประจำเดือนมีแนวโน้มใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง (Experimental/Quasi - experimental designs) ที่พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอิงแนวคิดจากทฤษฎี เช่น Health Belief Model (HBM), Self - efficacy Theory, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และ Symptom management theory (SMT) ซึ่งต่างมุ่งเน้นให้สตรีเกิดความรู้เห็นอาการ และสามารถเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการจัดการอาการ เป็นทฤษฎีที่เน้นมุมมองแบบองค์รวมในการจัดการอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย/บุคคล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้และประสบการณ์ของ

อาการ (Symptom experience) 2) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom status/Outcome) กรอบแนวคิดนี้เปิดโอกาสให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถประเมินอาการด้วยตนเอง เลือกวิธีการจัดการที่สอดคล้องกับบริบทชีวิต และติดตามผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระยะยาว จึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการดูแลกลุ่มสตรีวัยทำงานในเขตเมืองที่ต้องการแนวทางดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน งานวิจัยต่างประเทศหลายฉบับสนับสนุนการใช้ทฤษฎีนี้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือน หวัง และคณะ (Wang et al., 2020) ที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมจัดการอาการนอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน และร้อนวูบวาบในสตรีชาวจีนวัยหมดประจำเดือน โดยพบว่าผู้เข้าร่วมสามารถลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ลี ปาร์ค และคิม (Lee, Park, & Kim, 2018) ที่พัฒนากรอบแนวคิดการดูแลอาการวัยหมดประจำเดือนโดยเน้นการเรียนรู้เชิงรุกผ่านเทคโนโลยีและการบันทึกอาการด้วยตนเอง

ในประเทศไทย งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) เป็นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือนยังคงมีจำนวนจำกัด อย่างไรก็ตาม มีการประยุกต์แนวคิดดังกล่าวกับกลุ่มสตรีวัยกลางคนและวัยสูงอายุในหลายประเด็น เช่น การศึกษาของ สมรัก ครองยุทธ และคณะ (2563) ที่ตรวจสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น พบว่าสตรีวัยรุ่นสามารถใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่หลากหลายเพื่อบรรเทาอาการและลดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ บัวชมพู เอกมาตร (2563) ได้ศึกษาประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ โดยสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง และการใช้วิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต การนำทฤษฎีการจัดการอาการมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนและวัยสูงอายุมีความเป็นไปได้และเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลอาการที่ช่วยให้สตรีสามารถประเมินอาการ วางแผนการจัดการ และติดตามผลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสังคมเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มีเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวัน และประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ได้มากขึ้น SMT จึงเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง การใช้เทคโนโลยีสุขภาพ และการดูแลแบบยืดหยุ่นตามลักษณะการดำเนินชีวิตของสตรีวัยทำงานได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Symptom Management Theory (SMT) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือน โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมสามารถรับรู้และจัดการอาการ และสามารถปรับใช้ในบริบทของสตรีวัยทำงานในสังคมเมืองอย่างแท้จริง

ทั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพควรอิงตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่สามารถเชื่อมโยงสาเหตุของอาการ กลยุทธ์ในการจัดการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ อย่างเป็นระบบ ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินลักษณะของอาการ การออกแบบกลยุทธ์การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจาก แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) ที่เน้นความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอาการเรื้อรัง เช่น สตรีวัยหมดประจำเดือน ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่อิงตามทฤษฎีดังกล่าว ย่อมมีศักยภาพในการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างครอบคลุม และสามารถนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน โดยเฉพาะในคลินิกเฉพาะทางที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร

ในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลวชิระพยาบาล จัดบริการเฉพาะสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน มีบริการการตรวจรักษาจากสูติ - นรีเวชแพทย์ และการให้คำแนะนำโดยพยาบาลวิชาชีพ แต่ยังขาดบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก อาทิ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้รับบริการ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันบนเว็บหรือโทรศัพท์มือถือ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและการดูแลสตรีวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวนมาก ที่ประสบปัญหาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต อาการเหล่านี้ เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย และนอนหลับยาก ล้วนมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลในผู้ป่วยไม่น้อย อย่างไรก็ตาม พบว่า สตรีส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น งานวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือน ซึ่งได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างครอบคลุม การศึกษานี้คาดว่าจะมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน อีกทั้งยังสามารถสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อนำไปปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และการตรวจสอบอาการ

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Salazar et al., 2018) สำหรับกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันที่มุ่งเน้นการช่วยในการจัดการอาการ ส่งเสริมสุขภาพ และให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดประจำเดือน ซึ่งสามารถเข้าถึงได้สะดวกและใช้งานง่ายผ่านสมาร์ตโฟน (Gkrozou et al., 2019) แอปพลิเคชันด้านสุขภาพสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงความเหมาะสมสำหรับผู้บริโภคเป็นหลัก โดยมีเพียงจำนวนน้อยที่พัฒนาเพื่อใช้ในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ แอปพลิเคชันหลายรายการได้พัฒนาภายใต้ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และมีการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งาน แอปพลิเคชันเหล่านี้จึงสามารถทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชน และสนับสนุนให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถจัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ จันทรเกษม เทียนทรัพย์ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และอรพินท์ สีขาว (2566) พบว่า แอปพลิเคชันส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของมะเร็งเต้านม เสริมความสามารถและความมั่นใจในการตรวจอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังได้รับความพึงพอใจจากผู้ใช้ในระดับสูง สะท้อนถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในทำนองเดียวกัน อังศิณันท์ พรหมนิมิตร์ น้าอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2565) พบว่า แอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดช่วยติดตามและบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เบื่ออาหาร เชื้อบูช่องปากอักเสบ และคลื่นไส้ อีกทั้งสามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแอปพลิเคชันด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีแนวโน้มสามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างเหมาะสม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนของสตรีวัยหมดประจำเดือนวัยทำงานในเขตเมือง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ที่เน้นการสนับสนุนการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้นเกี่ยวกับธรรมชาติของการหมดประจำเดือน รวมทั้งการพัฒนาทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้โดยไม่พึ่งพาหรือลดโอกาสการใช้ยาหรือฮอร์โมนทดแทน การวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาขึ้นต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของสตรีผู้รับบริการในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป้าหมายให้สตรีสามารถดำเนินชีวิตเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข พึ่งตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามของการวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน และคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหอบประจำเดือน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน และการรับรู้คุณภาพชีวิตในสตรีวัยหอบประจำเดือน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน และการรับรู้คุณภาพชีวิตในสตรีวัยหอบประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนลดลงในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 และการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นก่อนการทดลอง
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการหอบประจำเดือนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

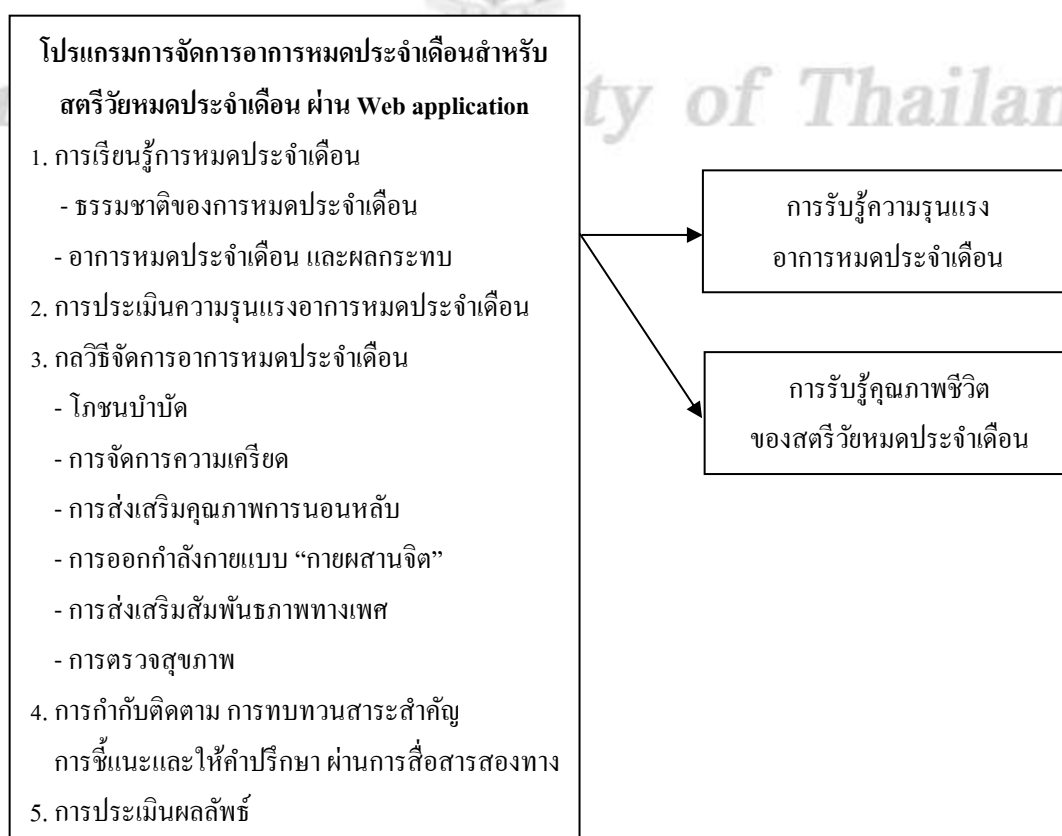
กรอบแนวคิดของการวิจัย

แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle - range theory) ที่มุ่งอธิบายกระบวนการที่บุคคลรับรู้และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอธิบายว่าประสบการณ์ของอาการเป็นสิ่งที่เฉพาะตัว ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ในอดีต และบริบทส่วนบุคคลของแต่ละบุคคล (Bender, Janson, Franck, & Lee, 2018) แบบจำลองนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่

- 1) ประสบการณ์ของอาการ (Symptom experience): บุคคลจะรับรู้และตีความอาการผ่านกรอบความคิด

และประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งรวมถึงการประเมินลักษณะของอาการ ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้น 2) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) กระบวนการในการเลือกและใช้วิธีการจัดการอาการ ซึ่งอาจเป็นการดูแลตนเอง การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom Status/Outcomes) การประเมินผลจากการดำเนินกลยุทธ์ที่เลือกใช้ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแนวทางในการจัดการอาการในระยะต่อไป สำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมักประสบอาการหลากหลาย เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน อารมณ์แปรปรวน และปัญหาอนอนไม่หลับแบบจำลองนี้สามารถช่วยให้เข้าใจและออกแบบแนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผ่านการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และติดตามผลลัพธ์อย่างมีระบบ เพื่อนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ประเมินและวิเคราะห์อาการอย่างเหมาะสม และเลือกใช้กลยุทธ์ที่สามารถปรับใช้ได้กับบริบทของชีวิตจริง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมในสังคมเมือง

ตัวแปรต้น



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Comparison 2 group pre - post test)

ขอบเขตประชากรศึกษาสตรีที่มีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี มีอาการหมดประจำเดือน (Menopausal symptoms) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในภาวะการหมดประจำเดือนแบบธรรมชาติ ระยะ Climacteric stage (ICD10: N951)

ขอบเขตสถานที่ สตรีวัยหมดประจำเดือนที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกวัยทอง คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล

ขอบเขตเวลา ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือน หมายถึง ชุดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอิงตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) และองค์ความรู้จากแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ เช่น สถาบันสุขภาพและการดูแลที่เป็นเลิศแห่งชาติ (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2019) ตลอดจนงานวิจัยด้านการจัดการอาการหมดประจำเดือนที่เน้นแนวทางไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) โปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน สามารถประเมินอาการของตนเองได้ และพัฒนาทักษะการจัดการอาการเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การลดความรุนแรงของอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิต โปรแกรมการทดลองดำเนินการผ่าน Web application ซึ่งออกแบบให้ใช้งานง่ายและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ดังนี้

1. การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะหมดประจำเดือน อาการที่พบบ่อยในระบบต่างๆ ผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และการดูแลตนเองเบื้องต้น

2. การประเมินอาการด้วยตนเองใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน (Menopause Rating Scale: MRS) พร้อมคำแนะนำในการแปลผล เพื่อให้สตรีสามารถรู้จักอาการของตนเองและวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม

3. การเรียนรู้และฝึกทักษะผ่าน Application ประกอบด้วย กลวิธีการจัดการอาการ 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) โภชนบำบัด แนวทางการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการ 2) การจัดการความเครียด เทคนิคการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต 3) การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การปรับพฤติกรรมนอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพักผ่อน 4) การออกกำลังกายแบบ “กายพสานจิต” เพื่อช่วยส่งเสริมความสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจหรือสภาพอารมณ์ 5) การส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศ การให้ข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพทางเพศในวัยหมดประจำเดือน และ 6) การตรวจสุขภาพ แนวทางการติดตามและประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การกำกับติดตามและให้คำปรึกษา เป็นการทบทวนเนื้อหาสาระสำคัญทั้ง 6 หัวข้อหลัก การให้คำแนะนำแบบสองทาง (Two way communication) เพื่อเปิดโอกาสให้สตรีได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม รวมทั้งการให้คำปรึกษา การจูงใจ กระตุ้นเตือนให้ฝึกทักษะการจัดการอาการต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการจัดการอาการที่มีประสิทธิผล

5. การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ เป็นการใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินชุดเดิมให้สตรีผู้ร่วมโปรแกรมการทดลองได้ประเมินซ้ำเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลองทั้งในด้านการลดระดับความรุนแรงของอาการและการรับรู้คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งข้อสรุปจากการเรียนรู้ครั้งนี้ในการกำหนดทางเลือกของการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความถนัดหรือความเชื่อในรายบุคคลต่อไป

การรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน หมายถึง ระดับการรับรู้ของสตรีวัยหมดประจำเดือนต่อความผิดปกติหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยจำแนกอาการออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) อาการทางร่างกาย (Somatic symptoms) เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากผิดปกติ อาการใจสั่น แน่นหน้าอก นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก และอาการปวดกระดูกหรือข้อต่อ 2) อาการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological symptoms) เช่น อารมณ์แปรปรวน ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความรู้สึกหงุดหงิด ก้าวร้าว วิตกกังวล และความอ่อนล้าทั้งทางกายและใจ และ 3) อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Urogenital symptoms) เช่น การเปลี่ยนแปลงของความต้องการทางเพศ ช่องคลอดแห้ง ปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นปัสสาวะลำบาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause rating scale: MRS) ฉบับสากล (Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2003) ร่วมกับฉบับแปลภาษาไทยที่พัฒนาโดยกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข (2562) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ ผู้ประเมินตนเองผ่านแบบสอบถามดังกล่าว โดยเลือกระดับความรุนแรงของอาการแต่ละข้อจากระดับ 0 (ไม่มีอาการ) ถึงระดับ 4 (อาการรุนแรงมาก) ตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อสะท้อนถึงระดับความรุนแรงของอาการที่แต่ละบุคคลรับรู้ คะแนนรวมที่ได้สะท้อนถึงระดับความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนในภาพรวม ซึ่งนำไปใช้ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ

การรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal quality of life perception) หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยหมดประจำเดือนเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสุขภาพทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน โดยการประเมินดังกล่าวสะท้อนถึงการให้คุณค่าของชีวิตภายใต้สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งได้รับอิทธิพลจากอาการของวัยหมดประจำเดือน ภาวะสุขภาพโดยรวม กระบวนการรักษาพยาบาล และนโยบายด้านสุขภาพ (อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ มานิต ศรีประโมทย์ และกฤต วานิชณะทอง, 2544) แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติหลัก ดังนี้ 1) มิติทางร่างกาย (Physical domain) ครอบคลุมอาการทางกายที่สัมพันธ์กับวัยหมดประจำเดือน เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน ปัญหาด้านการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และสุขภาพของกระดูก 2) มิติทางจิตใจ (Psychological domain): เน้นด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รวมถึงความรู้สึกสูญเสียบทบาททางเพศหรืออัตลักษณ์ของตนเอง 3) มิติทางสังคม (Social domain) สะท้อนถึงบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือเพื่อนฝูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้บทบาทของตนเองในบริบทของสังคม 4) มิติทางสุขภาพทางเพศ (Sexual Domain) มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงของความต้องการและพฤติกรรมทางเพศ รวมถึงผลกระทบของวัยหมดประจำเดือนต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause - Specific Quality of Life questionnaire: MENQOL) ซึ่งพัฒนาโดย ฮิลดิช และคณะ (Hilditch et al., 1996) ทั้งนี้ แบบประเมินดังกล่าวได้รับการแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทภาษาไทยโดย และจรรยา จันทร์ผ่อง, ศิริพร วัฒนกุลชัย, และธนภรณ์ ศรีสุกะ (2567)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่ออาการหมดประจำเดือน และการรับรู้คุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน
 - 1.1 ความหมายของการหมดประจำเดือน
 - 1.2 การแบ่งระยะการหมดประจำเดือน
 - 1.3 พยาธิสภาพของการหมดประจำเดือน
 - 1.4 อาการหมดประจำเดือน
 - 1.5 ผลกระทบของอาการหมดประจำเดือน
2. ทฤษฎีการจัดการอาการ และการประยุกต์ในการดูแลสุขภาพสตรี
3. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน
4. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

Christian University of Thailand

1. ความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน

ความหมายของการหมดประจำเดือน

วัยหมดประจำเดือน หรือที่นิยมเรียกว่า "วัยทอง" หมายถึงช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญในสตรี โดยทั่วไปมักเกิดในช่วงอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ซึ่งครอบคลุมทั้งระยะก่อนหมดประจำเดือน (Pre - menopausal) จนถึงระยะหลังหมดประจำเดือน (Post - menopausal) (กรมอนามัย, 2559) การหมดประจำเดือน หมายถึง ภาวะที่ไม่มีประจำเดือนต่อเนื่องกันอย่างน้อย 12 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพอื่นใด ซึ่งเกิดจากการหยุดทำงานของรังไข่อย่างถาวร ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ฮอร์โมนเพศหญิงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบสืบพันธุ์ การมีประจำเดือนและการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย อาทิ ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ตลอดจนระบบหัวใจและหลอดเลือด การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงอาจนำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากผิดปกติ อารมณ์แปรปรวน ตลอดจนความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อภาวะกระดูกพรุนและโรคหัวใจ (สุกรี สุนทรภา, 2557) ภาวะการเปลี่ยนผ่านสู่วัยหมดประจำเดือน (Menopausal transition) หมายถึง ช่วงเวลาที่ร่างกายของ

สตรีเปลี่ยนแปลงจากระยะเจริญพันธุ์ไปสู่ภาวะหมดประจำเดือน โดยเริ่มต้นจากการที่รอบเดือนมีความไม่สม่ำเสมอ และสิ้นสุดลงเมื่อไม่มีประจำเดือนติดต่อกันนาน 12 เดือน โดยไม่มีพยาธิสภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง (Refaei et al., 2022) ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี อายุเฉลี่ยของสตรีที่เข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนอยู่ที่ประมาณ 50 - 51 ปี อย่างไรก็ตาม ในบางรายอาจเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนก่อนวัยอันควรจากสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ เช่น การผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง การได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ตลอดจนโรคบางชนิด

โดยทั่วไปแล้ว สตรีเข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านสู่วัยหมดประจำเดือน (Menopausal transition) เมื่อมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในระยะแรกจะพบว่ารอบเดือนมีแนวโน้มสั้นลง อันเนื่องมาจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมฮอร์โมนแบบย้อนกลับ (Negative feedback) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญของรังไข่ (Follicle stimulating hormone: FSH) เพิ่มขึ้น และกระตุ้นการเจริญของฟอลลิเคิล (Follicle) ในรังไข่เร็วกว่าปกติ ทำให้เกิดการตกไข่เร็วขึ้นและรอบเดือนสั้นลง เมื่อเข้าสู่ระยะถัดไป การทำงานของรังไข่จะค่อย ๆ ลดลง แม้ว่าระดับฮอร์โมน FSH ยังคงสูงอยู่แต่ไม่สามารถกระตุ้นให้รังไข่ทำงานได้ ส่งผลให้ระยะห่างระหว่างรอบเดือนยาวนานขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงภาวะหมดประจำเดือนอย่างสมบูรณ์ (ชาวิณี แม่นชนะ, พัทธรา คงศิริ, และ จุฑารัตน์ วรานิชนนท์, 2565)

Christian University of Thailand

การแบ่งระยะของการหมดประจำเดือน

การหมดประจำเดือนเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปในสตรีวัยเจริญพันธุ์ตอนปลาย โดยสามารถแบ่งระยะของการเปลี่ยนแปลงนี้ออกได้เป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะก่อนหมดประจำเดือน ระยะใกล้หมดประจำเดือน และระยะหลังหมดประจำเดือน (สุกรี สุนทราภา, 2557) 1) ระยะก่อนหมดประจำเดือน (Pre - menopause) เป็นช่วงเวลาที่สตรีมีอายุตั้งแต่ประมาณ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะช่วงปลายของวัย 40 ปี ซึ่งยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์และยังคงมีประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีความผิดปกติในปริมาณเลือดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม การทำงานของรังไข่เริ่มมีการเสื่อมถอย แม้ยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนทางคลินิก 2) ระยะใกล้หมดประจำเดือน (Peri - menopause) หมายถึงช่วงเวลาที่เริ่มมีความผิดปกติของรอบเดือน เช่น มีปริมาณเลือดประจำเดือนมากหรือน้อยกว่าปกติ รอบเดือนมาผิดปกติ คลาดเคลื่อนมากกว่า 7 วัน อาจมีความถี่เพิ่มขึ้นหรือห่างออกไป รวมถึงอาจมีการขาดประจำเดือนเป็นครั้งคราวแต่ยังไม่ถึง 12 เดือนติดต่อกัน ทั้งนี้ ยังครอบคลุมถึงช่วงเวลา 1 ปีแรกหลังจากมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายด้วย ภาวะนี้เกิดจากการเสื่อมถอยของการทำงานของรังไข่อย่างชัดเจน ทำให้เกิดการตกไข่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีการตกไข่ ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นสามารถคงอยู่ได้นานถึง 10 ปี หรือมากกว่า

นั้น ขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (มรุต ญาณารณพ, พรทิพย์ มาลากุล ณ อยุธยา, และ จินตนา ศรีวิจิตร, 2566) 3) ระยะหลังหมดประจำเดือน (Post - menopause) เป็นช่วงเวลาหลังจากที่สตรีไม่มีประจำเดือนติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน หรือ 1 ปีขึ้นไป โดยไม่มีสาเหตุทางพยาธิสภาพอื่น ภาวะนี้สะท้อนถึงการหยุดทำงานของรังไข่อย่างถาวร ส่งผลให้ร่างกายเข้าสู่สภาพการขาดฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างสมบูรณ์

พยาธิสภาพของการหมดประจำเดือน

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเสื่อมถอยของการทำงานของรังไข่ การเปลี่ยนแปลงนี้เริ่มจากการลดลงของจำนวนรังไข่อ่อนดั้งเดิม (Primordial follicles) ซึ่งพบมากในช่วงก่อนหมดประจำเดือนประมาณ 10 ปี ขณะที่จำนวนรังไข่ที่กำลังเจริญเติบโต (Growing follicles) จะลดลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดความไวต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน (Gonadotropins) ลดลง (Desistance)

ผลจากการตอบสนองที่ลดลงของฟอลลิเคิล (Follicle) ต่อฮอร์โมน ทำให้การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ได้แก่ ฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญของรังไข่ (Follicle stimulating hormone: FSH) และฮอร์โมนลูทิไนซิง (Luteinizing hormone: LH) เพิ่มขึ้น โดย FSH จะมีระดับสูงก่อน LH และคงอยู่ในระดับสูงที่สุดในช่วง 2 - 3 ปีหลังหมดประจำเดือน หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงเล็กน้อยแต่ยังคงอยู่ในระดับสูงไปอีก 20 - 30 ปี การเพิ่มขึ้นของ FSH ในระยะเริ่มแรกอาจยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการตกไข่ได้บ้าง อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้หมดประจำเดือน การตกไข่จะค่อยๆ ลดลงและไม่เกิดขึ้นในที่สุด ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะไม่มีการตกไข่ (Anovulation) และภาวะบกพร่องของระยะลูเทียล (Luteal phase defect) ก่อนที่รังไข่จะหยุดทำงานโดยสมบูรณ์

หลังการหมดประจำเดือน ระดับ FSH และ LH ในกระแสเลือดจะเพิ่มขึ้นและคงระดับสูง โดย FSH มักมีค่าสูงกว่า LH และยังมีการหลั่งแบบเป็นจังหวะ (Cyclic or rhythmic) การเพิ่มขึ้นของ FSH ที่มากกว่า LH นี้ไม่ได้เกิดจากการหลั่งที่เพิ่มขึ้นของ ฮอร์โมนกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนลูทิไนซิง (Luteinizing hormone releasing hormone: LHRH) โดยตรง เพราะในสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน การให้ LHRH จะกระตุ้นให้ LH เพิ่มขึ้นมากกว่า FSH แม้ว่ารังไข่จะหยุดผลิตเอสโตรเจนในระดับสูง แต่ก็ยังสามารถผลิตฮอร์โมนสเตียรอยด์บางชนิดได้ ได้แก่ ฮอร์โมนสเตียรอยด์ชนิดหนึ่งที่ร่างกายผลิตจากต่อมหมวกไต (Dehydroepiandrosterone, androstenedione และ testosterone) โดยเอสโตรเจนที่พบในสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่คือ เอสโตรน (Estrone) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศชายผ่านกระบวนการ กระบวนการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนเป็น

เอสโตรเจน (Aromatization) ของฮอร์โมนแอนโดรสทีนไดโอน (Androstenedione) ที่ผลิตจากต่อมหมวกไต โดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นในเนื้อเยื่อไขมันเป็นหลัก อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการเปลี่ยนแปลงจาก ฮอร์โมนแอนโดรสทีนไดโอน (Androstenedione) เป็นเอสโตรน (Estrone) สูงขึ้น โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณไขมันในร่างกายมากนัก อย่างไรก็ตาม ในสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะมีระดับเอสโตรน (Estrone) สูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเอสโตรน (Estrone) มากกว่า 95% ผลิตจากต่อมหมวกไต และน้อยกว่าร้อยละ 5 มาจากรังไข่ ร่างกายสามารถผลิตฮอร์โมนแอนโดรสทีนไดโอน (Androstenedione) ได้ประมาณวันละ 2 - 4 มิลลิกรัม โดยร้อยละ 1 - 2 ของปริมาณนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นเอสโตรน (Estrone) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นในสตรีที่มีไขมันในร่างกายสูง

รังไข่ในวัยหมดประจำเดือนไม่สามารถเปลี่ยนฮอร์โมนเพศชายเป็นเอสโตรเจนได้โดยตรง และแม้ว่าปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปยังรังไข่จะมีบทบาทต่อการสร้างฮอร์โมนสเตียรอยด์บางชนิด แต่ไม่ส่งผลต่อระดับเอสโตรเจน (Estrogen) ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น เอสโตรน (Estrone) ซึ่งเป็นเอสโตรเจน (Estrogen) หลักในวัยหมดประจำเดือนจึงมีแหล่งกำเนิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศชายเป็นหลัก ทำให้สัดส่วนของฮอร์โมนเพศชายต่อเอสโตรเจนสูง (Estrogen) ขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะขนดกเล็กน้อย (Mild hirsutism) ในสตรีบางราย นอกจากนี้เอสโตรน (Estrone) ยังมีผลกระทบต่อเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้หนาตัวขึ้นผิดปกติ จนเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (Dysfunctional uterine bleeding: DUB) และในสตรีที่มีระดับเอสโตรน (Estrone) สูงจากภาวะอ้วน อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, อุไร ลิ้มสกุล, และสมฤดี ตันติเวชกุล, 2560)

พยาธิสภาพของอาการร้อนวูบวาบจากการหมดประจำเดือน

พยาธิสรีรวิทยาของอาการร้อนวูบวาบ (Hot flashes หรือ Vasomotor symptoms) ที่พบในสตรีวัยหมดประจำเดือนยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม เชื่อกันว่าเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งมีผลต่อสมดุลของระบบควบคุมอุณหภูมิในสมองกลไกหนึ่งที่ได้รับการเสนอคือ การแคบลงของช่วงอุณหภูมิที่เรียกว่า ช่วงควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulatory zone) ซึ่งอยู่บริเวณบริเวณพรีออปติก (Preoptic area) ของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) โดยบริเวณนี้มีหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ตามปกติ ในบุคคลทั่วไป ความแตกต่างระหว่างระดับอุณหภูมิที่ทำให้รู้สึกร้อนจนมีเหงื่อออก (Sweating threshold) และระดับที่ทำให้รู้สึกหนาวจนเกิดการสั่น (Shivering threshold) จะอยู่ที่ประมาณ 0.4 องศาเซลเซียส

อย่างไรก็ตาม ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาการร้อนวูบวาบ พบว่า ช่วงความแตกต่างของอุณหภูมิ ระหว่างเหงื่อออก (Sweating threshold) และ หนาวจนเกิดการสั่น (Shivering threshold)

จะแคบลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้แม้มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (Core body temperature) เพียงเล็กน้อย ก็สามารถกระตุ้นให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะที่รู้สึกร้อนและเกิดการระบายความร้อนโดยอัตโนมัติ เช่น การขยายตัวของเส้นเลือดฝอยที่ผิวหนัง และการขับเหงื่อ เพื่อจัดการความร้อนออกจากร่างกาย กระบวนการดังกล่าวเริ่มต้นจากกระแสประสาทเข้าที่รับรู้ความร้อน ส่งสัญญาณผ่านไขสันหลังไปยังสมอง โดยเฉพาะที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะส่งสัญญาณผ่านระบบประสาทอัตโนมัติไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือดที่ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ลำคอ หน้าอกส่วนบน และแขน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยของอาการร้อนวูบวาบ

เมื่ออุณหภูมิของร่างกายลดลงจากการระบายความร้อนจนถึงระดับหนาวจนเกิดการสั่น (Shivering threshold) ที่แคบลง ร่างกายอาจตอบสนองด้วยการสั่นเพื่อเพิ่มอุณหภูมิ ส่งผลให้สตรีบางรายมีอาการร้อนและหนาวสั่นกันในเวลาใกล้เคียงกัน ความรุนแรงและความถี่ของอาการดังกล่าวอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความไวของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิและความสามารถในการตอบสนองของเส้นเลือดฝอยในแต่ละตำแหน่งของร่างกาย (มรุต ญาณารณพ และคณะ, 2566)

พยาธิสภาพของผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อช่องคลอดจากการหมดประจำเดือน

ผนังเยื่อช่องคลอดและท่อน้ำนม เป็นเนื้อเยื่อที่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยตรง (Estrogen-dependent tissues) ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) มีบทบาทในการกระตุ้นให้เซลล์เยื่อช่องคลอดจากชั้นล่างพัฒนาเป็นเซลล์ชั้นบน โดยเฉพาะเซลล์เยื่อชั้นบน (Superficial epithelial cells) ซึ่งมีการสะสมไกลโคเจนในปริมาณมาก ไกลโคเจนนี้เป็นแหล่งพลังงานสำคัญของแบคทีเรียประจำถิ่นในช่องคลอด ได้แก่ แบคทีเรียแลคโตบาซิลลัสชนิดเดอเดอร์ไลน์ (Döderlein lactobacilli) ซึ่งจะเปลี่ยนไกลโคเจนเป็นกรดแลกติก ส่งผลให้ช่องคลอดมีความเป็นกรด ซึ่งสภาพความเป็นกรดนี้มีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อโรคต่างๆ นอกจากนี้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนยังมีผลต่อโครงสร้างของเยื่อช่องคลอด โดยทำให้ผนังเยื่อมีความหนา มีลักษณะเป็นรอยย่น (Rugae) มีความชุ่มชื้น (Moisture) และมีการสร้างหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Neovascularization) ส่งผลให้ผนังช่องคลอดมีลักษณะสีชมพูและมีความยืดหยุ่น

อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้จำนวนเซลล์เยื่อชั้นบนลดลง รอยย่นบริเวณผนังช่องคลอดลดน้อยลง ช่องคลอดเกิดการแคบและสั้นลง เยื่อช่องคลอดสูญเสียความแข็งแรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเลือดออกได้ง่าย นอกจากนี้ยังเกิดการเสื่อมของเส้นใยอีลาสติน (Elastin degeneration) และมีการสะสมคอลลาเจนใน

ลักษณะไฮยาลิน (Hyalinization of collagen) ช่องคลอดไม่มีต่อมที่ผลิตของเหลวเพื่อใช้ในการหล่อลื่นโดยตรง ของเหลวในช่องคลอดส่วนใหญ่จึงได้มาจากกระบวนการซึมผ่านของของเหลว (Transudation) ซึ่งเป็นการซึมผ่านของพลาสมา (Plasma) จากเส้นเลือดในชั้น (Lamina propria) ผ่านช่องว่างระหว่างเซลล์เยื่อบุผิวชนิด (Squamous epithelium) การศึกษาที่ใช้เนื้อเยื่อจากเซลล์เยื่อบุช่องคลอดและปากมดลูก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปริมาณของเหลวในช่องคลอด ได้แก่ อายุของสตรีและระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลในการลดแรงต้านการซึมผ่านของพลาสมา ซึ่งเกิดจากสองกลไกหลัก ได้แก่ จุดเชื่อมต่อแน่นระหว่างเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial tight junction: RTJ) และช่องว่างระหว่างเซลล์เยื่อบุผิวด้านข้าง (Epithelial lateral intercellular space: RLIS) เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ความสามารถในการซึมผ่านของพลาสมาสู่ผิวเยื่อบุจะลดลงตามไปด้วย ซึ่งสัมพันธ์กับอาการช่องคลอดแห้ง (Vaginal dryness) ที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน (มรุต ญาณารณพ และคณะ, 2566)

พยาธิสภาพของการสลายกระดูกจากการหมดประจำเดือน

การสลายกระดูก (Bone resorption) ที่เพิ่มขึ้นในสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อกลไกการควบคุมสมดุลของกระบวนการสร้างและสลายกระดูกอย่างชัดเจน ในภาวะปกติของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ที่ผลิตจากรังไข่จะกระตุ้นให้เซลล์สร้างกระดูก (Osteoblasts) สังเคราะห์ออสทีโอโปรเทกเทอรีน (Osteoprotegerin: OPG) ซึ่งทำหน้าที่เป็นโปรตีนด้านการทำงานของ ตัวกระตุ้นตัวรับของนิวเคลียร์แฟกเตอร์คัปปาบี ลิแกนด์ (Receptor Activator of NF- κ B Ligand: RANKL) โดย ออสทีโอโปรเทกเทอรีน (Osteoprotegerin: OPG) จะจับกับ RANKL และยับยั้งไม่ให้ RANKL ไปจับกับตัวรับบนผิวเซลล์ตั้งต้นของเซลล์สลายกระดูก (Pre-osteoclasts) ที่เรียกว่า RANK ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาไปสู่เซลล์สลายกระดูกที่สมบูรณ์ (Mature osteoclasts) ถูกยับยั้งไว้ เป็นกลไกสำคัญในการรักษาสมดุลของการสร้างและสลายกระดูกในร่างกาย นอกจากนี้ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ยังมีอิทธิพลต่อระบบภูมิคุ้มกัน โดยการลดการหลั่งของ ไซโตไคน์กระตุ้นการอักเสบ (Proinflammatory cytokines) ได้แก่ อินเตอร์ลิวคิน-1 (Interleukin - 1: IL - 1), อินเตอร์ลิวคิน-6 (Interleukin - 6: IL- 6), ทูเมอร์เนโครซิสแฟกเตอร์อัลฟา (Tumor necrosis factor-alpha: TNF- α) และพรอสตาแกลนดิน อี2 (Prostaglandin E2: PGE2) ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้นการสร้างและการทำงานของเซลล์สลายกระดูก (Osteoclasts) อีกด้วย มีรายงานวิจัยระบุว่า ฮอร์โมนเอสโตรเจนสามารถควบคุมการแสดงออกของ ทรานส์ฟอร์มมิง โกรท แฟกเตอร์-เบตา (Transforming Growth Factor-beta: TGF- β) ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้นการเกิดการตายของเซลล์

แบบมีแบบแผน (Apoptosis) ในเซลล์สลายกระดูก ส่งผลให้กระบวนการสลายกระดูกลดลงสลายกระดูกอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างสมดุล

อย่างไรก็ตาม เมื่อสตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ระดับ เอสโตรเจน (Estrogen) จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้การผลิต ออสทีโอโปรเทกเทอริน (Osteoprotegerin: OPG) ลดลง ขณะที่ตัวกระตุ้นตัวรับของนิวเคลียร์แฟกเตอร์คัปปาบี ลิแกนด์ (Receptor activator of NF- κ B Ligand: RANKL) ไม่ถูกยับยั้ง จึงสามารถกระตุ้นให้เซลล์ตั้งต้นของเซลล์สลายกระดูก (Pre - osteoclasts) พัฒนาไปเป็นเซลล์สลายกระดูกที่สมบูรณ์ (Mature osteoclasts) ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้กระบวนการสลายกระดูกมีอัตราสูงกว่ากระบวนการสร้างกระดูก นำไปสู่การสูญเสียมวลกระดูกอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (ธาริณี แม่นชนะ, พัชรารังศิริ, และจุฑารัตน์ วรานิชานท์, 2565)

อาการหมดประจำเดือน

การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีผลกระทบอย่างหลากหลายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสตรี โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิงในช่วงระหว่างและหลังหมดประจำเดือนสามารถก่อให้เกิดอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งในด้านความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิด และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ขณะที่บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนนำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน

อาการที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถแบ่งออกได้เป็นอาการทางร่างกาย และอาการทางจิตใจ โดยอาการทางร่างกายที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน และนอนไม่หลับ ส่วนอาการทางจิตใจที่พบได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง และการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ (Chuni & Sreeramareddy, 2011; Borker, Venugopalan, & Bhat, 2013) การศึกษาของ ชูนี้ และศรีรามารедดี้ (Chuni & Sreeramareddy, 2011) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีอาการนอนไม่หลับสูงถึงร้อยละ 78.70 รองลงมาคือ ความอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจ (ร้อยละ 73.50) อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก มือและเท้าเย็น (ร้อยละ 69.70) ปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 68.60) ช่องคลอดแห้งและคัน (ร้อยละ 61.60) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 55.20) ปัญหาทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 52.80) อาการแน่นหน้าอก (ร้อยละ 49.40) ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 47.10) ภาวะตึงเครียด (ร้อยละ 46.50) และความวิตกกังวล (ร้อยละ 45.80) ในทำนองเดียวกัน บอร์เกอร์ เวนูโกปาลาน และภาค (Borker, Venugopalan, & Bhat, 2013) ได้ศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 106 คนในชุมชนชนบทของรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย

พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น การร้องไห้ ภาวะซึมเศร้า และความหงุดหงิด (ร้อยละ 90.70) อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 72.90) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 65.40) ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 58.90) ภาวะหลงลืม (ร้อยละ 57.00) ปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (ร้อยละ 53.30) ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 31.80) ช่องคลอดแห้งและคัน (ร้อยละ 9.30) และการหลุดร่วงของเส้นผม (ร้อยละ 8.40)

อาการร้อนวูบวาบ (Hot flush) เป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งมีความชุกแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติและวัฒนธรรม โดยจากการศึกษาพบว่า สตรีเชื้อสายยุโรปมีความชุกของอาการร้อนวูบวาบสูงถึงร้อยละ 74.00 ขณะที่ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 38.00 และในภูมิภาคละตินอเมริกาพบร้อยละ 50.00 - 69.00 สำหรับในกลุ่มสตรีชาวเอเชียพบอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 22.00 - 63.00 ทั้งนี้ จากการศึกษาที่ดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ความชุกของอาการดังกล่าวในสตรีไทยอยู่ที่ร้อยละ 65.00 ซึ่งความแตกต่างของอัตราความชุกในแต่ละกลุ่มประชากรอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น วิธีการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (Sriprasert et al., 2017)

โดยทั่วไป อาการร้อนวูบวาบพบในสตรีวัยหมดประจำเดือนประมาณร้อยละ 20 - 50 และมักดีขึ้นภายในระยะเวลา 2 ปีหลังหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม ในบางรายอาจมีอาการต่อเนื่องนานกว่า 10 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีชาวเอเชียที่มีรายงานว่าอาการอาจคงอยู่ยาวนานเฉลี่ยประมาณ 5 ปี นอกจากนี้ สตรีวัยหมดประจำเดือนยังมักมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ปัญหาการนอนหลับและภาวะซึมเศร้า แม้ว่าผลการศึกษส่วนใหญ่จะพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนจะไม่แตกต่างจากสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน แต่ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น สุขภาพไม่แข็งแรง มีประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ความเครียดจากปัญหาชีวิต หรือมีปัญหาทางเพศและอาการร้อนวูบวาบร่วมด้วย จะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงขึ้น (Guthrie et al., 2018)

นอกจากนี้ ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (Perimenopause) ซึ่งเป็นช่วงที่ระดับฮอร์โมนในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อาจส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ โดยเฉพาะในสตรีที่มีอาการร้อนวูบวาบร่วมด้วย ทั้งนี้ ความผิดปกติของการนอนหลับ (Sleep disturbance) อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ (Avis et al., 2015) ซึ่งมักมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่ส่งผลให้เกิดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกในเวลากลางคืน นอกจากนี้ยังอาจได้รับผลกระทบจากความเครียดและความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน โดยความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพโดยรวมและวิถีชีวิตของแต่ละคน ในการดูแลสตรีวัยหมดประจำเดือน การประเมินคุณภาพการนอนหลับและการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางแผน

แนวทางการรักษาที่เหมาะสม โดยแนวทางการจัดการกับปัญหาการนอนหลับมีหลากหลาย ตั้งแต่การใช้ฮอร์โมนทดแทนและยารักษาอาการ ไปจนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ซึ่งได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเป็นแนวทางที่สามารถจัดการอาการได้อย่างปลอดภัย และลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา (Ameratunga, Goldin, & Hickey, 2012)

อีกหนึ่งผลกระทบที่สำคัญจากภาวะหมดประจำเดือน คือ ปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ที่ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการสลายของกระดูก โดยพบว่าการสูญเสียมวลกระดูกเกิดขึ้นอย่างมากและรวดเร็วในช่วง 1 - 3 ปี ก่อนมีกระดูกครั้งสุดท้าย และอาจดำเนินต่อเนื่องได้นานถึง 5 - 10 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยการสูญเสียเนื้อกระดูกประมาณร้อยละ 2 ต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าเมื่อสตรีมีอายุถึง 80 ปี จะสูญเสียความหนาแน่นของกระดูกไปมากถึงร้อยละ 30 (Finkelstein et al., 2008) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากภาวะหมดประจำเดือนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพระยะยาวในวัยสูงอายุ ผลกระทบของภาวะหมดประจำเดือนต่อสุขภาพระยะยาวจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกพรุน ซึ่งพบว่าหลังหมดประจำเดือนอัตราการสูญเสียมวลกระดูกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 5 ต่อปี (Tong, 2013) โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูญเสียเอสโตรเจนส่งผลต่อการทำงานของหลอดเลือด (Santoro, Epperson, & Mathews, 2021) ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีบทบาทสำคัญในการยับยั้งการสลายตัวของมวลกระดูก ดังนั้นเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงในช่วงวัยหมดประจำเดือน อัตราการสลายของมวลกระดูกจึงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกหักที่สัมพันธ์กับโรคกระดูกพรุน ซึ่งมีผลกระทบต่อสตรีมากถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่มียู่มากกว่า 50 ปี การสูญเสียเอสโตรเจนยังมีผลต่อการดูดซึมแคลเซียม ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งเสริมกระบวนการสลายกระดูก ทั้งนี้ โรคกระดูกพรุนและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงควรมีลักษณะเป็นการดูแลระยะยาวตลอดชีวิต โดยครอบคลุมทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม และโรคดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง รวมถึงความต้องการเวลาในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง (De Villiers, 2024)

ในประเทศไทย คลินิกวิทยות ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้สำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 จากสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 263 รายที่เข้ารับบริการ พบว่าอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 53.86) อาการหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 53.30) และปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (ร้อยละ 68.60) ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลจากการขาดฮอร์โมนเพศหญิงที่สำคัญ ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ที่ลดลงในช่วงวัยหมดประจำเดือน โดยการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนดังกล่าวส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ

หลากหลายรูปแบบ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ อาการที่พบบ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ช่องคลอดแห้ง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ผิวหนังแห้งและบางลง รวมถึงมีรอยช้ำง่าย แม้อาการเหล่านี้จะจัดอยู่ในกลุ่มอาการระยะสั้น (Short-term symptoms) แต่กลับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยอาการต่างๆ มักเริ่มปรากฏในช่วงก่อนหมดประจำเดือน (Perimenopause) ซึ่งโดยเฉลี่ยพบในช่วงอายุประมาณ 40 ปี และบางรายอาจเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ คือระหว่างอายุ 40 - 45 ปี (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561) แสดงให้เห็นว่าอาการร้อนวูบวาบและปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการดูแลในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะการพัฒนากลยุทธ์หรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในช่วงวัยดังกล่าว

อาการที่เกี่ยวข้องกับวัยหมดประจำเดือนตามรายงานของ WHO (2022) ได้แก่ 1) อาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกตอนกลางคืน เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด โดยสตรีจะรู้สึกร้อนวูบวาบอย่างฉับพลันบริเวณใบหน้า ลำคอ และหน้าอก อาจมีอาการผิวหนังแดง เหงื่อออก ใจสั่น และความรู้สึกไม่สบายกายร่วมด้วย อาการมักกินเวลาหลายนาทีและอาจเกิดขึ้นได้หลายครั้งต่อวันหรือในเวลากลางคืน 2) การเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ประจำเดือนอาจเริ่มมาไม่สม่ำเสมอ มีปริมาณที่เปลี่ยนแปลงก่อนจะหยุดไปโดยสิ้นเชิง 3) ช่องคลอดแห้งและเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ เป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ส่งผลต่อความชุ่มชื้นและความยืดหยุ่นของเยื่อช่องคลอด 4) นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อการควบคุมวงจรการนอนหลับ 5) อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล หรือมีภาวะซึมเศร้า ขณะที่ NICE, 2019 ได้จัดแบ่งกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับวัยหมดประจำเดือนเพิ่มเติมไว้ดังนี้ 1) อาการทางระบบหลอดเลือด เช่น อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออก ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการหดขยายของหลอดเลือด 2) อาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก - เช่น ปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ 3) อาการทางอารมณ์และจิตใจ - เช่น หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล หรืออารมณ์แปรปรวน 4) อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะเล็ด 5) ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ - เช่น ความต้องการทางเพศลดลงหรือมีความเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ อาการเหล่านี้มีแนวโน้มเกิดขึ้นร่วมกัน และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ในหลายมิติ (ธาริณี แม่นชนะ พัชรา คงศิริ และ จุฑารัตน์ วรานิษานนท์ (2565) ได้กล่าวถึงแนวทางการวินิจฉัยและจัดการอาการหมดประจำเดือนในแนวปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลต่อมารีทอของประเทศไทย โดยแบ่งอาการที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือนออกเป็นกลุ่มอาการหลัก ดังนี้ อาการวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน (Vasomotor

symptoms) อาการร้อนวูบวาบเป็นอาการเฉพาะที่พบบ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะในช่วง 1 - 2 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน ซึ่งอาการอาจหายไปได้เอง อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 25 ของสตรีวัยนี้ยังคงมีอาการต่อเนื่องได้นานเกิน 5 ปี และบางรายอาจนานถึง 10 ปี อาการมักเริ่มต้นจากใบหน้า คอ ศีรษะ หรือหน้าอก อาจมีลักษณะเป็นจุดเฉพาะ เช่น บริเวณหน้าผากหรือใบหู แล้วแผ่กระจายออกไป อาการสามารถเกิดขึ้นได้นานตั้งแต่ไม่กี่วินาทีถึงหลายชั่วโมง และอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน อาการเหล่านี้เชื่อว่ามีเกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมหลอดเลือดที่ผิดปกติ (Peripheral vasomotor instability) อันเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดต่ำลง โดยไม่ได้สัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนโกนาโดโทรปินที่เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด อาการทางจิตใจ (Psychological symptoms) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย และขาดสมาธิ อาการเหล่านี้พบได้มากในช่วงก่อนหมดประจำเดือน 2 - 3 ปี และเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น โดพามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin)

อาการเกี่ยวกับความจำและโรคสมองเสื่อม (Cognitive impairment and Alzheimer's disease) พบว่าการลดลงของเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านความจำ โดยเฉพาะความจำเกี่ยวกับคำพูด (Verbal memory) ถึงแม้การให้ฮอร์โมนทดแทนจะไม่สามารถรักษาโรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นแล้วได้ แต่การใช้ฮอร์โมนในระยะก่อนมีอาการ (Primary prevention) สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 41 การเหี่ยวฝ่อของระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Urogenital atrophy) การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลให้เยื่อช่องคลอดและท่อปัสสาวะบางลง ช่องคลอดแคบและสั้นลง ปากช่องคลอดและมดลูกฝ่อลง ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศบางลง และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะจะอ่อนแรงลง ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะบ่อย ในบางรายที่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน อัตราการไหลเวียนของเลือดบริเวณอวัยวะเพศจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 15 ของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ แต่สามารถเพิ่มขึ้นได้ถึง 4 เท่าหากได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเสริม (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2560) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Skin atrophy) การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนทำให้ผิวหนังบางลง เหี่ยวแห้ง เกิดรอยขี้ไต้่าง่าย ผมห่น และเล็บเปราะ ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียคอลลาเจนในชั้นผิวหนัง โดยพบว่าหลังหมดประจำเดือนอาจมีการสูญเสียคอลลาเจนมากถึงร้อยละ 30 ภายใน 10 ปีแรก อย่างไรก็ตาม การให้ฮอร์โมนทดแทนสามารถช่วยเพิ่มระดับคอลลาเจนให้กลับมาใกล้เคียงกับระดับในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนได้ภายใน 12 เดือน (สุกฤษทุพรภา, 2557)

สรุป อาการหมดประจำเดือนเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำงานของฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะเอสโตรเจนที่ผลิตจากรังไข่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามระยะของการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกตามช่วงเวลาที่เกิดขึ้นได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ (Sun et al., 2018; Wang, Zhang, & Tang, 2021; Martin et al., 2016)

1. อาการที่เกิดในระยะสั้นหลังหมดประจำเดือนไม่นาน (Early stage) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในช่วงเริ่มต้นของการหมดประจำเดือน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความไม่สมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ได้แก่ 1) ประจำเดือนมาไม่ปกติ เช่น มาบ่อย มาน้อยลง นานๆ มาครั้ง แต่มามากกว่าเดิม หรือขาดหายไป 2) ร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน เป็นอาการที่เด่นชัด โดยมีลักษณะร้อนชู่ขึ้นบริเวณใบหน้า ลำคอ หรือหน้าอก ตามด้วยเหงื่อไหลมาก มักเกิดตอนกลางคืน ส่งผลให้นอนหลับไม่สนิท 3) ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้รู้สึกตกใจกลัว และมักสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ 4) นอนไม่หลับ มักเกิดขึ้นก่อนหมดประจำเดือนจริง 5 - 7 ปี 5) อารมณ์แปรปรวน – เช่น หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อย วิตกกังวล หรือมีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง 6) ความต้องการทางเพศลดลง ช่องคลอดแห้ง ผนังช่องคลอดบาง ทำให้เจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ นำไปสู่ความเครียดหรือความไม่มั่นใจในบทบาทของตนเองในครอบครัว 7) จี๋ลิ้ม ไม่มีสมาธิ เนื่องจากผลของการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือดในสมอง 8) ปวดศีรษะ โดยเฉพาะในสตรีที่มีประวัติปวดไมเกรนมาก่อน ซึ่งอาการอาจรุนแรงขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน และ 9) ระบบย่อยอาหารผิดปกติ - เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ หรือท้องผูก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ

2. อาการในระยะกลางหลังหมดประจำเดือนไปเป็นปี (Intermediate stage) อาการในระยะนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจน ได้แก่ ผิวหนังที่หยาบและเกิดริ้วรอย ช่องคลอดแห้งและบางลง ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การอักเสบของทางเดินปัสสาวะบ่อยครั้ง การเปลี่ยนมุมของท่อปัสสาวะที่หันเข้าสู่ช่องคลอดเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การลดลงของเอสโตรเจนทำให้การไหลเวียนของเลือดและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุผิว เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และกล้ามเนื้อในบริเวณดังกล่าวลดลง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านี้โดยตรง

3. อาการในระยะยาวหลังหมดประจำเดือนไปหลายสิบปี (Late stage) กลุ่มอาการนี้มักเกิดขึ้นในระยะหลังจากหมดประจำเดือนไปหลายปี เป็นผลสะสมจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคกระดูกพรุน จากการสลายกระดูกที่มากกว่าการสร้าง โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือดและการทำงานของเยื่อหลอดเลือด โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม จากความเสื่อมของเซลล์ประสาทที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการร้อนวูบวาบและความบกพร่องทางความจำในระยะยาว

การประเมินความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน

อาการที่เกี่ยวข้องกับวัยหมดประจำเดือนมีลักษณะหลากหลายและซับซ้อน ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และระบบสืบพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยกลางคนที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ การประเมินอาการอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญเพื่อใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้น และวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ในปี ค.ศ. 1953 คูปเปอร์แมน และคณะ (Kupperman et al., 1953) ได้พัฒนาแบบประเมินที่เรียกว่า Kupperman Menopausal Index (KI) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับสตรีที่มีภาวะขาดฮอร์โมนเพศหญิง โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยอาการทั้งหมด 11 อาการ แบ่งเป็นอาการทางร่างกาย (Somatic symptoms) 8 อาการ อาการทางจิตใจ (Psychological symptoms) 2 อาการ และอาการทางระบบสืบพันธุ์ (Genital symptom) 1 อาการ (Kupperman et al., 1953) ต่อมาในปี ค.ศ. 1976 กรีน (Greene, 1976) ได้พัฒนาแบบประเมิน Greene climacteric scale ซึ่งใช้ประเมินอาการวัยหมดประจำเดือนในมิติที่หลากหลายยิ่งขึ้น โดยประกอบด้วยอาการทั้งหมด 19 อาการ แบ่งเป็นอาการทางร่างกาย 8 อาการ อาการทางจิตใจ 10 อาการ และอาการทางระบบสืบพันธุ์ 1 อาการ จุดเด่นของแบบประเมินนี้คือ การใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อคัดเลือกอาการที่เหมาะสม ทำให้แบบประเมินมีความน่าเชื่อถือและเน้นด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างเด่นชัด (Hauser et al., 1994)

จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1990 ศูนย์ระบาดวิทยาและวิจัยสุขภาพแห่งกรุงเบอร์ลินได้พัฒนาแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause Rating Scale: MRS) ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรคในกลุ่มสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน ประกอบด้วยอาการทั้งหมด 11 อาการ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาการทางร่างกาย (Somatic symptoms) เช่น อาการร้อนวูบวาบ ปวดข้อ นอนไม่หลับ 2) อาการทางจิตใจ (Psychological symptoms) เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า 3) อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบสืบพันธุ์ (Urogenital symptoms) เช่น ช่องคลอดแห้ง เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ปัสสาวะบ่อย แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause Rating Scale: MRS) มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัยในการออกแบบคำถาม ทำให้มีความสมดุลในแต่ละมิติของอาการ อีกทั้งยังไม่ต้องอาศัยการประเมินจากแพทย์โดยตรง แต่เป็นแบบประเมินตนเองที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสำหรับการใช้ในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดคือ อาจมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนจากการแปลผลของผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ทางคลินิก ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าผลการประเมินของ แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause Rating Scale: MRS) มีความสอดคล้องสูงกับแบบประเมิน KI โดยมีค่าสหสัมพันธ์อยู่ที่ระดับสูง ($r = 0.91$) อีกทั้งยังมีการแปลแบบประเมิน MRS เป็นภาษาต่างๆ กว่า 25 ภาษา จึงได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยระหว่างประเทศ (Schneider et al., 2000)

สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนโดยเฉพาะในระดับรุนแรง มักประสบกับอาการไม่พึงประสงค์หลากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และระบบสืบพันธุ์ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า หากได้รับการดูแลหรือรักษาอย่างเหมาะสม จะสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับวัยหมดประจำเดือนได้ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจและหลอดเลือด (คณิตา ภาณุจิรัส, 2556) จากการศึกษาของ อาร์โม และ ซาอิก (Armo & Sainik, 2020) พบว่า ความจำเป็นในการ คัดกรองอาการหมดประจำเดือนในกลุ่มสตรีวัยกลางคน เป็นสิ่งเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื่องจากปัญหาอาการทางกายภาพ เช่น อาการปวดข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับความต้องการด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงของสตรีวัยกลางคน เพื่อให้สามารถออกแบบการดูแลและแนวทางการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลกระทบของอาการหมดประจำเดือน

ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของอวัยวะหลายระบบในร่างกายสตรี การลดลงของฮอร์โมนดังกล่าว โดยเฉพาะหลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ส่งผลให้เกิดอาการและการเปลี่ยนแปลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคมและจิตใจ (มรุต ญาณารณพ และคณะ, 2566)

1. ผลกระทบระยะสั้น ในระยะใกล้หมดประจำเดือน (Perimenopause) ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนมีความผันผวนตามการพัฒนาของฟอลลิเคิล (Follicle) ที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการ เช่น ร้อนวูบวาบ และ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง (Surgical menopause) จะมีการลดลงของเอสโตรเจนอย่างฉับพลัน ส่งผลให้อาการดังกล่าวมีความรุนแรงขึ้น ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) มีบทบาทในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายผ่านสารสื่อประสาทในสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เมื่อขาดเอสโตรเจน (Estrogen) จะพบว่าระดับนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) เพิ่มขึ้น และเซโรโทนิน (Serotonin) ลดลง ทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิแคบลง (Thermoregulatory zone) ส่งผลให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ (Hot flashes) และ เหงื่อออกตอนกลางคืน (Night sweats) โดยเฉพาะระยะการนอนหลับแบบกลอกตาเร็ว (Rapid Eye Movement : REM) ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายไวต่ออุณหภูมิสูงที่สุด อาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับภาวะการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับเอสโตรเจน (Estrogen withdrawal) มากกว่าภาวะขาดฮอร์โมนอย่างถาวร (Estrogen deficiency) โดยสามารถแบ่งความรุนแรงออกได้

เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) อาการน้อย (Mild VMS) มีอาการแต่ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิต 2) อาการปานกลาง (Moderate VMS) มีอาการถี่ขึ้นและรบกวนการใช้ชีวิตบางครั้ง และ 3) อาการรุนแรง (Severe VMS) มีอาการบ่อยจนไม่สามารถทำกิจกรรมปกติได้ อาการเหล่านี้มักจะดีขึ้นภายใน 2 ปี หลังหมดประจำเดือน แต่อาจคงอยู่ได้นานกว่า 5–10 ปีในบางราย โดยเฉพาะในสตรีเอเชีย (มรุตญานารณพ และคณะ, 2566)

2. ผลกระทบระยะยาว ผลจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว มีผลต่อการเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่

2.1 ภาวะความจำเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เอสโตรเจน (Estrogen) มีบทบาทในการยับยั้งสารอนุมูลอิสระในสมอง ลดการสะสมของสารอะมีลอยด์ (Amyloid) และส่งเสริมการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท โดยเฉพาะในด้านความจำ การตัดสินใจ และการให้เหตุผล การให้ฮอร์โมนทดแทนอาจช่วยลดความเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ได้หากเริ่มใช้ในระยะก่อนแสดงอาการ และต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 5 ปี (ประวีดา คำแดง, 2563)

2.2 โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดตีบแข็ง การขาดเอสโตรเจน (Estrogen) ทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ เชื้อโรคหลอดเลือดเสื่อมสภาพ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.3 โรคกระดูกพรุน ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ช่วยป้องกันการสลายกระดูก การขาดเอสโตรเจนจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกระดูก โดยเฉพาะในช่วง 1 - 5 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน

2.4 ปัญหาทางระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ด

2.5 ภาวะทางผิวหนัง เช่น ผิวบาง แห้ง เหี่ยวย่น และสูญเสียคอลลาเจน นอกจากนี้ยังพบว่าในประเทศไทย สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่มีอาการทางกล้ามเนื้อและข้อ เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ และข้อไหล่ติด ขณะที่อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืนพบได้บ่อยในกลุ่มประชากรตะวันตก (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2561)

2. ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) และการประยุกต์ในการดูแลสุขภาพสตรี

การพัฒนาของทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) มีจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทฤษฎีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1994 โดย ลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งเป็น

คณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก (University of California, San Francisco: UCSF) แบบจำลองดั้งเดิมของทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory: SMT) ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดสหวิทยาการหลายด้าน อาทิ แบบจำลองการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1985) แบบจำลองการดูแลตนเองด้านอาการ (Symptom self-care model) ของโซรอฟแมน ทริปป์ - ไรเมอร์ และเลาเออร์ (Sorofman, Tripp - Reimer, & Lauer, 1990) รวมทั้งแบบจำลองอาการของมาร์ติน (Martin, 1990) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนารอบแนวคิดที่เชื่อมโยงระหว่างอาการ กระบวนการจัดการอาการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นรากฐานสำคัญของการศึกษาด้านอาการ (Symptom) ในบริบทสุขภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบจำลองที่สามารถอธิบายประสบการณ์ของอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ได้อย่างครอบคลุม และสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ แนวคิดของลาร์สัน มุ่งเน้นการรับรู้อาการ (Symptom perception) และการตอบสนองของบุคคลต่ออาการนั้นๆ โดยอาการ (Symptom) ไม่ได้ถูกมองเป็นเพียงสัญญาณของพยาธิสภาพทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น การไปพบแพทย์ การใช้ยาด้วยตนเอง หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ (Larson et al., 1994) อาการจึงเป็นตัวกลางที่เชื่อมโยงระหว่างสถานะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว แนวคิดดังกล่าวถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาแบบจำลองการจัดการอาการที่มีความเป็นระบบมากขึ้นในภายหลัง หลังจากการเสนอแนวคิดดั้งเดิม คณะผู้พัฒนาทฤษฎีจาก UCSF เห็นว่าแบบจำลองเดิมยังไม่สามารถสะท้อนบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม จึงได้มีการพัฒนาแบบจำลองการจัดการอาการให้ชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 2001 ด็อดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ปรับปรุงแบบจำลองให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของอาการ (Symptom experience) 2) กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) นอกจากนี้ แบบจำลองยังพิจารณาองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการจัดการอาการ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Person), สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และการจัดการอาการของแต่ละบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ ทฤษฎี SMT ฉบับของด็อดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้กลายเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่สุขสบายจากโรคเรื้อรังหรือการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรืออาการจากการบำบัดทางเคมี

เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ได้อธิบายการพัฒนาความรู้จากผู้เริ่มต้นไปสู่ผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนกระบวนการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) ผ่านการใช้ความรู้และทักษะในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งช่วยเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการที่ซับซ้อนได้แม่นยำขึ้น และเลือกกลยุทธ์การจัดการที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อแนวคิดของ Bender ถูกนำมาเชื่อมโยงกับ SMT จึงสามารถส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ร่วมออกแบบการดูแล ร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย ต่อมาในปี ค.ศ. 2018 เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ซึ่งเป็นคณาจารย์จาก UCSF ได้พัฒนาแบบจำลอง SMT ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยยังคงโครงสร้างองค์ประกอบหลัก 3 ประการเดิม แต่มีการเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และบริบทสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยในคลินิก และระบบสุขภาพร่วมสมัย โดยเน้นว่า SMT ควรถูกใช้เป็นตัวเครื่องมือทางทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติในการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเอง เลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสม และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ มโนทัศน์ที่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับอาการของตนเองซึ่งมีความเป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ได้แก่ 1) การรับรู้อาการ (Perception) บุคคลตระหนักถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย 2) การประเมินอาการ (Evaluation) การพิจารณาความรุนแรง ความถี่ ผลกระทบ และความสำคัญของอาการ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response) การแสดงออกทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม หรือสังคมที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรับรู้และประเมินอาการ มโนทัศน์ที่ 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเลือกใช้เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมีมุ่งหวังให้เกิดการบรรเทาหรือยุติอาการนั้น ซึ่งการจัดการอาการอาจเกิดจากการแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ หรือเกิดจากการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ตามสถานการณ์ ความต้องการ และบริบทส่วนบุคคล และมโนทัศน์ที่ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) หมายถึง ผลลัพธ์หรือดัชนีชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการอาการ โดยผลลัพธ์ดังกล่าวอาจแสดงออกในด้านต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอาการ (Symptom

status) การดำเนินชีวิตประจำวัน (Functional status) การดูแลตนเอง (Self-care) รวมถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life)

ในการศึกษาครั้งนี้นำทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมุ่งหวังให้สตรีสามารถรับรู้อาการ ประเมินลักษณะอาการ และเลือกใช้กลวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถลดหรือชะลอความรุนแรงของอาการ รวมถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) การนำทฤษฎีการจัดการอาการดังกล่าว มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ เนื่องจากแบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของบุคคล ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนที่มักมีอาการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และมีความจำเป็นในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

จากแนวคิดดังกล่าว แบบจำลองการจัดการอาการนำมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเรียนรู้การรับรู้อาการ ประเมินลักษณะของอาการ และเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนให้สามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเองในระยะยาว โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ที่สะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการอาการ โดยผลลัพธ์ดังกล่าวอาจแสดงออกในด้านการเปลี่ยนแปลงของอาการ (Symptom status) รวมถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของสตรีวัยหมดประจำเดือน

การประยุกต์ทฤษฎีการจัดการอาการในการดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงและอาการหมดประจำเดือน สตรีวัยหมดประจำเดือนมักตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ช่องคลอดแห้ง อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ และภาวะหลงลืม ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในช่วงวัยนี้ (Nelson, 2008; Palacios et al., 2022) อาการและระดับความรุนแรงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ภาวะหมดประจำเดือนอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ (Natural menopause) หรือ

จากสาเหตุทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง หรือการรักษาด้วยรังสีที่มีผลต่อการทำงานของรังไข่

ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) เน้นการวิเคราะห์องค์ประกอบของอาการ ได้แก่ การรับรู้ (Perception) การประเมินความรุนแรง (Evaluation) และการตอบสนองต่ออาการ (Response) องค์ประกอบทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กันแบบพลวัตและสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านกลยุทธ์การจัดการอาการที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของสตรีวัยหมดประจำเดือน การนำ SMT มาใช้สามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีเกิดความรู้สึกเข้าใจ และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง การประเมินอาการและความรุนแรงของอาการในสตรีวัยหมดประจำเดือน การประเมินอาการเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมีเป้าหมายเพื่อระบุอาการที่เกิดขึ้น ประเมินความรุนแรง และกำหนดแนวทางในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม หนึ่งในเครื่องมือที่ได้รับความนิยม คือ Menopause rating scale (MRS) ซึ่งได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการจากการขาดฮอร์โมนเพศหญิง เครื่องมือนี้ประกอบด้วยรายการประเมินจำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ อาการทางกาย (8 ข้อ) อาการทางจิตใจ (2 ข้อ) และอาการทางระบบสืบพันธุ์ (1 ข้อ) (Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2004) การใช้ MRS ช่วยให้สามารถจำแนกระดับอาการของสตรีแต่ละรายได้ชัดเจนมากขึ้น และเป็นแนวทางประกอบการวินิจฉัยเบื้องต้นเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรง โดยเฉพาะหากมีคะแนนรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับอาการในระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบสืบพันธุ์ และสุขภาพโดยรวมที่เสื่อมลงอย่างมีนัยสำคัญ ควรได้รับการส่งต่อไปยังสูตินรีแพทย์เพื่อประเมินและรักษาอย่างเหมาะสม (Beura, Patnaik, & Sahu, 2022)

การจัดการเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน

การจัดการอาการหมดประจำเดือนเริ่มจากการที่สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถตระหนักและระบุอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจน จากนั้นจึงเลือกแนวทางการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งอาจมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สิวไล โพธิ์ชัย, สมชาย ใจดี และกานดา สุขสวัสดิ์. (2561) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทองในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สตรีวัยหมดประจำเดือนจึงควรได้รับการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรมีบทบาทในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์

และวัยหมดประจำเดือน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน และวัยสูงอายุ

การจัดการอาการหมดประจำเดือนเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางทั้งในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ โดยมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและงานวิจัยที่หลากหลายเพื่อรองรับความต้องการของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต แนวทางและงานวิจัยในประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมวัยหมดประจำเดือนแห่งประเทศไทย (Thai menopause society: TMS) ปี พ.ศ. 2566 ได้แนะนำการใช้ฮอร์โมนบำบัด (Menopausal hormone therapy: MHT) เป็นวิธีหลักในการบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน และอารมณ์แปรปรวน ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับการประเมินก่อนเริ่มการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Thai menopause society, 2023) นอกจากการใช้ฮอร์โมนบำบัดแล้ว ยังมีการศึกษาที่กล่าวถึงการใช้วิถีธรรมชาติในการจัดการอาการหมดประจำเดือน โดยพบว่าผู้หญิงไทยจำนวนมากนิยมใช้วิธีที่ไม่ใช่ยา เช่น การอบสมุนไพร การรับประทานผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง รวมถึงสมุนไพรอื่นๆ ซึ่งเชื่อว่าช่วยลดอาการที่เกี่ยวข้องกับการหมดประจำเดือนได้ (สินวัตร สุรัสวดี และคณะ, 2562)

แนวทางการจัดการอาการเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การหมดประจำเดือนเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านตามธรรมชาติของชีวิตสตรีที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้หญิงในหลายมิติ การจัดการอาการหมดประจำเดือนอย่างมีประสิทธิภาพควรมีลักษณะองค์รวม โดยเน้นการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โภชนบำบัด (Nutritional therapy)

อาหารมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาอาการหมดประจำเดือน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีสารไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogens) ซึ่งพบมากในถั่วเหลือง ธัญพืช และผักผลไม้ มีคุณสมบัติคล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยลดอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน และปรับสมดุลอารมณ์ได้ (Messina, 2014) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียม และวิตามินดี ยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ (North American Menopause Society, 2022)

โภชนาการที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน อารมณ์แปรปรวน ภาวะกระดูกพรุน และการเพิ่มของไขมันในช่องท้อง (Nelson, 2008) แนวทางการบริโภคอาหารอย่างมีแบบแผนจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริม

สุขภาพและคุณภาพชีวิตในช่วงวัยนี้ หนึ่งในสารอาหารที่ได้รับความสนใจอย่างมากคือ ไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogens) ซึ่งเป็นสารประกอบจากพืชที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับเอสโตรเจนของมนุษย์ จึงสามารถจับกับตัวรับเอสโตรเจนและออกฤทธิ์ในลักษณะคล้ายฮอร์โมนเพศหญิงในระดับอ่อน ตัวอย่างอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง ได้แก่ ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วเขียว เมล็ดแฟลกซ์ (Flaxseed) และธัญพืชไม่ขัดสี ซึ่งช่วยลดความถี่และความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ ปรับสมดุลอารมณ์ และเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด (Messina, 2014; Chen, Lin, & Liu, 2015) อีกหนึ่งแนวทางโภชนาบำบัดที่ได้รับการแนะนำอย่างกว้างขวางคือ รูปแบบอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคที่เน้นการรับประทานผัก ผลไม้สด ถั่วเปลือกแข็ง ธัญพืชไม่ขัดสี น้ำมันมะกอก ปลา และผลิตภัณฑ์จากนมในปริมาณพอเหมาะ โดยมี การบริโภคเนื้อแดงและอาหารแปรรูปให้น้อยที่สุด (Martini, Rossetti, & Ventura, 2020) ผลการศึกษาของ คาริมิ อามานี และมิริไซ (Karimi, Amani, & Mirzaei, 2022) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ ปฏิบัติตามอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนมีอาการร้อนวูบวาบและอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ อาหารเมดิเตอร์เรเนียนยังมีคุณสมบัติด้านการอักเสบ ช่วยควบคุมระดับไขมันในเลือด และลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบเพิ่มขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน (Panagiotakos, Notara, & Georgousopoulou, 2018) ตัวอย่างอาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่แนะนำ ได้แก่

1.1 ผักสด เช่น มะเขือเทศ บร็อกโคลี ผักโขม ผักสดอุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุ ไฟเบอร์ และสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น ไลโคปีนในมะเขือเทศ หรือซัลโฟราเฟนในบร็อกโคลี ซึ่งมีบทบาทในการลดการอักเสบ ป้องกันโรคเรื้อรัง และลดความเสี่ยงของมะเร็งด้านมหัพภาค ประจำเดือน (Koushik et al., 2010) การบริโภคผักเป็นประจำยังช่วยควบคุมน้ำหนักและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจในสตรีวัยทอง

1.2 ผลไม้ เช่น องุ่น ส้ม แอปเปิล ลูกพรุนผลไม้อุดมด้วยวิตามินซี และสารโพลีฟีนอล ซึ่งมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระและช่วยเสริมระบบภูมิคุ้มกัน เช่น สารเรสเวอราทรอลในองุ่นช่วยชะลอกระบวนการชราภาพและปกป้องหัวใจ (Baur & Sinclair, 2006) ลูกพรุนมีใยอาหารสูงและช่วยป้องกันการสูญเสียมวลกระดูก (Hooshmand et al., 2016)

1.3 ธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมนึ่งโฮลวีต ข้าวบาร์เลย์ ธัญพืชไม่ขัดสีมีไฟเบอร์สูง ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดระดับคอเลสเตอรอล (Slavin, 2004) นอกจากนี้ ยังมี

วิตามิน B และแมกนีเซียม ซึ่งมีบทบาทในการสร้างสมดุลของระบบประสาทและลดความวิตกกังวลในสตรีวัยหมดประจำเดือน

1.4 พืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วเลนทิล ถั่วลูกไก่ ถั่วดำ พืชตระกูลถั่วมีโปรตีนพืชสูง ไฟเบอร์สูง และมีสารไฟโตเอสโตรเจน โดยเฉพาะ Isoflavones ซึ่งช่วยลดอาการร้อนวูบวาบและอาการทางจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Chen et al., 2015)

1.5 ปลา เช่น ปลาแซลมอน ปลาซาร์ดีน ปลาที่มีไขมันดี (เช่น กรดไขมันโอเมกา - 3) มีผลช่วยลดการอักเสบในร่างกาย ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ และช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าในวัยหมดประจำเดือน (Lucas et al., 2009) นอกจากนี้ปลายังเป็นแหล่งของวิตามินดี และแคลเซียม ธรรมชาติที่จำเป็นต่อกระดูก

1.6 ไขมันดีจากน้ำมันมะกอกบริสุทธิ์ (Extra virgin olive oil) น้ำมันมะกอกมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (MUFA) และสารโพลีฟีนอล ช่วยลดระดับ LDL (ไขมันไม่ดี) และต้านการอักเสบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการหมดประจำเดือน เช่น อาการร้อนวูบวาบ และโรคเมตาบอลิก (Schwingshackl & Hoffmann, 2014)

1.7 ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ เช่น โยเกิร์ต กรีกโยเกิร์ต เป็นแหล่งของแคลเซียม โปรตีน และวิตามินดี ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษามวลกระดูกในสตรีวัยหมดประจำเดือน ช่วยลดความเสี่ยงกระดูกพรุนและกระดูกหัก (Rizzoli, 2014)

1.8 การใช้สมุนไพรแทนเกลือ เช่น โหระพา ออริกาโน พาร์สลีย์ สมุนไพรเหล่านี้ให้กลิ่นและรสชาติที่ดี ช่วยลดการพึ่งพาเกลือในการปรุงอาหาร จึงช่วยควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมักเพิ่มขึ้นในวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ยังมีสารต้านอนุมูลอิสระที่ส่งผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Tapsell et al., 2006)

2. การจัดการความเครียด (Stress management)

ความเครียดสามารถกระตุ้นให้เกิดหรือเพิ่มความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนได้ ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการในช่วงวัยหมดประจำเดือน เช่น อาการร้อนวูบวาบ นอนไม่หลับ หงุดหงิด ซึมเศร้า และอ่อนเพลีย โดยพบว่าความเครียดจะกระตุ้นการหลั่ง ฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบภูมิคุ้มกัน และการทำงานของสมอง (Gold et al., 2015) ดังนั้นการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมจึงถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการฟังดนตรีบำบัด เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยลดระดับคอร์ติซอล และปรับสมดุลอารมณ์ให้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ดีขึ้นตามไปด้วย (Aliabadi et al. 2021) การจัดการความเครียดในสตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถทำได้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.1 การฝึกสมาธิแบบเจริญสติ (Mindfulness meditation) เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการความเครียด โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หนึ่งในโปรแกรมที่ได้รับความนิยมและมีการศึกษาทาง วิชาการอย่างกว้างขวาง คือ โปรแกรมการลดความเครียดตามแนวทางสติ (Mindfulness - based stress reduction: MBSR) MBSR ได้รับการพัฒนาโดย Dr. Jon Kabat - Zinn แห่งมหาวิทยาลัยแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1970 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จัดการกับความเครียด ความเจ็บปวด และภาวะซึมเศร้า (Kabat - Zinn, 1990) โปรแกรมนี้มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมีโครงสร้างการฝึกที่ชัดเจน ประกอบด้วย การฝึกหลัก 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การสังเกต ลมหายใจ (Breath awareness) 2) การทำสมาธิแบบ Body scan ซึ่งเป็นการไล่ความรู้สึกผ่านร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า 3) การเคลื่อนไหวอย่างมีสติ (Mindful Yoga) ที่เน้นการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ควบคู่กับการจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน นอกจากนี้ยังเน้นการนำสติไปใช้ในกิจวัตรประจำวัน เช่น การกิน เติ่น หรือฟังอย่างมีสติ โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) ลดความเครียด วิตกกังวล และความตึงเครียดทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ 2) พัฒนาความสามารถในการอยู่กับปัจจุบัน 3) เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และ 4) เพิ่มการรับรู้ตนเอง และการตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างมีสติแทนการตอบโต้โดย อัตโนมัติ ผลการศึกษาหลายฉบับสนับสนุนประสิทธิภาพของ MBSR ในสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น งานวิจัยของ คาโมดี้ และคณะ (Carmody et al., 2011) พบว่า MBSR สามารถลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ อารมณ์แปรปรวน และปัญหาการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม

2.2 การฝึกโยคะ (Yoga practice) โยคะเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบ “กายผสมใจ” (Mind - body exercise) ซึ่งผสมผสานการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ อย่างมีสติ การควบคุมลมหายใจ และการฝึกสมาธิเข้าด้วยกัน การฝึกโยคะจึงมีผลต่อทั้งระบบประสาท สมอง และจิตใจอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอารมณ์ ประโยชน์ของการฝึกโยคะในสตรีวัยหมดประจำเดือน 1) ลดอาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกตอน กลางคืน โยคะช่วยลดการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการ Vasomotor เช่น ร้อนวูบวาบ (Hot flashes) และเหงื่อออกตอน กลางคืน (Night sweats) (Bansal, Goyal, & Bansal, 2016) 2) ลดอาการซึมเศร้า ความเครียด และวิตก

กังวลท่าทางการเคลื่อนไหวที่ประสานกับลมหายใจ และการทำสมาธิในโยคะ ช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลลดลง และอารมณ์มีความสมดุลมากขึ้น (Telles, Singh, & Balkrishna, 2017) 3) ส่งเสริมการนอนหลับและลดอาการนอนไม่หลับ การฝึกโยคะเป็นประจำส่งผลให้คุณภาพการนอนดีขึ้น โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีปัญหาการนอนหลับจากความเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอารมณ์ (Afonso et al., 2012) 4) เสริมสร้างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกระดูก ท่าโยคะที่อาศัยแรงดันของร่างกาย เช่น ท่า Warrior pose หรือ Tree pose มีบทบาทในการรักษามวลกระดูก และลดความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุน (Lu et al., 2016) และ 5) ช่วยในการควบคุมน้ำหนักและสุขภาพหัวใจ งานวิจัยแสดงว่าโยคะสามารถช่วยลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจที่พบมากในวัยหมดประจำเดือน (Innes, Selfe, & Taylor, 2005)

2.3 ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เป็นหนึ่งในเทคนิคการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพสูง โดยอาศัยเสียงดนตรีเป็นสื่อกลางในการบำบัดความเครียดทางอารมณ์ และปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ดนตรีมีผลโดยตรงต่อระบบประสาทกลาง (Central nervous system) ช่วยกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความผ่อนคลาย เช่น โดพามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin) อีกทั้งยังลดระดับของฮอร์โมนความเครียด คอร์ติซอล (Cortisol) ดนตรีจังหวะช้า เช่น ดนตรีคลาสสิก ดนตรีบรรเลง หรือเสียงธรรมชาติ (เสียงคลื่น เสียงฝน) จะกระตุ้นคลื่นสมองอัลฟา (Alpha waves) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิ ผ่อนคลาย และส่งเสริมการนอนหลับ (Thoma et al., 2013) โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มักมีปัญหาด้านการนอน อารมณ์แปรปรวน และความเครียดสะสม ดนตรีบำบัดจึงสามารถเป็นเครื่องมือเสริมที่สำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประโยชน์ของดนตรีบำบัดในสตรีวัยหมดประจำเดือน 1) ลดระดับคอร์ติซอล ดนตรีช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลในกระแสเลือดลดลง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียด (Choi et al., 2021) 2) ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ดนตรีที่มีทำนองช้าและไพเราะมีผลในการปรับสมดุลอารมณ์ ลดความตึงเครียด และเพิ่มภาวะสงบภายใน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลเรื้อรังหรือซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Bradt & Dileo, 2014) 3) เสริมคุณภาพการนอนหลับ การฟังดนตรีก่อนนอนช่วยกระตุ้นการหลั่ง เมลาโทนิ (Melatonin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมวงจรการหลับตื่น และช่วยให้หลับลึกขึ้น ลดภาวะนอนไม่หลับในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Harmat, Takács, & Bódizs, 2008) 4) ส่งเสริมความสงบภายในและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดนตรีบางแนว เช่น ดนตรีบำบัดเชิงจิตวิญญาณ

หรือคนตรีสไตล์ธรรมชาติ ช่วยให้ผู้หญิงรู้สึกเชื่อมโยงกับภายใน และสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของวัยได้ดีขึ้น

3. การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ (Sleep promotion) ในสตรีวัยหมดประจำเดือน

ปัญหาการนอนหลับ (Sleep disturbance) เป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะการนอนไม่หลับ (Insomnia) การหลับไม่สนิท การตื่นกลางดึก หรือการตื่นเช้ามืด ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความผันผวนของฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่ลดลง (Kravitz et al., 2008) ภาวะนอนไม่หลับเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาทิ อ่อนเพลียเรื้อรัง สมาธิลดลง ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และการตอบสนองต่อความเครียดที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพการนอนในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ แนวทางการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ 1) การมีวินัยในเวลาเข้านอน (Sleep hygiene) การกำหนดเวลานอนและตื่นให้สม่ำเสมอทุกวัน รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอน เช่น ห้องนอนมืด อากาศเย็นสบาย ปราศจากเสียงรบกวน ถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพการนอน (Irish et al., 2015) 2) การหลีกเลี่ยงคาเฟอีนและสารกระตุ้นก่อนนอน การหลีกเลี่ยงกาแฟ ชา น้ำอัดลม และแอลกอฮอล์อย่างน้อย 4 - 6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน ช่วยลดการกระตุ้นสมองและระบบประสาท ซึ่งอาจรบกวนวงจรการหลับลึก และ 3) การใช้เทคนิค Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT - I) CBT - I เป็นแนวทางการบำบัดด้วยพฤติกรรมและความคิดที่ได้รับการรับรองว่าเป็น “แนวทางบำบัดมาตรฐานอันดับหนึ่ง” สำหรับผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Edinger & Means, 2020) องค์ประกอบหลักของ CBT-I ได้แก่

3.1 การควบคุมสิ่งกระตุ้น (Stimulus control) เป็นกระบวนการสร้างความเชื่อมโยงเชิงบวกระหว่างเตียงนอนกับการนอนหลับ โดยลดสิ่งเร้าที่ไม่จำเป็นหรือพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน เช่น ไม่ใช่เตียงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือเล่นมือถือ เมื่อถึงเวลาเข้านอน หากไม่หลับใน 20 นาทีให้ลุกจากเตียงแล้วกลับมาใหม่เมื่อรู้สึกง่วง ตื่นนอนเวลาเดิมทุกวัน แม้จะนอนไม่พอในคืนก่อนหน้า ประโยชน์: ช่วยฟื้นฟูการเรียนรู้ว่าการอยู่บนเตียงสัมพันธ์กับการนอนหลับเท่านั้น ลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ (Bootzin & Epstein, 2011)

3.2 การควบคุมเวลานอน (Sleep restriction) เป็นเทคนิคที่จำกัดเวลาการอยู่บนเตียงให้สอดคล้องกับจำนวนชั่วโมงการนอนจริง และค่อย ๆ เพิ่มเวลานอนเมื่อคุณภาพการนอนดีขึ้น ตัวอย่างเช่น หากนอนเฉลี่ยวันละ 5 ชั่วโมง แต่ใช้เวลาอยู่บนเตียง 8 ชั่วโมง จะจำกัดเวลาอยู่บนเตียงเหลือเพียง 5.5 - 6 ชั่วโมง จากนั้นปรับเพิ่มขึ้นทีละ 15 - 30 นาทีเมื่อนอนหลับต่อเนื่องได้ดี ประโยชน์ลดการนอนหลับกระสับกระส่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับ (Spielman, Caruso, & Glovinsky, 1987)

3.3 การปรับโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับการนอน (Cognitive restructuring) เป็นกระบวนการระบุและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบหรือความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน เช่น ความกลัวว่าจะนอนไม่หลับแล้วจะไม่มีแรงทำงาน หรือความกังวลเกินจริงเกี่ยวกับผลเสียจากการนอนไม่พอ เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การตั้งคำถามกับความคิดอัตโนมัติ การใช้เหตุผลสนับสนุน/โต้แย้งความคิด การแทนที่ความคิดลบด้วยความคิดสมมูล ประโยชน์ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนนอนและส่งเสริมความมั่นใจในการนอน (Morin et al., 2006)

3.4 การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation training) เป็นการใช้เทคนิคทางกายและจิตเพื่อลดความตึงเครียดก่อนนอน เช่น การฝึกหายใจลึก (Deep breathing) การคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง (Progressive muscle relaxation) การจินตนาการเชิงบวก (Guided imagery) การฟังดนตรีบำบัดเบาๆ ประโยชน์ช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และส่งเสริมการหลับอย่างเป็นธรรมชาติ (Ong, Shapiro, & Manber, 2008)

4. การออกกำลังกายแบบกายผสานจิต (Mind - body exercise)

การออกกำลังกายที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวของร่างกายกับการฝึกจิต เช่น โยคะ ไทชิ หรือซิงก ช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ลดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และร้อนวูบวาบ ในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างชัดเจน (Lee et al., 2021) ทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนและลดความเครียดอีกด้วย การออกกำลังกายแบบกายผสานจิต (Mind - body exercise) การออกกำลังกายที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวของร่างกายกับการฝึกจิต เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและจิตใจ การเคลื่อนไหวช้าๆ อย่างมีสติ เช่น โยคะ การเดินสมาธิ หรือการฝึกแบบตารางเก้าช่อง (Nine - square step exercise) ช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) และลดกิจกรรมของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการควบคุมอารมณ์ ความเครียด และระบบร่างกายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะวัยหมดประจำเดือน ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบกายผสานจิต ได้แก่

4.1 โยคะ (Yoga) รวมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่าทางที่สงบ และการควบคุมลมหายใจ โยคะเป็นรูปแบบของการออกกำลังกายที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวของร่างกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การควบคุมลมหายใจ และการฝึกสมาธิไว้ด้วยกัน มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมดุลทางจิตใจ ในบริบทของสตรีวัยหมดประจำเดือน การฝึกโยคะอย่างสม่ำเสมอช่วยลดอาการร้อนวูบวาบ ปรับสมดุลอารมณ์ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ จิตรติ และคณะ (Chattha et al., 2008) รายงานว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ฝึกโยคะต่อเนื่องเป็น

เวลา 8 สัปดาห์ มีอาการทางกายและอารมณ์ลดลงอย่างชัดเจน รวมถึงมีภาวะฮอร์โมนที่สมดุลมากขึ้น การฝึกโยคะได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องในฐานะกลยุทธ์ในการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบและความคิดปกติของการนอนหลับ บูธ – ลาฟอร์ซ และคณะ (Booth - LaForce et al., 2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมโยคะที่ออกแบบเฉพาะสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือน จำนวน 12 ราย ซึ่งมีอาการร้อนวูบวาบอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน หรือ 4 วันต่อสัปดาห์ ผลการประเมินภายหลังการฝึกพบว่า อาการร้อนวูบวาบของผู้เข้าร่วมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านความถี่ ระยะเวลา และความรุนแรง การบรรเทาจากอาการต่อกิจวัตรประจำวันลดลง และคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สนับสนุนว่า โยคะสามารถใช้เป็นมาตรการในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีการในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้ ความสม่ำเสมอในการฝึก และการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ฝึก ถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในแนวทางนี้

4.2 การเดินสมาธิ (Mindful walking) เดินอย่างช้าๆ พร้อมจดจ่อกับก้าวเดินและลมหายใจ การเดินสมาธิเป็นรูปแบบของการเดินอย่างช้าๆ พร้อมกับมีสติจดจ่อกับแต่ละก้าวเดินและลมหายใจ โดยไม่เร่งรีบหรือพุ่งชน ช่วยเสริมสร้างสมาธิ ความสงบภายใน และความตระหนักรู้ในขณะปัจจุบัน (Present - moment awareness) ดีด และคณะ (Teut et al., 2013) พบว่า การฝึกเดินอย่างมีสติ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ช่วยลดระดับความเครียดและอารมณ์ลบในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังเสริมการรับรู้สุขภาวะโดยรวม (Well-being) และเพิ่มความรู้สึกสงบภายใน การเดินสมาธิ (Mindful walking) เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวแบบมีสติ ซึ่งผสมผสานการเดินช้าๆ อย่างเป็นธรรมชาติเข้ากับการตระหนักรู้ในทุกก้าวเดินและลมหายใจ โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติอยู่กับ “ปัจจุบันขณะ” ไม่ตัดสินความคิดที่เกิดขึ้น การเดินสมาธิจึงไม่ใช่การเดินเพื่อออกกำลังกายแบบเร่งรีบหรือเผาผลาญพลังงาน แต่เป็นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้าง สมาธิ ความสงบภายใน และการผ่อนคลายทางจิตใจ แนวทางนี้มักใช้ในโปรแกรมฝึกสติ เช่น Mindfulness - based stress reduction (MBSR) และพบว่าได้ผลดีในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึง สตรีวัยหมดประจำเดือน ที่เผชิญกับความเครียด วิตกกังวล หรือภาวะอารมณ์แปรปรวน ประโยชน์ของการเดินสมาธิในสตรีวัยหมดประจำเดือน 1) ลดระดับความเครียด (Stress) 2) ช่วยปรับอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 3) เพิ่มความสามารถในการจดจ่อและมีสมาธิ 4) เสริมสร้างสุขภาวะโดยรวม (Overall well-being) 5) เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และ 6) ช่วยรับมือกับอาการร้อนวูบวาบและอาการไม่สบายกาย

4.3 การเดินออกกำลังกาย (Walking) เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ง่าย ปลอดภัย และเข้าถึงได้สำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มักมีข้อจำกัดด้านความสามารถ

ทางกายภาพและอารมณ์ การเลือกประเภทของการเดินที่เหมาะสมจึงสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันสามารถจำแนกประเภทของการเดินออกเป็นหลายรูปแบบ โดยมีจุดประสงค์ในการฝึกแตกต่างกันออกไป ดังนี้ 1) การเดินทั่วไป (Casual walking) เป็นการเดินในชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้มุ่งเน้นที่ความเร็วหรือเทคนิคพิเศษ เน้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดินภายในบ้าน เดินไปซื้อของ หรือเดินในที่ทำงาน แม้จะเป็นการเดินในระดับเบา แต่หากทำเป็นประจำก็สามารถช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเพิ่มการเคลื่อนไหวในผู้ที่มิกิจกรรมทางกายน้อย (Tudor - Locke & Bassett, 2004) 2) การเดินเร็ว (Brisk walking) เป็นการเดินในจังหวะที่เร็วขึ้น มีความต่อเนื่องของก้าวเดินและจังหวะการหายใจมากกว่าการเดินทั่วไป โดยมีเป้าหมายในการกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มการเผาผลาญพลังงาน ลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Murtagh et al., 2015) เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดทางข้อเท้า หรือกล้ามเนื้อ และสามารถฝึกได้เป็นประจำหลายวันต่อสัปดาห์ 3) การเดินแบบนอร์ดิก (Nordic walking) เป็นการเดินที่ใช้ไม้เท้าพยางสองข้างประกอบกับการเดิน ซึ่งมีต้นกำเนิดจากการฝึกซ้อมของนักสกีในประเทศฟินแลนด์ รูปแบบนี้ช่วยให้ร่างกายส่วนบนและส่วนล่างทำงานประสานกัน ทำให้เกิดการออกแรงมากกว่าการเดินปกติถึงร้อยละ 20 - 46 (Tschentscher, Niederseer, & Niebauer, 2013) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่ต้องการเพิ่มสมรรถภาพทางกายโดยไม่เพิ่มแรงกระแทกต่อข้อ 4) การเดินสมาธิ (Mindful walking) เป็นการเดินอย่างช้าๆ โดยมีการจดจ่ออยู่กับทุกก้าวเดินและจังหวะลมหายใจ เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกเจริญสติ (Mindfulness) ที่มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสมาธิ ความสงบภายใน และลดความเครียด รูปแบบการเดินเช่นนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการผ่อนคลายจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือน (Teut et al., 2013)

4.4 การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square - stepping exercise: SSE) การเดินสลับทิศทางในตาราง 3 x 3 ที่ช่วยส่งเสริมการทรงตัว ความจำ และสมาธิ มักใช้ในผู้สูงอายุและผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนในบริบทเอเชีย เช่น ไทยและจีน (Wang et al., 2020) เป็นกิจกรรมที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวของร่างกายกับการรับรู้ทางสมอง โดยให้ผู้ฝึกเคลื่อนไหวเท้าตามรูปแบบที่กำหนดบนตารางสี่เหลี่ยม ซึ่งมีความซับซ้อนในรูปแบบการก้าว ส่งผลให้ร่างกายต้องมีการประสานงานระหว่างระบบประสาทและกล้ามเนื้ออย่างมีประสิทธิภาพ (Desai, 2022) การฝึกในลักษณะนี้ไม่เพียงส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย เช่น ความสมดุล ความเร็วในการตอบสนอง และการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ แต่ยังมีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น สมาธิ ความจำ และการรับรู้ด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Teixeira et al., 2013; Fisseha et al., 2017) การออกกำลังกาย

แบบก้าวตามตารางส่งผลให้กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพด้านการทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ทำให้มีความปลอดภัยจากการหกล้มมากขึ้น (รดา สุทธาวาส, นางพิมล นิมิตรอนันท์, และศศิธร รุจนเวช, 2565)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบกายภาพบำบัดในสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่

- 1) ลดอาการร้อนวูบวาบ (Hot flashes) การออกกำลังกายแบบช้าและมีจังหวะ เช่น โยคะ หรือไทชิ ช่วยควบคุมความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งสัมพันธ์กับความถี่ของอาการร้อนวูบวาบในสตรีวัยทอง (Lee & Lee, 2021)
- 2) ลดความเครียด วิตกกังวล และอาการซึมเศร้า การใช้จังหวะการหายใจร่วมกับการเคลื่อนไหวมีผลโดยตรงต่อการลดระดับคอร์ติซอล และส่งผลให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และมีสมาธิมากขึ้น (Larkey et al., 2009)
- 3) เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีปัญหาอนอนไม่หลับมักตอบสนองได้ดีต่อการฝึกกายภาพบำบัด โดยเฉพาะ โยคะและการเดินอย่างมีสติ ซึ่งช่วยให้เข้าสู่ภาวะหลับลึกได้เร็วขึ้น และหลับได้ยาวนานขึ้น (Afonso et al., 2012)
- 4) การส่งเสริมการรับรู้ร่างกาย (Body awareness) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจและตระหนักถึงความรู้สึก การเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเองอย่างชัดเจน ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพกายและใจ โดยเฉพาะในด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การออกกำลังกายแบบนี้เน้นการตระหนักรู้ต่อร่างกายขณะเคลื่อนไหว ทำให้ผู้หญิงสามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ดีขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน

5. การส่งเสริมสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relationship enhancement)

ในช่วงวัยหมดประจำเดือน สตรีมักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและเทสโทสเตอโรน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในการควบคุมความต้องการทางเพศ การหล่อลื่นในช่องคลอด และการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศ (Kingsberg, Clayton, & Simon, 2019)

ภาวะที่พบบ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ ภาวะช่องคลอดแห้ง (Vaginal dryness), เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia) ความต้องการทางเพศลดลง (Hypoactive sexual desire) และความไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ส่งผลให้เกิดความกังวลใจ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางเพศ และอาจนำไปสู่ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

แนวทางการส่งเสริมสัมพันธ์ทางเพศในวัยหมดประจำเดือน

5.1 การให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงทางเพศ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงทางกายและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือน ช่วยให้สตรีเข้าใจและยอมรับสภาพตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เช่น การใช้สารหล่อลื่น การดูแลสุขอนามัยในช่องคลอด และการออกกำลังกายแบบเพิ่มความยืดหยุ่น

5.2 การส่งเสริมการสื่อสารกับคู่สมรส การสนับสนุนให้คู่รักมีการสื่อสารอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับความรู้สึก ความคาดหวัง และปัญหาในความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น งานวิจัยพบว่า คู่สมรสที่สามารถพูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างเปิดเผยมีระดับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่สูงขึ้น (McCabe & Goldhammer, 2013)

5.3 การดูแลตนเองด้านร่างกายและอารมณ์ การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนเพียงพอ การฝึกผ่อนคลาย และการเสริมสร้างภาพลักษณ์บวกในตนเอง (Positive body image) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจและความสุขในชีวิตคู่ ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองทางเพศที่ดีขึ้นในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน

คิงส์เบิร์ก เคลย์ตัน และไซมอน (Kingsberg, Clayton, & Simon, 2019) เน้นว่า การดูแลสุขภาพทางเพศในสตรีวัยหมดประจำเดือนไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะด้านกายภาพ แต่ควรครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ และความสัมพันธ์ โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้หญิงรู้สึกมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องเพศ และสามารถพูดคุยกับคู่สมรสได้อย่างสบายใจ แม็กเคบ และโกลด์แฮมเมอร์ (McCabe & Goldhammer, 2013) พบว่าความพึงพอใจทางเพศในคู่ชีวิตสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับการสื่อสารเรื่องเพศภายในคู่สมรส และความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศในช่วงวัยหมดประจำเดือน เดนเนอร์สไตน์ และคณะ (Dennerstein et al., 2005) ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน 438 ราย และพบว่า ผู้ที่มีการดูแลสุขภาพลักษณะตนเองและมีสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีมีแนวโน้มมีความพึงพอใจทางเพศและความสัมพันธ์ที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และภาวะวัยทอง

6. การตรวจสุขภาพ (Health screening and monitoring)

การตรวจสุขภาพเป็นประจำเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่สำคัญสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้สตรีสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของตนเอง (WHO, 2019) การดูแลสุขภาพในช่วงวัยหมดประจำเดือนควรมีลักษณะเชิงรุก โดยผสมผสานการประเมินตนเอง การตรวจทางคลินิก และการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความเสี่ยงและสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล ดังนี้

6.1 การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง สตรีวัยหมดประจำเดือนควรสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่อาจสะท้อนถึงภาวะวัยทอง เช่น อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน นอนไม่หลับ อ่อนล้า ช่องคลอดแห้ง หรือมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ แม้จะพบเพียงหนึ่งอาการก็

ควรเริ่มต้นการดูแลสุขภาพหรือขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (North American Menopause Society, 2022)

6.2 การตรวจสุขภาพจากผลทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยภาวะวัยหมดประจำเดือนสามารถอ้างอิงจากการตรวจระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะระดับ FSH ที่มากกว่า 40 IU/L ร่วมกับระดับฮอร์โมนเอสตราไดอล (Estradiol) และอินฮิบิน (Inhibin) ที่ลดลง ซึ่งสะท้อนถึงภาวะหมดประจำเดือนทางสรีรวิทยา หากสตรีมีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน อาจพิจารณาการตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูกด้วยวิธีวัดการดูดซับรังสีเอกซ์พลังงานคู่ด้วยเครื่องอัลตราโซนิกเอกซเรย์แบบสองพลังงาน (Dual - energy X - ray Absorptiometry: DEXA) (Burger et al., 2007)

6.3 การตรวจหน้าที่ของไตและตับ ในกรณีที่สตรีมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือใช้ยาในระยะยาว การตรวจการทำงานของไตและตับจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการตรวจระดับ GFR, ค่าครีเอตินินในเลือด และการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินความสามารถในการขับของเสียและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง (American Diabetes Association, 2022)

6.4 การตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีอัตราการสูญเสียมวลกระดูกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2 - 2.5 ต่อปี เนื่องจากเอสโตรเจนลดลง การตรวจมวลกระดูกจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อย มีประวัติกระดูกหัก หรือมีอาการปวดหลังเรื้อรัง การตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูกด้วยวิธีวัดการดูดซับรังสีเอกซ์พลังงานคู่ด้วยเครื่อง DEXA เป็นวิธีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก (Compston et al., 2019)

6.5 การตรวจเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่ควรทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยเน้นการสังเกตลักษณะผิดปกติ เช่น ก้อนที่คลำได้ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง หัวนม หรือการมีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนม นอกจากนี้ ควรเข้ารับการตรวจแมมโมแกรมทุก 1 - 2 ปีตามข้อแนะนำของแพทย์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น (Nelson et al., 2016)

6.6 การตรวจมะเร็งปากมดลูก แม้ว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนอาจหยุดการมีประจำเดือนแล้ว แต่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังคงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 40 - 65 ปี การตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) และ/หรือ HPV DNA test สามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ก่อนเกิดโรคได้ตั้งแต่วัยเริ่มต้น ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและการรักษา (ACOG, 2021) PV DNA ช่วยตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้น และนำไปสู่การรักษาป้องกันโรคร้าย

การประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการในสตรีวัยหมดประจำเดือน

การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการในสตรีวัยหมดประจำเดือนจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจง ครอบคลุม และสามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในทุกมิติได้อย่างเป็นระบบ หนึ่งในเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติคือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับวัยหมดประจำเดือน (Menopause - specific quality of life questionnaire: MENQOL) ซึ่งได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะในด้านที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิง อาทิ อาการร้อนวูบวาบ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความผิดปกติของการนอนหลับ และปัญหาในด้านเพศสัมพันธ์ (Radtke, Terhorst, & Cohen, 2011) เครื่องมือนี้ครอบคลุม 4 มิติหลัก ซึ่งแต่ละมิติสามารถสะท้อนผลกระทบจากอาการหมดประจำเดือนที่ส่งต่อการดำเนินชีวิตของสตรีวัยนี้ได้ อย่างครอบคลุมและมีความน่าเชื่อถือสูง

แบบสอบถาม MENQOL ประกอบด้วยจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor domain) ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกในเวลากลางคืน 2) มิติด้านจิตสังคม (Psycho - social domain) ประเมินผลกระทบทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด และการมีสมาธิลดลง 3) มิติด้านร่างกาย (Physical domain) ประเมินอาการทางกายภาพ เช่น อาการปวดเมื่อย นอนไม่หลับ หรือปัญหาน้ำหนักตัว และ 4) มิติด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual domain) ประเมินความเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการทางเพศและความรู้สึกไม่สบายใจขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น ภาวะช่องคลอดแห้งหรือการมีความต้องการทางเพศลดลง ผู้ตอบแบบสอบถามจะทำการประเมินอาการที่ตนเผชิญในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พร้อมกับให้คะแนนระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0 (ไม่มีผลกระทบ) ถึง 6 (มีผลกระทบมากที่สุด) โดยคะแนนดังกล่าวสามารถสะท้อนความรุนแรงของอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการใช้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการแทรกแซง การดูแลรักษา และการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน ด้วยคุณสมบัติของเครื่องมือ MENQOL ที่มีทั้งความตรง (Content validity) และความเที่ยง (Reliability) ที่ได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาต่างๆ จึงทำให้เครื่องมือนี้เหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้ทั้งในบริบทการวิจัยทางคลินิก และการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนในทางปฏิบัติ

การประยุกต์ทฤษฎีการจัดการอาการกับกลวิธีการจัดการอาการหมดประจำเดือน

ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory: SMT) ที่พัฒนาโดย เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับอาการไม่สบายที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยหรือการรักษา แนวคิดหลักของแบบจำลองนี้ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ของอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งสามารถปรับใช้ได้ตามลักษณะของโรค กลุ่มเป้าหมาย และบริบททางสุขภาพการศึกษาในประเทศไทย เช่น ของ ประวีดา คำแดง (2563) ได้เน้นย้ำว่าความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น การดูแลโภชนาการ การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสตรีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมในช่วงวัยนี้ การศึกษาในต่างประเทศ

ไฮเนอมนันน์ พอตทอฟฟ์ และชไนเดอร์; ไฮเนอมนันน์ พอตทอฟฟ์ และชไนเดอร์ (Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2004; Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2004) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยายโดยเน้นแนวทางการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนโดยไม่ใช้ยา ผลการวิเคราะห์วรรณกรรมจากบทความวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และกึ่งทดลองในช่วงปี ค.ศ. 2017 - 2022 พบว่าวิธีที่มีประสิทธิภาพสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) การบำบัดทางจิต เช่น การเจริญสติ 2) การบำบัดทางกาย เช่น การออกกำลังกายและการแช่เท้า 3) การเสริมทางโภชนาการ เช่น สมุนไพรและอาหารเสริม และ 4) การบำบัดแบบผสมผสาน เช่น การฝังเข็มและการควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยเสนอแนะว่า แม้ผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดี แต่ยังคงต้องมีการศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวเพิ่มเติม

นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ SMT ยังปรากฏในงานวิจัยด้านโรคเรื้อรังในประเทศไทย เช่น การศึกษาของเพ็ญประภา เทียบขุน และคณะ (2560) พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าแนวคิด SMT สามารถนำมาปรับใช้ร่วมกับการบำบัดทางเลือกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในงานวิจัยของ ตัน เชียน และหยาง (Tan, Chien, & Yang, 2023) ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลของการออกกำลังกายต่อการป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ (Sarcopenia) ในสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ขึ้นไป มีผลช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งมีหลักฐานเบื้องต้นที่สนับสนุนการเสริมวิตามินดีร่วมด้วย แต่ยังคงมี

การศึกษาต่อเนื่องเพื่อสรุปผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ในบริบทของเทคโนโลยี อังสินันท์ พรหมนิมิตร น้ำอ้อย ภัคดิวงษ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2565) ได้นำแบบจำลองการจัดการอาการของ คีออดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการอาการทางเดินอาหารในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการ และได้รับคะแนนความเป็นไปได้ในการใช้งานอยู่ในระดับสูง เป็นแนวทางใหม่ที่มีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

โปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือน กระบวนการจัดการอาการหมดประจำเดือน ถือเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย อาการที่เกิดขึ้น และวิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การลดอาการรบกวนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Tong, 2013)

ในบริบทของ Symptom management theory (SMT) ซึ่งพัฒนาโดย คีออดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) การจัดการอาการถือเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ประสพการณ์ของอาการ ที่สะท้อนการรับรู้ของสตรีต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและจิตใจ ในช่วงวัยหมดประจำเดือน 2) กลวิธีการจัดการอาการ เช่น การให้ความรู้ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งสะท้อนผ่านการลดลงของอาการไม่สบาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น องค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมการจัดการอาการ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือน การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การส่งเสริมการรับรู้ตนเอง และการวางแผนกลยุทธ์การดูแลที่เหมาะสม การศึกษาของ บอร์เกอร์ เวนูโกปาลัน และภัท (Borker, Venugopalan, & Bhat, 2013) ระบุว่าการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีชนบท การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนกลุ่มเป้าหมาย การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ยังเป็นอีกหนึ่งหัวใจสำคัญของการจัดการอาการ โดยมีปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะคิดเชิงบวกต่อวัยสูงอายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาของ มุจลินท์ แปงศิริ (2564) ได้เสนอรูปแบบการเตรียมความพร้อมใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้ การสนับสนุนทางการแพทย์ การจัดตั้งชมรมสตรี การมีส่วนร่วมของชุมชน และการส่งเสริม

เชิงนโยบาย ซึ่งล้วนสอดคล้องกับมิติด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทใน SMT ที่มีผลต่อการเลือกกลวิธีจัดการอาการ

แม้ว่าการบำบัดด้วยฮอร์โมนทดแทนจะมีประสิทธิผลทางคลินิก ในการลดอาการหมดประจำเดือน แต่ด้วยข้อจำกัดด้านความปลอดภัย ภาระการให้บริการหรือการพึงบริการ และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ทำให้แนวปฏิบัติแบบไม่ใช้ยาหรือมุ่งเน้นธรรมชาติบำบัด หรือสุขภาพทางเลือก ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาเพื่อการส่งเสริมให้สตรีได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม จึงได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในยุคปัจจุบัน

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและศักยภาพของทฤษฎีการจัดการอาการในการออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีความซับซ้อนทั้งด้านอารมณ์ กายภาพ และสังคม อันเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการในงานวิจัยฉบับนี้

3. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน

วัยหมดประจำเดือน เป็นกระบวนการทางชีวภาพตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสตรี โดยเฉพาะในช่วงอายุเฉลี่ยประมาณ 50 ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการหยุดการทำงานของรังไข่และการลดลงของฮอร์โมนเพศหญิงอย่างชัดเจน (Jenabi, 2015) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อสตรีในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสุขภาพทางเพศ อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม (Greenblum et al., 2013)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานภาพชีวิตของตนเองในบริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายส่วนบุคคล (Hilditch, 2008) โดยแนวคิดนี้สามารถเชื่อมโยงได้กับกรอบแนวคิดของ ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory: SMT) ที่เน้นความสำคัญของประสบการณ์ของผู้ป่วย การเลือกกลวิธีในการจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการนั้น ซึ่งรวมถึงคุณภาพชีวิต SMT อธิบายกระบวนการจัดการอาการผ่าน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของอาการ (Symptom experience) ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมักมีอาการไม่พึงประสงค์หลากหลาย ส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น เช่น ความวิตกกังวล อาการร้อนวูบวาบ และการนอนไม่หลับ ซึ่ง

สะท้อนความหลากหลายและความซับซ้อนของอาการในช่วงวัยนี้ 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) สตรีแต่ละรายมีแนวทางรับมือกับอาการแตกต่างกัน เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย หรือการขอรับการสนับสนุนทางสังคม การเลือกกลวิธีที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom status outcomes) การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของอาการและช่วยให้อาการดีขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพกาย จิตใจ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาของ ปูมาลาร์, อรุณาสสาเล, และ จายาศรี (Poomalar, Arounassalam, & Jayasree, 2013) และ บูดากอกลู (Budakoglu et al., 2007) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีในช่วงวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า หากสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิซาร์ และ โซฮู (Nisar & Sohoo, 2009) ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือประเมินที่เฉพาะเจาะจงกับวัยหมดประจำเดือน เช่น แบบสอบถาม MENQOL สามารถประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานะทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับความสามารถในการเลือกกลวิธีจัดการอาการที่เหมาะสม จึงถือเป็นบริบทแวดล้อมที่ควรนำมาพิจารณาในการประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิด SMT (Abed Zadeh et al., 2011; Norozi et al., 2013)

กล่าวโดยสรุป การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการอาการสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน ทั้งในระดับป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ โดยมีคุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้

4. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

วัยหมดประจำเดือนเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านทางชีวภาพที่สำคัญในชีวิตของผู้หญิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ฮอร์โมนเพศหญิง โดยเฉพาะ เอสโตรเจนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายประการ ส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ กระดูกพรุน และโรคเบาหวาน ชนิดที่หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาการเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพา และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผลกระทบของวัยหมดประจำเดือน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น ความอ่อนล้า การนอนหลับผิดปกติ และภาวะกระดูกพรุน 2) ด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด และอาการซึมเศร้า

3) ด้านสังคม เช่น ความรู้สึกแยกตัว ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป และการลดบทบาททางสังคม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้จากปัญหาสุขภาพ และความสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสุขภาพสตรีวัยนี้ มี 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ซึ่งแม้จะมีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการต่างๆ แต่มีข้อจำกัดในด้านความปลอดภัย เช่น ความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมหรือโรคหัวใจ และ 2) แนวทางการบำบัดแบบไม่ใช้ยา ได้รับความนิยมนำขึ้น เนื่องจากมีความปลอดภัยและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหารโดยเน้นพืชที่มีไฟโตเอสโตรเจน การฝึกสมาธิ และเทคนิคผ่อนคลาย รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรี

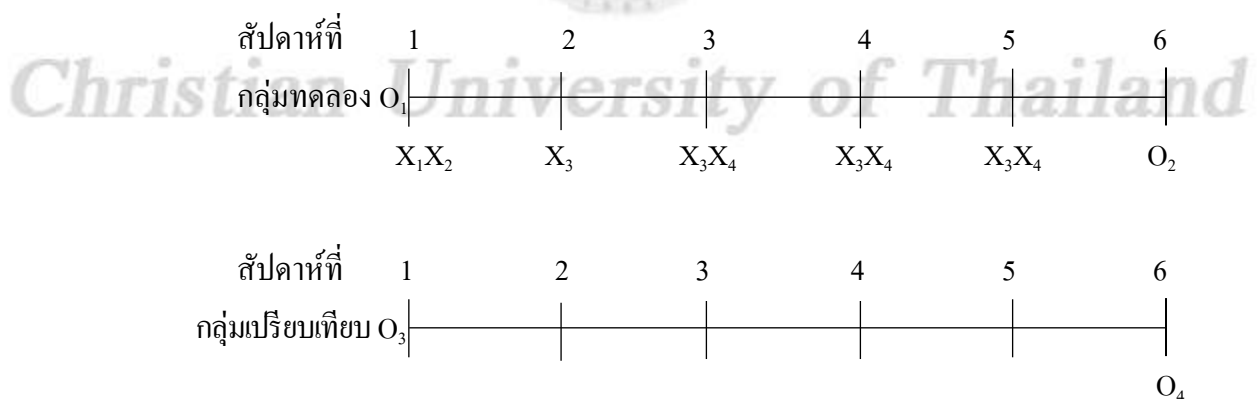
ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) ยังมีการนำมาใช้ศึกษาในสตรีวัยนี้ไม่แพร่หลายนัก เป็นแนวคิดที่มีศักยภาพในการออกแบบโปรแกรมดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้และเข้าใจอาการ เน้นให้สตรีเข้าใจสัญญาณและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเอง 2) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ ให้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ มุ่งเน้นการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตหลังการดูแล การนำทฤษฎีการจัดการอาการมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนแบบองค์รวม จะช่วยส่งเสริมให้สตรีกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตในบริบทของครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ผู้วิจัยเชื่อว่าหากผู้หญิงได้รับองค์ความรู้ กลยุทธ์ และการสนับสนุนที่เหมาะสม จะสามารถลดความรุนแรงของอาการ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหอบประจำเดือน ณ คลินิกวัยทอง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลองจากผู้วิจัย และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติดังแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือน

X_1 หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพ การติดตั้งโปรแกรมลงในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Mobile application) การประเมินความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนและการแปลผลด้วยตนเอง ณ คลินิกวัยทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม

X_2 หมายถึง การเรียนรู้รายบุคคลผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) เป็นการสอนความรู้และฝึกทักษะจำนวน 2 หัวข้อ ประกอบด้วย

X_{21} หัวข้อที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการหมดประจำเดือน กลุ่มอาการหมดประจำเดือน และผลกระทบของการหมดประจำเดือน

X_{22} หัวข้อที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการหมดประจำเดือนแบบไม่ใช้ยา/ธรรมชาติ บำบัด ได้แก่ โภชนบำบัด การจัดการความเครียด การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบ “กายผสมจิต” การส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศ และการตรวจสุขภาพ

X_3 หมายถึง การกำกับติดตาม การทบทวนสาระสำคัญ การชี้แนะและให้คำปรึกษา ผ่านการสื่อสารสองทาง เพื่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application)

X_4 หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และการแปลผลด้วยตนเอง จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application)

O_1 หมายถึง การประเมินความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง การประเมินความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีการประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6

O_3 หมายถึง การประเมินความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

O_4 หมายถึง การประเมินความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ลักษณะสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ตั้งอยู่ในพื้นที่ใจกลางเมืองกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นทำเลที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก ทั้งจากระบบขนส่งสาธารณะ ได้แก่ รถไฟฟ้าและรถโดยสารประจำทาง รวมถึงเส้นทางจราจรที่เชื่อมโยงกับถนนสายสำคัญหลายสาย จึงเอื้อต่อการเดินทางของผู้ป่วยและผู้รับบริการจากทั้งในเขตเมืองและชนบท พื้นที่ของโรงพยาบาลได้รับการจัดสรรอย่างเหมาะสมเพื่อสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตลอดจนบริการสนับสนุนด้านสุขภาพอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลมีอาคารที่ทันสมัยและระบบบริการที่เป็นระบบแบบครบวงจร ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในหลากหลายมิติ

คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลตั้งอยู่ภายในอาคารที่ปิงกรัสมิโชติ ของ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพสตรีวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในช่วงวัยหมดประจำเดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมทั้งการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ บริการหลักของคลินิกวัยทองประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งรวมถึงการตรวจร่างกายทั่วไป และการประเมินความเสี่ยงต่อโรคที่พบบ่อยในวัยหมดประจำเดือน อาทิ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคกระดูกพรุน รวมถึงภาวะผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ 2) การรักษาและการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเน้นการดูแลสุขภาพเรื้อรัง เช่น อาการที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มสตรีวัยกลางคน และสูงอายุ ในการให้บริการพยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ในการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) อาทิ ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิร่างกาย และอัตราการหายใจ รวมถึงการซักประวัติสุขภาพเบื้องต้น เพื่อเตรียมข้อมูลประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานการนัดหมาย ติดตามผลการรักษา นัดตรวจครั้งถัดไป และให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสตรีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัยทอง ได้รับการคัดกรอง อาการหมดประจำเดือนด้วยแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause rating scale) มีคะแนน 5 - 8 (อาการปานกลาง) และคะแนน 9 - 15 (อาการมาก) โดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจคลินิกวัยทอง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรดังกล่าวโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.1 สตรีวัยหมดประจำเดือนอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ที่มีคะแนนการหมดประจำเดือนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 44 คะแนน)

1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในภาวะการหมดประจำเดือนแบบธรรมชาติ ระยะ Climacteric stage (ICD10: N951)

1.3 มีสัญชาติไทย สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

1.4 ไม่มีความผิดปกติทางการสื่อสาร เช่น การมองเห็น การได้ยิน และไม่มีภาวะการ

รู้คิดบกพร่อง

1.5 สามารถใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน (Mobile application) สามารถใช้งาน Application line และ Web application ได้

1.6 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดียินยอมในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เกณฑ์ในการพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ ได้แก่ ผู้ที่กำลังได้รับการรักษาฮอร์โมนทดแทน (Hormone replacement therapy) เพราะอาจส่งผลกระทบต่อประเมินความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน

3. เกณฑ์การหยุดการวิจัย (Study termination criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกระยะทั้ง 4 ครั้ง เช่น การเจ็บป่วย ย้ายที่อยู่ มีเหตุไม่พึงประสงค์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ใช้วิธีการคำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3. 1.9.4 เลือกการทดสอบชนิด Independent t-test ใช้การทดสอบแบบทางเดียว คำนวณค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) คำนวณดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

กำหนดให้ d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

สำหรับการประมาณค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ งานวิจัยของ กนิษฐ์ ใจวัศรี (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือน ซึ่งรายงานค่า Effect size เท่ากับ 0.50 และกำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ (Power of the test) ที่ .80 ผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยและส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 105.71 และ 10.76 กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 91.27 และ 9.28 ตามลำดับ จากการคำนวณได้ค่า Effect size เท่ากับ 1.57 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ แสดงการแทนค่าในสูตรดังนี้

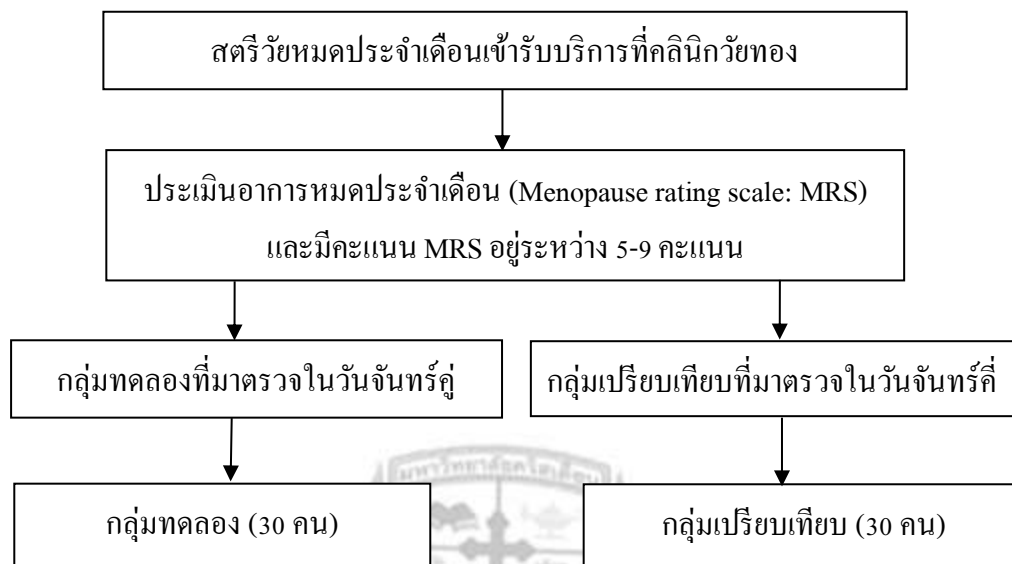
$$d = \frac{105.71 - 91.27}{9.28} = 1.57$$

ค่า ขนาดอิทธิพล = 1.57

ทั้งนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ใช้การทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) เนื่องจากสมมติฐานวิจัยมีทิศทางที่ชัดเจน กล่าวคือ คาดการณ์ว่าผลของโปรแกรมการจัดการอาการจะส่งผลให้ความรุนแรงของอาการวิหคประจำเดือนลดลง และคุณภาพชีวิตของสตรีวิหคประจำเดือนดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น จึงเลือกใช้การทดสอบทางเดียว ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะของสมมติฐานเชิงทิศทาง (Directional hypothesis) โคเฮน (Cohen, 1988) ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (Small effect size) เท่ากับ 0.20 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.50 และขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) เท่ากับ 0.80 คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ได้ Total Sample size จำนวน 8 ราย ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ผู้วิจัยจึงปรับค่าขนาดอิทธิพลโดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ได้ Total Sample Size จำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 28 ราย ทั้งนี้เพื่อรองรับความเป็นไปได้ที่จะเกิด การหลุดออกจากการศึกษา หรือการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณไว้ ร้อยละ 10 (จรนิต แก้วกังวาล และประตাপ สิงหิวนนท์, 2554) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 ราย

ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีจำนวนกลุ่มละ 30 ราย

ขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างและวิธีการสุ่ม



แผนภาพ 3.2 ขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามระเบียบของวิธีวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะของการหมดประจำเดือน ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือน (Menopause rating scale: MRS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย ไฮเนอมนันน์ พอตทอฟฟ์ และชไนเดอร์ (Heinemann, Pottthoff, & Schneider, 2003) ซึ่งเป็นทีมวิจัยจากประเทศเยอรมนี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดประจำเดือนและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตของสตรีใน

วิจัยกล่าว เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมทั้งอาการทางร่างกาย จิตใจ และอาการทางระบบทางเพศ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดที่มีความเชื่อถือได้และสอดคล้องกับมิติของปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือนแบบประเมนนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง และได้รับการแปลและปรับใช้ในบริบททางวัฒนธรรมที่หลากหลาย รวมถึงบริบทภาษาไทย โดยผลการศึกษายืนยันว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อถือได้และเหมาะสมสำหรับการประเมินอาการวัยหมดประจำเดือนในกลุ่มสตรีไทย (Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2003) แบบประเมิน MRS ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติกายภาพ (Somatic symptoms) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ ปวดข้อและกล้ามเนื้อ ปัญหาการนอนหลับ และความเหนื่อยล้า 2) มิติทางจิตใจ (Psychological symptoms) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความหงุดหงิด อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาความจำหรือสมาธิและ 3) มิติระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ (Urogenital symptoms) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ปัญหาทางเพศ ช่องคลอดแห้ง และปัญหาเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ การให้คะแนนของแต่ละข้อใช้ มาตรการแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมิน ความรุนแรงของอาการ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ (No complaints) 1 = อาการเล็กน้อย (Mild) 2 = อาการปานกลาง (Moderate) 3 = อาการรุนแรง (Severe) 4 = อาการรุนแรงมาก (Very severe) คะแนนรวมของแบบประเมิน MRS อยู่ในช่วงระหว่าง 0–44 คะแนน โดยสามารถแยกพิจารณา คะแนนรวมรายมิติ และ คะแนนรวมทั้งฉบับ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนได้อย่างครอบคลุม

การแปลผลคะแนนโดยรวมสามารถจัดระดับความรุนแรงของอาการได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนรวม 0 - 11 = อาการอยู่ในระดับเล็กน้อย 2) คะแนนรวม 12 - 23 = อาการอยู่ในระดับปานกลาง 3) คะแนนรวม 24 ขึ้นไป = อาการอยู่ในระดับรุนแรง การให้คะแนนและการแปลผลแบบประเมินนี้ช่วยให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการก่อนและหลังการทดลองได้อย่างมีระบบ และเป็นเครื่องมือที่ได้รับการรับรองด้านความเชื่อถือได้และความตรงทางเนื้อหาในบริบทสากล (Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2003)

การให้คะแนนและการแปลผลแบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือน (Menopause rating scale: MRS) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือนที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นฉบับแปลและปรับใช้โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, 2559) ซึ่งมีเนื้อหาเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ มิติกายภาพ มิติทางจิตใจ และมิติระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ การให้คะแนนใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ 0 = ไม่มีอาการ 1 = อาการเล็กน้อย 2 = อาการปานกลาง 3 = อาการรุนแรง และ 4 = อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 44 คะแนน การแปลผลความรุนแรงของอาการวัยหมด

ประจำเดือนจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย ดังนี้ 1) 0 - 4 คะแนน = ไม่มีอาการหรืออาการน้อยมาก 2) 5 - 8 คะแนน = อาการอยู่ในระดับเล็กน้อย 3) 9 - 15 คะแนน = อาการอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) 16 คะแนนขึ้นไป = อาการอยู่ในระดับรุนแรง

การใช้เกณฑ์แปลผลดังกล่าวเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนที่จัดทำโดยกรมอนามัย (2559) ซึ่งมีการประเมินและรับรองความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดลองใช้งานในประชากรไทย เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือน

ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - specific quality of life questionnaire: MENQOL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน หรือ MENQOL พัฒนาโดย ฮิลดิช และคณะ (Hilditch et al., 1996) ซึ่งเป็นคณะนักวิจัยจากประเทศแคนาดา มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างครอบคลุมและเฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นการสะท้อนผลกระทบของอาการวัยหมดประจำเดือนที่มีต่อชีวิตประจำวันของผู้หญิงในมิติต่างๆ MENQOL ประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านร่างกาย (Physical domain) จำนวน 16 ข้อ 2) มิติด้านจิตใจ (Psychosocial domain) จำนวน 7 ข้อ 3) มิติด้านระบบหลอดเลือดและอัตโนมัติ (Vasomotor domain) จำนวน 3 ข้อ 4) มิติด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual domain) จำนวน 3 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจะระบุว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เคยมีอาการหรือปัญหานั้นๆ หรือไม่ หากมีจะต้องให้คะแนนความรุนแรงของปัญหาในระดับ 0 - 6 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีปัญหา และ 6 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อถือได้ และความเที่ยงของเครื่องมือ (Validity และ Reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha ของแต่ละมิติอยู่ในระดับสูง (0.80 - 0.90) แสดงถึงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในแต่ละมิติได้เป็นอย่างดี MENQOL ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลอย่างเป็นระบบ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือน โดยยังคงรักษาโครงสร้างคำถามเดิมจากต้นฉบับ เพื่อให้สามารถใช้เปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างประเทศได้

การให้คะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (MENQOL) วิธีการให้คะแนนแต่ละข้อแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ การตอบว่ามีอาการหรือไม่ ผู้ตอบจะระบุว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เคยมีอาการหรือประสบปัญหานั้นหรือไม่ หาก ไม่มีอาการ ให้เว้นว่าง (ไม่นำมาคิดคะแนน) หรือระบุเป็น “ไม่เกี่ยวข้อง” และถือว่าคะแนนเป็น 1 (แสดงว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต) กรณีมีอาการ หากมีอาการหรือปัญหานั้นๆ ให้ประเมินระดับผลกระทบที่มีต่อชีวิตประจำวันในระดับ 0 - 6 โดย 0 = มีอาการ แต่ไม่มีผลกระทบ 6 = มีอาการและส่งผลกระทบมากที่สุด โดยทั่วไป ใน

การคำนวณคะแนน จะมีการแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วง 1 - 8 ดังนี้ 1) ถ้าไม่มีอาการ (Not experienced) ให้คะแนน = 1 2) ถ้ามีอาการ (Experienced) คะแนน = ระดับผลกระทบที่รายงาน + 2 ดังนั้น คะแนนแต่ละข้อจะอยู่ในช่วง 1 - 8 โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงมากขึ้น (แสดงถึงอาการที่รุนแรงหรือกระทบต่อชีวิตมาก) เมื่อนำคะแนนของแต่ละมิติมาคำนวณ ค่าเฉลี่ยรวมของแต่ละมิติ และ ค่าเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ จะสามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีระบบ การให้คะแนนในลักษณะนี้ช่วยให้สามารถแสดงระดับผลกระทบที่สตรีวัยหมดประจำเดือนรู้สึกต่ออาการต่างๆ ได้อย่างละเอียด ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การให้คะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (MENQOL) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause - specific quality of life questionnaire: MENQOL) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานที่ได้รับการแปลและปรับบริบททางวัฒนธรรมให้เหมาะสมกับสตรีไทย โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออย่างรอบด้าน ทั้งในด้าน ความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยแต่ละข้อมากกว่า 3.5 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยกว่า 1 และด้าน ความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.894 แสดงถึงความเชื่อถือได้ในระดับสูง (สุทธิณี พรหมชาติ, 2561)

แบบประเมิน MENQOL ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย คำถามจำนวน 29 ข้อ ครอบคลุมอาการหรือความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับวัยหมดประจำเดือนใน 4 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor symptoms) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1 - 3) กลุ่มอาการทางจิตประสาท (Psychosocial symptoms) จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 4 - 10) กลุ่มอาการทางร่างกาย (Physical symptoms) จำนวน 16 ข้อ (ข้อ 11 - 26) กลุ่มอาการทางระบบสืบพันธุ์ (Sexual symptoms) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 27 - 29) ผู้ตอบแบบสอบถามจะประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละข้อ ดังนี้

ถ้าตอบ "ไม่มีอาการ" ให้คะแนน = 1

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 0 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 2

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 1 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 3

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 2 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 4

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 3 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 5

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 4 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 6

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 5 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 7

ถ้าตอบ "มีอาการ" และให้คะแนน 6 ในแบบสอบถาม ให้คะแนน = 8

การให้คะแนนในลักษณะนี้สะท้อนระดับผลกระทบของอาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยไม่จำเป็นต้องรวมคะแนนทั้งหมดของแบบสอบถาม แต่ให้ใช้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละกลุ่มอาการหลัก เป็นตัวแทนเพื่อแสดงระดับผลกระทบของอาการในแต่ละด้าน ซึ่งค่าเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มอาการจะอยู่ในช่วงระหว่าง 1 - 8 โดย ค่าคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงอาการที่รุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบรายบุคคล (Individual learning) เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอาการด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ สตรีวัยหมดประจำเดือนเข้ารับการรักษาน ณ คลินิกวัยทอง ห้องตรวจรีเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ และติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 (อังศินันท์ พรหมนิมิตร์ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น, 2565; จันทระเกษม เทียนทรัพย์ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และอรพินท์ สีขาว ,2566) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้พื้นฐาน ประสบการณ์การหมดประจำเดือน และสภาพร่างกาย รวมถึงอาการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเรียนรู้รายบุคคล

กิจกรรม: การเรียนรู้รายบุคคล ณ คลินิกวัยทอง แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพ (Health care provider partnerships) โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง และอื่นๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 15 นาที ในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหมดประจำเดือน การจัดการอาการหมดประจำเดือนด้วยตัวเอง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ผู้วิจัยได้ทำการดาวน์โหลดและติดตั้งโปรแกรมลงบนสมาร์ตโฟนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เรื่อง “จัดการอย่างไรในวัยทอง” มอบคู่มือการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) และให้คำแนะนำแก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวิธีการใช้แอปพลิเคชันใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที 3) อธิบายขั้นตอนการเข้าทำแบบประเมินในแอปพลิเคชันหัวข้อหลัก “อาการหมดประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?” และผลกระทบต่อชีวิตของคุณ ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause rating scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - specific quality of life

questionnaire) ตามลำดับ และแนะนำการแปลผลการประเมินอาการวัยหมดประจำเดือนด้วยตนเอง ในระหว่างที่กลุ่มทดลองทำแบบประเมิน หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อถามผู้วิจัยได้ตลอด 4) แนะนำการเข้าใช้แอปพลิเคชันในแต่ละหัวข้อหลัก และหัวข้อย่อย จนกลุ่มทดลองสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง 5) แลกเปลี่ยนที่อยู่แอปพลิเคชันไลน์ อธิบายการติดตาม กำหนดวันและเวลาเพื่อกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” โดยติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกสัปดาห์ จนถึงสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 6 หากกลุ่มทดลองต้องการติดต่อกับผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ทางหัวข้อหลักที่ 6 “ติดต่อเรา”

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการจัดการอาการ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการอาการผ่านการเรียนรู้รายบุคคล

กิจกรรม: 1) จัดการเรียนรู้รายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน โดยแอปพลิเคชันประกอบด้วยหัวข้อหลัก ดังนี้ หัวข้อที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับ ธรรมชาติของการหมดประจำเดือน กลุ่มอาการหมดประจำเดือน และผลกระทบของการหมดประจำเดือน หัวข้อที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการหมดประจำเดือนแบบไม่ใช้ยา/ธรรมชาติบำบัด ได้แก่ โภชนาบำบัด การจัดการความเครียด การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบ “กายผสานจิต” การส่งเสริมสัมพันธ์ทางเพศ และการตรวจสุขภาพ 2) แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน ทางแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน และ 3) นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรในวัยทอง ผู้วิจัยกำหนดนัดวันและเวลาร่วมกับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนและติดตามความก้าวหน้า

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการจัดการอาการ และให้การสนับสนุนเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กิจกรรม 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ตามวันเวลาที่นัดหมายทางไลน์แอปพลิเคชัน กำกับติดตาม การทบทวนสาระสำคัญ การชี้แนะและให้คำปรึกษา ผ่านการสื่อสารสองทาง เพื่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) การติดตามมีดังนี้ ติดตามผลการจัดการอาการโดยการบันทึกอาการรายวันของผู้ป่วย และจัดการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า และปรับปรุงแนวทางการจัดการอาการตามผลลัพธ์ที่ได้รับ 2) ให้การสนับสนุนผ่านการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” โดยเตือนเรื่องการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” และการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน โดยกระตุ้นเตือนดังนี้ การทบทวนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน การจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การฝึกปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมด

ประจำเดือน การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายผ่านหัวข้อ “ก้าวตามตาราง” ติดตามผลการเข้าใช้งาน และกระตุ้นการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน 3) แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินผ่านทางทางแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” แจ้งกลุ่มทดลองหากมีปัญหาต้องการคำแนะนำสามารถติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา และ 4) นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ผู้วิจัยกำหนดนัดวันและเวลาร่วมกับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและการติดตาม

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม และให้คำแนะนำในระยะยาว กิจกรรม 1) ประเมินอาการทั้งหมดหลังจาก 6 สัปดาห์ และวิเคราะห์ผลการปรับปรุงอาการของผู้ป่วย 2) ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องเพื่อรักษาผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดการทดลอง และ 3) ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในสัปดาห์ที่ 6

ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง 6 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการอาการ ติดตามการมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลงและทักษะการจัดการอาการเป็นระยะ ผู้วิจัยใช้การเยี่ยมติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน เป็นรายบุคคล รายละ 5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อทบทวนความรู้ สอบถามข้อจำกัดหรือข้อคำถามใดๆ ที่อาจพบที่บ้าน ระหว่างการจัดการอาการหมดประจำเดือนด้วยตนเองรวมทั้งการกระตุ้นให้กำลังใจในการจัดการอาการอย่างต่อเนื่องตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษาและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษาแบบรายบุคคลด้วยการบรรยายประกอบสื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) เรื่อง “จัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน” ณ คลินิกวัยทอง ห้องตรวจจักษุเวชกรรม

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause rating scale: MRS) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - specific quality of life questionnaire: MENQOL) ไม่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า Content validity index (CVI) เนื่องจากแบบประเมินทั้งสองฉบับเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยเกี่ยวกับอาการวัยหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ค่า Content

validity index (CVI) ของแบบประเมิน Content validity index (MRS) มีการรายงานในงานวิจัยฉบับภาษาเปอร์เซีย (Allahverdipour et al., 2020) มีค่าเฉลี่ย CVI เท่ากับ 0.88 และค่า Content Validity Ratio (CVR) เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ดีมากตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่แนะนำให้ค่า CVI มากกว่า 0.79 เพื่อยืนยันความตรงของเนื้อหา ค่า Content validity index (CVI) ของแบบประเมิน Menopausal - specific quality of life questionnaire: MENQOL) มีการรายงานในหลายการศึกษา โดยเฉพาะในการศึกษาที่แปลและปรับใช้แบบสอบถามในบริบทของประเทศต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศอินเดียที่แปลแบบสอบถาม MENQOL เป็นภาษาท้องถิ่นได้รายงานค่า CVI ที่ระดับ 0.914 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ดีมาก ((Beura, Patnaik, & Sahu, 2022)

ดังนั้น การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า Content validity index (CVI) จึงไม่จำเป็นต้องดำเนินการใหม่ เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) ผ่านกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว แบบประเมินได้รับการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวัยหมดประจำเดือนและสุขภาพสตรี ซึ่งได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการพัฒนาแบบประเมิน และมีการใช้กระบวนการพัฒนาแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน เช่น การทบทวนวรรณกรรม การขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert review) และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ 2) ได้รับการทดสอบและยอมรับในระดับสากล แบบประเมินทั้งสองฉบับได้รับการแปลและใช้ในหลายประเทศทั่วโลก และมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติทางจิตวิทยา (Psychometric properties) รวมถึงความตรงของเนื้อหา ความเที่ยง (Reliability) และความตรงของโครงสร้าง (Construct validity) อย่างกว้างขวาง และมีการอ้างอิงและรับรองในงานวิจัยระดับนานาชาติ ทำให้สามารถมั่นใจในความถูกต้องและความครอบคลุมของแบบประเมินได้ 3) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ในการศึกษาวิจัยหลายฉบับ มีการนำแบบประเมินสองฉบับไปใช้ในงานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งเป็นหลักฐานแสดงว่าแบบประเมินเหล่านี้มีความตรงของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องได้โดยไม่ต้องตรวจสอบซ้ำ 4) สามารถใช้แบบประเมินในรูปแบบที่ผ่านการแปลและตรวจสอบคุณภาพแล้ว หากมีการใช้แบบประเมินที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ควรใช้ฉบับที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เช่น การแปลย้อนกลับ (Back-translation) และการทดสอบความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าเนื้อหายังคงความถูกต้องและความหมายเดิม

โปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่พัฒนาขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่ออาการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน” มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยอาศัยแนวคิด Symptom management theory และ Individual learning model เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรม ผู้วิจัยได้ส่งโปรแกรม

การทดลองให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโดยมีวัตถุประสงค์ 1) ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เพื่อให้มั่นใจว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีความถูกต้องครบถ้วน และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และพยาบาลศาสตร์ 2) ประเมินความเหมาะสมของกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะการจัดการอาการมีความเหมาะสมกับบริบทของสตรีวัยหมดประจำเดือน สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 3) พิจารณาความสอดคล้องของโปรแกรมกับแนวคิดทางทฤษฎี เพื่อให้แน่ใจว่าโปรแกรมมีความเชื่อมโยงกับ Symptom management theory และ Individual learning model อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ปรับปรุงโครงสร้างและรูปแบบของโปรแกรม เพื่อให้เนื้อหาและกิจกรรมภายในโปรแกรมมีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) เสริมสร้างความน่าเชื่อถือของโปรแกรม การได้รับข้อเสนอแนะและการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับโปรแกรม และเป็นหลักประกันว่าโปรแกรมมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอนโดครินรีเวชวิทยา 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา 2 ท่าน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำแอปพลิเคชัน "จัดการอย่างไรในวัยทอง" ไปทดลองใช้กับสตรีวัยหมดประจำเดือนจำนวน 5 ราย และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสม มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Try - out) กับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน Menopause Rating Scale (MRS) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.844 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในระดับดี ขณะที่แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน Menopausal-specific quality of life questionnaire (MENQOL) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.957 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก แสดงถึงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับดีเยี่ยมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เลขที่รับรอง น. 17/2567) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี (เลขที่รับรอง COA 232/2567) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อพิทักษ์สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ การจัดสถานที่และบรรยากาศการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม ดำเนินการในห้องให้คำปรึกษาส่วนบุคคล บริเวณคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งจัดให้มีความเป็นส่วนตัวและปราศจากบุคคลภายนอก เพื่อส่งเสริมบรรยากาศที่ปลอดภัยและลดความรู้สึกกดดันจากสิ่งแวดล้อม การสื่อสารได้ตอบผ่าน Web Application โปรแกรมการจัดการอาการได้ใช้ Web Application ที่มีระบบรักษาความปลอดภัยในการติดต่อสื่อสารแบบโต้ตอบ (Messaging system) โดยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคล การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) ผู้วิจัยใช้เทคนิค Double - blind ในการปกปิดข้อมูล อาทิ การใช้ชื่อสมมติ การกำหนดรหัสตัวเลขแทนชื่อจริง และการแยกเก็บแฟ้มข้อมูลระหว่างแฟ้มประจำตัวกับแฟ้มคำตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลภายนอก และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ การจัดเก็บและทำลายข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยในอุปกรณ์ที่มีระบบป้องกันรหัสผ่าน และเอกสารต้นฉบับเก็บในตู้เอกสารที่มีการล็อกกุญแจ โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีนับจากวันสิ้นสุดโครงการ และจะทำลายข้อมูลด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การลบไฟล์อย่างถาวร และการใช้เครื่องทำลายเอกสารสำหรับเอกสารทางกายภาพ การเคารพเวลาส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดกิจกรรมของโปรแกรมให้มีความยืดหยุ่น เช่น การประเมินผลในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมหรือการเข้าถึงเนื้อหาผ่าน Web Application เพื่อไม่รบกวนเวลาส่วนตัวและอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วม การให้ความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed consent) ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ความเสี่ยง และสิทธิของตนอย่างครบถ้วนก่อนตัดสินใจเข้าร่วม พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดก่อนลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการทางการแพทย์ ช่องทางการติดต่อและการดูแลในกรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยเพิ่มเติม หรือเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถติดต่อ

ผู้วิจัยได้โดยตรงที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ-นามสกุล ภาพถ่าย หรือเสียง จะไม่ถูกเปิดเผยต่อสาธารณะ และจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้าน วิชาการโดยไม่ระบุตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

ขั้นเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการประยุกต์จากทฤษฎีการจัดการอาการของ เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. การเรียบเรียงโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือน นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อวิพากษ์ และให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุง
3. การปรับปรุง แก้ไขโปรแกรมการทดลองตามข้อเสนอแนะให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน มากยิ่งขึ้น
4. การจัดเตรียมแอปพลิเคชัน กรประสานงานกับโรงพยาบาลในการเตรียมสถานที่และ กลุ่มเป้าหมาย
5. การทดลองใช้โปรแกรมการทดลองและแอปพลิเคชันในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก จำนวน 5 คน ณ คลินิกวัยทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
6. การประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ ด้วยแบบสอบถามข้อมูลการประเมินอาการ วัยหมดประจำเดือน (Menopause rating scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - Specific Quality of Life questionnaire) และประเมินความพึงพอใจการใช้แอปพลิเคชัน
7. การปรับปรุงรายละเอียดของกิจกรรมและแอปพลิเคชันเพื่อให้ครบถ้วน และมีความ สะดวกพร้อมใช้ในการเก็บข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล

2. เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมอธิบายรายละเอียดการวิจัยให้แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพคลินิกวิทย์ทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิริพยาบาล

4. จัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือการตรวจประเมินสุขภาพของกลุ่มทดลอง

5. ผู้วิจัยเข้าถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านหัวหน้าหน่วยหรือพยาบาลประจำคลินิก ที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยวันที่เลขคู่ จากลำดับรายนามแพทย์ลำดับท้ายๆ เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างกังวลเกี่ยวกับลำดับการเข้าพบแพทย์ โดยประสานกับเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับตรวจกับแพทย์เจ้าของไข้ ตามลำดับ

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แก่ กลุ่มตัวอย่าง และญาติโดยละเอียด

7. ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยจัดเรียงลำดับการประเมินโดยคำนึงถึงความสามารถในการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน (Smart phone) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยให้ทำแบบทดสอบให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงทำการประเมินแบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือน (Menopause rating scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - Specific Quality of Life questionnaire) เป็นลำดับท้ายสุดเพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินโดยประมาณ 30 นาทีต่อราย

8. ขณะทำการเก็บข้อมูล ด้วยการประเมินกลุ่มอาการหมดประจำเดือน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการลังเล หรือไม่เข้าใจข้อคำถาม

9. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำมาถ่ายรหัส บรรจุข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยสตรีวัยหมดประจำเดือน เข้ารับการรักษาวินิจฉัยวันที่เลขคู่ ภายหลังจากเวลา 12.00 น. ณ คลินิกวิทย์ทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล จำนวน 30 ราย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจนรีเวชกรรม เพื่อขอเข้าถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านหัวหน้าหน่วยหรือพยาบาลประจำคลินิก และขออนุญาตเข้าพบกลุ่มทดลองตามวันและเวลาที่กำหนด

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง และอื่นๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้งหมดตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์อีกครั้ง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย จากนั้นสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มให้คำยินยอม การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลตามความสมัครใจ กิจกรรมใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ และติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

4. การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1. สร้างสัมพันธภาพแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เรื่อง การหมดประจำเดือนเป็นรายบุคคล ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง แจ้งถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ให้ทราบอีกครั้ง และแจ้งช่วงเวลาที่จะใช้ในการพบกันแต่ละครั้งให้กลุ่มทดลองทราบ โดยก่อนการเข้าพบจะส่งข้อความผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อนัดหมายวันเวลาอีกครั้ง 2) แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การหมดประจำเดือน และการจัดการอาการหมดประจำเดือนด้วยตนเองให้กลุ่มทดลองตอบ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ผู้วิจัยแนะนำการดาวน์โหลดเว็บแอปพลิเคชัน เรื่อง “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ลงในโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน มอบคู่มือการใช้งานนวัตกรรมเว็บแอปพลิเคชัน และสอนวิธีการเริ่มต้นเข้าใช้งาน

การใช้เทคโนโลยีสื่อสารผ่าน Application เพื่อเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนได้ออกแบบให้มีการใช้งานผ่าน Application ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลที่รองรับการเข้าถึงผ่านโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ โดยมีขั้นตอนการใช้งานที่ชัดเจนและเป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน ดังนี้ การเข้าสู่ระบบ (Login) ผู้เข้าร่วมจะได้รับรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านเฉพาะบุคคลที่กำหนดโดยทีมวิจัย เพื่อใช้ในการเข้าสู่ระบบ โดยไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลเพื่อความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ฟังก์ชันการใช้งาน: ภายใน Application ประกอบด้วย 1) เนื้อหาการเรียนรู้ แบ่งเป็นหัวข้อย่อย เช่น ความรู้เรื่องวัยหมดประจำเดือน เทคนิคการจัดการอาการ การดูแลสุขภาพตนเอง ฯลฯ 2) แบบประเมินอาการและคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้เข้าร่วมสามารถกรอกแบบสอบถามได้ตามกำหนดเวลา โดยมีระบบแจ้งเตือนเพื่อความต่อเนื่องของการประเมิน 3) ช่องทางสอบถาม - ตอบกลับ (Messaging) : สำหรับให้คำปรึกษาตอบข้อสงสัย หรือแจ้งปัญหาระหว่างการใช้งาน โดยมีผู้วิจัยหรือนักวิจัยผู้ช่วยคอยตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนด 4) ระบบรักษาความปลอดภัย: ข้อมูลทุกประเภทจะถูกเข้ารหัส (Data Encryption)

และจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลที่มี Firewall และการควบคุมสิทธิ์การเข้าถึง (Access control) เพื่อป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต การออกจากระบบ (Logout) แนะนำให้ผู้เข้าร่วมออกจากระบบทุกครั้งหลังใช้งานเพื่อความปลอดภัย การออกแบบ Web Application มีความยืดหยุ่นต่อวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โดยสามารถเข้าใช้งานในช่วงเวลาที่สะดวก และไม่จำกัดสถานที่ ตอบสนองต่อพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัลของประชากรในสังคมเมือง คู่มือการเข้าใช้งานครั้งแรกสำหรับกลุ่มทดลอง ในวันแรกของการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มทดลองดำเนินการตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินอาการหมดประจำเดือนของตนเอง

กดเลือกหัวข้อที่ 1 “อาการหมดประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?” เพื่อเข้าสู่แบบสอบถามสำหรับประเมินระดับความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนแบบประเมินจะครอบคลุมอาการทั้งทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม รับฟังผลการแปลผลจากผู้วิจัยหลังจากทำแบบประเมินเสร็จ ผู้วิจัยจะแจ้งผลระดับความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน กด “ลูกศรย้อนกลับ” ที่อยู่ด้านล่างสุดของหน้าจอ เพื่อกลับไปยัง หน้าแรกของแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

กดเลือกหัวข้อที่ 2 “ผลกระทบของอาการหมดประจำเดือนต่อชีวิตของคุณ” เพื่อประเมินผลกระทบของอาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ เช่น อารมณ์ การนอนหลับ และเพศสัมพันธ์ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน เป็นการประเมินตนเองผ่านแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เฉพาะสำหรับวัยหมดประจำเดือน (MENQOL) รับฟังผลการแปลผลจากผู้วิจัยอธิบายผลการประเมินเพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าใจผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิต กด “ลูกศรย้อนกลับ” ที่ด้านล่างสุดเพื่อกลับไปยังหน้าแรกของแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้เรื่องวัยหมดประจำเดือน

กดเลือกหัวข้อที่ 3 “มารู้จักกับการหมดประจำเดือน” ศึกษาความรู้เบื้องต้น เนื้อหาประกอบด้วย ธรรมชาติของวัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ สอร์โมน และกลไกที่เกี่ยวข้อง อาการที่พบบ่อยและการสังเกตอาการหมดประจำเดือน กลุ่มอาการหมดประจำเดือน และผลกระทบของการหมดประจำเดือน ดูตนเองอย่างไรเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน

ข้อความเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรเทาอาการหมดประจำเดือนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธ์ภาพ

1. โภชนบำบัด อาหารแนะนำ: ถั่วเหลือง, เต้าหู้, นมถั่วเหลือง, ถั่วแดง, ถั่วเขียว, เมล็ดแฟลกซ์, ธัญพืชไม่ขัดสี รูปแบบอาหาร Mediterranean เน้นผักสด ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช น้ำมันมะกอก ปลา ลดเนื้อแดง ประโยชน์ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมน ลดอาการร้อนวูบวาบ เสริมสุขภาพหัวใจและกระดูก

2. การจัดการความเครียด เทคนิคแนะนำ MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) การฝึกโยคะ ดนตรีบำบัด ฟังดนตรีคลาสสิก/บรรเลงเบาๆ 20-30 นาที/วัน เป้าหมาย ลดความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน และภาวะซึมเศร้า

3. การนอนหลับ แนวทางส่งเสริมการนอน: Sleep Hygiene: เข้านอนและตื่นให้ตรงเวลา ห้องนอนมืด เย็น เงียบ หลีกเลี่ยงคาเฟอีน แอลกอฮอล์ 4 - 6 ชั่วโมง ก่อนนอน CBT - I (Cognitive behavioral therapy for insomnia) บำบัดภาวะนอนไม่หลับอย่างยั่งยืน เป้าหมายฟื้นฟูพลังงานร่างกาย ลดความเหนื่อยล้า

4. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย รูปแบบที่แนะนำ โยคะ เดินสมาธิ (Mindful walking) Nine - square step exercise ประโยชน์ เพิ่มความแข็งแรง สมดุล อารมณ์ดีขึ้น สมาธิดีขึ้น เหมาะกับผู้หญิงวัยทอง

5. เพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์คู่ การดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศในวัยหมดประจำเดือน แนวทางใช้สารหล่อลื่น ดูแลสุขอนามัยช่องคลอด ฝึกการยืดเหยียดเพิ่มความยืดหยุ่น สื่อสารกับคู่สมรส เปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและความคาดหวัง ส่งเสริมภาพลักษณ์บวกในตนเอง: เพิ่มความมั่นใจและสุขภาวะทางเพศ

6. การตรวจสุขภาพ ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สังเกตอาการ เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ช่องคลอดแห้ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ตรวจระดับ FSH, เอสตราดิโอล ตรวจมวลกระดูก (Bone Density) ตรวจเต้านม มะเร็งปากมดลูก ตรวจหน้าที่ตับ ไต เป้าหมายวางแผนสุขภาพระยะยาว ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง

เมื่อเลือกเรียนรู้เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือนทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าเรียนรู้การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายโดยใช้ตารางเก้าช่อง หัวข้อที่ 5 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย โดยเมื่อกดเข้าไปจะพบเนื้อหาความรู้ ประกอบด้วย การเดินออกกำลังกาย การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องการออกกำลังกายด้วยโยคะ หลังจากนั้นมอบแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน” กับกลุ่มทดลองนำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน” หลังจากผู้วิจัยให้แอปพลิเคชันกับกลุ่มตัวอย่างกลับไปทดลองใช้ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

ติดตามผลการใช้งานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ปัญหาและอุปสรรค ความสามารถในการใช้งานโดยติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชัน และทบทวนหัวข้อหลักที่ 3 “มารู้จักกับการหมดประจำเดือน” หัวข้อหลักที่ 4 “ดูแลตนเองอย่างไรเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน” หัวข้อหลักที่ 5 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย หากมีปัญหาการใช้งาน ผู้วิจัยให้คำแนะนำการใช้งานเพิ่มเติม และนำปัญหามาปรับปรุงแอปพลิเคชันให้ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับการใช้งานต่อไป แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินทางแอปพลิเคชัน นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3, 4)

ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” เตือนเรื่องการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน และการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน โดยกระตุ้นเตือนดังนี้ การทบทวนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน การจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การฝึกปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และติดตามผลการเข้าใช้งาน กระตุ้นการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินผ่านทางทางแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน แจกกลุ่มทดลองหากมีปัญหาต้องการคำแนะนำสามารถติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน

ขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5)

ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” เตือนเรื่องการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” และการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

โดยกระตุ้นเตือนดังนี้ 1) การทบทวนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน 2) การจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน 3) การฝึกปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และติดตามผลการเข้าใช้งาน กระตุ้นการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน ผู้วิจัยนัดติดตามประเมินผลผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน โดยนัดวัน เวลา กับกลุ่มทดลองหลังปฏิบัติกิจกรรมผ่านมาแล้วเป็นเวลา 6 สัปดาห์ การนัดพบเพื่อประเมินผลหลังการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง”

ขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6)

ติดตามประเมินผลการทำวิจัยในกลุ่มทดลอง ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน ตอบแบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง”

จบโครงการวิจัย แข่งการยุติการร่วมกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กล่าวคำอำลา และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ยกเลิกกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ อธิบายกับกลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยจะไม่พบอีกแล้ว รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวิทยคมประจำเดือนไปใช้งาน

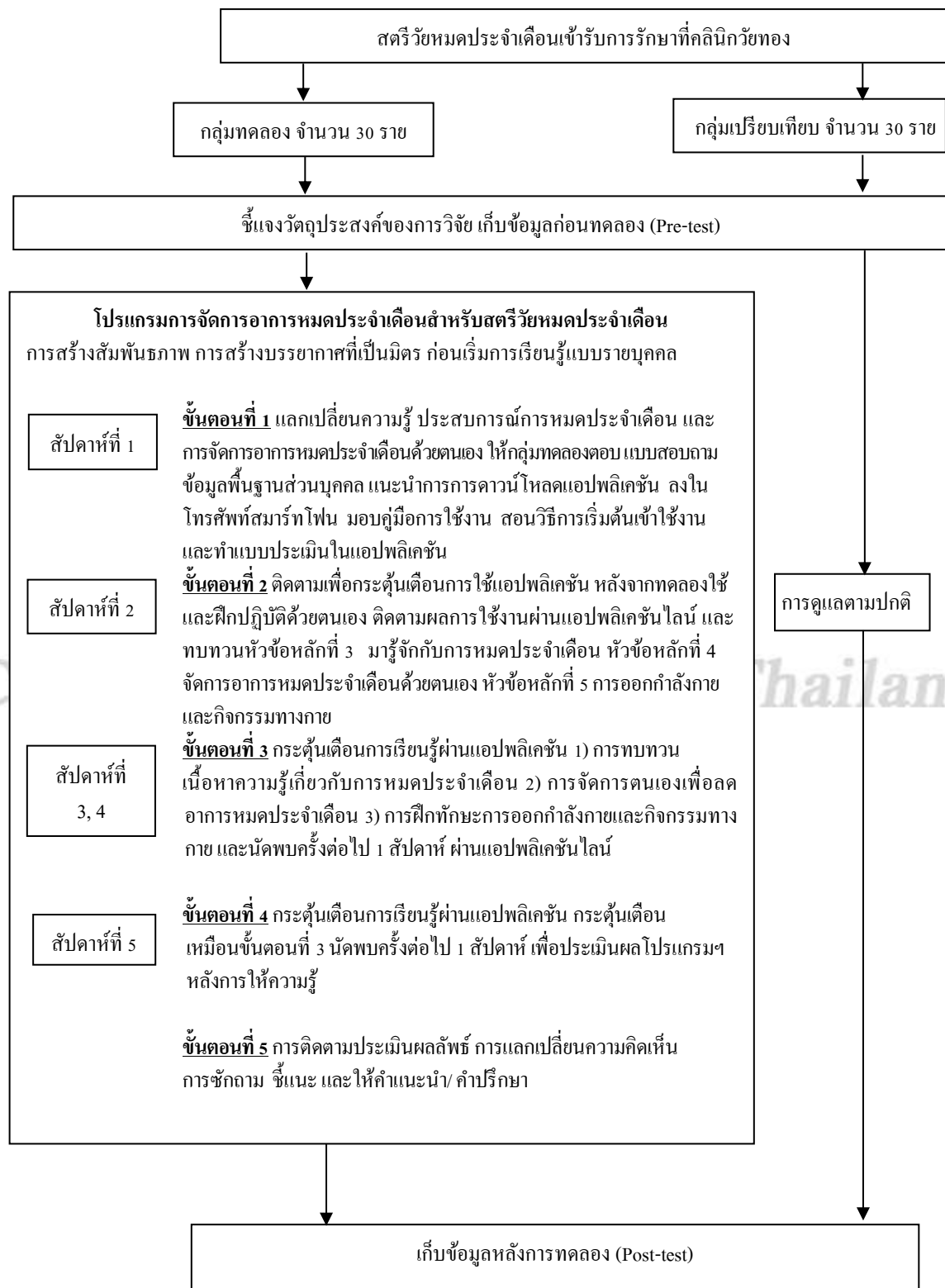
กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แข่งวัตถุดิบประสงค์การศึกษาและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษาแบบรายบุคคลผ่านสื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) เรื่อง “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ใช้การสื่อสารด้วยวาจาเพื่อให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแผนการรักษาของแพทย์



Christian University of Thailand

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย



แผนภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลข้อมูลที่รวบรวมได้แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานโดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว รวมถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาของการหมดประจำเดือน โรคความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการนำเสนอข้อมูล ซึ่งแสดงผลด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพารามตริก ได้ทำการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro - wilk test พบว่าข้อมูลคะแนนรวมของแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับผลการแสดงภาพด้วย Normal Q-Q Plot ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าที่สังเกตได้ (Observed Value) เรียงตัวใกล้เคียงเส้นค่าคาดหวัง (Expected Normal) ของการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพารามตริก โดยใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square test) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาของการหมดประจำเดือน โรคความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติแบบอิสระ (Independent t-test)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติแบบอิสระ (Independent t-test)

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวที่มีการวัดซ้ำหลายครั้ง ดำเนินการโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ได้มีการตรวจสอบข้อสมมติพื้นฐานของสถิติ Repeated

measures ANOVA ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการที่มีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรตามมีความแปรปรวนเท่ากันระหว่างแต่ละช่วงเวลาที่วัด (Homogeneity of variances) และข้อมูลอยู่ในระดับการวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนในแต่ละช่วงการวัดมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมติของการวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมาตรเชิงประกอบ (Compound Symmetry) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ในการแปลผลจึงใช้ค่าการปรับแก้ของ Greenhouse-Geisser



Christian University of Thailand

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหอบประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหอบประจำเดือน ที่คลินิกวัยทอง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลอง ตามที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลแบบปกติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรม 6 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและโดยรวม)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6

ตารางที่ 4.5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหอบประจำเดือนของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 6

ส่วนที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและโดยรวม)

ตารางที่ 4.6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและโดยรวม)

ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.11 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน (n=30)

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t/ χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	$M = 52.13, SD = 3.88$		$M = 50.80, SD = 4.72$		1.195	.237
45-49	8	32.00	17	68.00		
50-54	7	53.80	6	46.20		
55-59	15	68.20	7	31.80		
สถานภาพสมรส					5.57	.062
โสด	4	13.30	10	33.30		
คู่	17	56.70	17	56.70		
หม้าย	9	30.00	3	10.00		
ระดับการศึกษา					1.905	.386
ประถมศึกษา	8	26.70	4	13.30		
มัธยมศึกษา	10	33.30	10	33.30		
อุดมศึกษา	12	40.00	16	53.30		
อาชีพ					8.147	.043*
แม่บ้าน	0	0.00	6	20.00		
ค้าขาย	3	10.00	5	16.70		
รับราชการ	8	26.70	7	23.30		
รับจ้าง	19	63.30	12	40.00		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	$M = 2.13, SD = 0.51$		$M = 1.93, SD = 0.78$		1.172	.246
ต่ำกว่า 10,000	2	6.70	10	33.30		
10,001-20,000	22	73.30	12	40.00		
มากกว่า 20,000	6	20.00	8	26.70		

* = $p < .05$

จากตารางที่ 4.1 พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ($p > .05$) ยกเว้นด้านอาชีพที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t/ χ^2	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	M = 2.24, SD = 1.06		M = 2.40, SD = 1.13		.556	.581
ปกติ (18.5-22.9)	9	31.00	9	30.00		
เริ่มอ้วน (23-24.9)	9	31.00	6	20.00		
อ้วน (25-29.9)	8	26.70	9	30.00		
โรคอ้วนระดับ 1 (>30)	4	13.30	6	20.00		
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	M = 1.43, SD = 0.68		M = 1.53, SD = 0.68		-.569	.571
ปกติ (70-99)	20	66.70	17	56.70		
ก่อนเป็นเบาหวาน (100-125)	7	23.30	10	33.30		
หลังเป็นเบาหวาน (≥ 126)	3	10.00	3	10.00		
โรคประจำตัว					.268	.605
ไม่มี	15	50.00	13	43.30		
มี	15	50.00	17	56.70		
ระดับความดันโลหิต(mmHg)					.617	.432
ปกติ (SBP 120-129 และ/หรือ DBP 80-84)	16	45.70	19	54.30		
สูง (SBP 130-139 และ/หรือ DBP 85-89)	14	56.00	11	44.00		
ระยะของการหมดประจำเดือน					8.037	.045*
ปกติ	3	10.00	9	30.00		
ผิดปกติแต่ไม่เกิน 3 เดือน	7	23.30	2	6.70		
ผิดปกติ 3-12 เดือน	4	13.30	8	26.70		
ผิดปกติเกิน 12 เดือน	16	53.30	11	36.70		

* = $p < .05$

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว และระดับความดันโลหิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม ในด้านระยะเวลาการหมดประจำเดือน พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีสัดส่วนของผู้ที่หมดประจำเดือนเกิน 12 เดือนมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและโดยรวม)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ความรุนแรงอาการ หมดประจำเดือน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ความรุนแรง (โดยรวม)	M = 8.80, SD = 3.49		M = 10.27, SD = 4.22		-1.468 ¹	.148 ^{ns}
น้อย (0-4 คะแนน)	0	0.0	0	0.0		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	16	53.3	15	50		
มาก (9-16 คะแนน)	14	46.7	15	50		
อาการทางร่างกาย	M = 3.80, SD = 2.00		M = 4.43, SD = 1.96		-1.237 ¹	.221 ^{ns}
น้อย (0-4 คะแนน)	23	76.67	16	53.33		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	6	20.0	14	46.67		
มาก (9-16 คะแนน)	1	3.33	0	0.0		
อาการทางด้านจิตใจ	M = 3.20, SD = 1.85		M = 3.63, SD = 2.33		-0.799 ¹	.427 ^{ns}
น้อย (0-4 คะแนน)	21	70.0	19	63.33		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	9	30.0	11	36.67		
มาก (9-16 คะแนน)	0	0.0	0	0.0		
อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	M = 1.80, SD = 1.58		M = 2.20, SD = 2.19		-0.811 ¹	.421 ^{ns}
น้อย (0-4 คะแนน)	29	96.67	26	86.67		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	1	3.33	4	13.33		
มาก (9-16 คะแนน)	0	0.0	0	0.0		

**= $p > .05$; ^{ns} = non-significant

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน ทั้งโดยรวมและจำแนกตามมิติ ได้แก่ อาการทางร่างกาย อาการทางจิตใจ และอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับความรุนแรง พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ในทุกมิติของอาการ โดยเฉพาะอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ที่ส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับน้อย ขณะที่อาการทางร่างกายและจิตใจพบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่มีอาการในระดับปานกลางมากกว่ามิติอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหดรัดประจำเดือน ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความรุนแรงอาการ หดรัดประจำเดือน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ความรุนแรง (โดยรวม)	$M = 3.97, SD = 2.19$		$M = 8.80, SD = 3.34$		-6.634	< .001*
น้อย (0-4 คะแนน)	20	66.67	3	10.00		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	9	30.00	12	40.00		
มาก (9-16 คะแนน)	1	3.33	15	50.00		
อาการทางร่างกาย	$M = 1.83, SD = 1.18$		$M = 3.67, SD = 1.95$		-4.403	< .001*
น้อย (0-4 คะแนน)	30	100.00	20	66.67		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	0	0.00	10	33.33		
มาก (9-16 คะแนน)	0	0.00	0	0.00		
อาการทางด้านจิตใจ	$M = 1.07, SD = .91$		$M = 2.63, SD = 2.09$		-3.763	< .001*
น้อย (0-4 คะแนน)	30	100.00	25	83.33		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	0	0.00	5	16.67		
มาก (9-16 คะแนน)	0	0.00	0	0.00		
อาการทางระบบทางเดิน ปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	$M = 1.07, SD = 1.39$		$M = 2.50, SD = 2.26$		-2.965	.004*
น้อย (0-4 คะแนน)	29	96.67	25	83.33		
ปานกลาง (5-8 คะแนน)	1	3.33	5	16.67		
มาก (9-16 คะแนน)	0	0.00	0	0.00		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการหดรัดประจำเดือนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการหดรัดประจำเดือนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

ส่วนที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6

ตารางที่ 4.5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน					
ผลการทดลอง (วัดซ้ำ)	361.667	1.438	251.519	102.492	< .001*
ความคลาดเคลื่อน	102.333	41.700	2.454		
อาการทางร่างกาย					
ผลการทดลอง (วัดซ้ำ)	58.956	1.608	36.656	40.989	< .001*
ความคลาดเคลื่อน	41.711	46.643	0.719		
อาการทางด้านจิตใจ					
ผลการทดลอง (วัดซ้ำ)	72.622	1.374	52.854	65.723	< .001*
ความคลาดเคลื่อน	32.044	39.846	0.804		
อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์					
ผลการทดลอง (วัดซ้ำ)	8.156	1.872	4.358	27.789	< .001*
ความคลาดเคลื่อน	8.511	54.274	0.157		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแบบวัดซ้ำด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนโดยรวม และในแต่ละกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการทางกาย อาการทางจิตใจ และอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า F ดังนี้ อาการทางกาย = 40.989, อาการทางจิตใจ = 65.723, อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ = 27.789 และอาการโดยรวม = 102.492 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงเวลาการศึกษา

ตารางที่ 4.6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง อาการหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6

การรับรู้ความรุนแรง อาการ	การเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value	Partial Eta Squared
		M (SD)	M (SD)		
อาการ (โดยรวม)	สัปดาห์ที่ 1 - 3	8.80 (3.49)	5.63 (2.46)	-	
	สัปดาห์ที่ 1 - 6	8.80 (3.49)	3.97 (2.19)	< .001 *	.779
	สัปดาห์ที่ 3 - 6	5.63 (2.46)	3.97 (2.19)	-	
อาการทางร่างกาย	สัปดาห์ที่ 1 - 3	3.80 (2.01)	2.60 (1.19)	-	
	สัปดาห์ที่ 1 - 6	3.80 (2.01)	1.83 (1.18)	< .001 *	.586
	สัปดาห์ที่ 3 - 6	2.60 (1.19)	1.83 (1.18)	-	
อาการทางด้านจิตใจ	สัปดาห์ที่ 1 - 3	3.20 (1.85)	2.60 (1.13)	-	
	สัปดาห์ที่ 1 - 6	3.20 (1.85)	2.63 (0.82)	< .001 *	.694
	สัปดาห์ที่ 3 - 6	2.60 (1.13)	2.63 (0.82)	-	
อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	สัปดาห์ที่ 1 - 3	1.80 (1.58)	1.37 (1.24)	-	
	สัปดาห์ที่ 1 - 6	1.80 (1.58)	2.50 (1.78)	< .001 *	.622
	สัปดาห์ที่ 3 - 6	1.37 (1.24)	2.50 (1.78)	-	

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแบบวัดซ้ำด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงอาการโดยรวม และในแต่ละกลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการทางกาย จิตใจ และระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ลดลงในช่วงสัปดาห์ที่ 1 - 3, 1 - 6, และ 3 - 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Partial Eta Squared) ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มอาการโดยรวม = .779, กลุ่มอาการทางกาย = .586, กลุ่มอาการทางจิตใจ = .694 และ กลุ่มอาการระบบปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ = .622 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 4 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและโดยรวม)

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

การรับรู้คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตภาพรวม	$M = 65.03, SD = 27.61$		$M = 73.53, SD = 39.06$		-1.399	.167 ^{ns}
ดีมาก	23	76.70	18	60.00		
ปานกลาง	6	20.00	9	30.00		
ต่ำ	1	3.30	2	6.70		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.30		
มิติระบบประสาทอัตโนมัติ	$M = 5.87, SD = 4.75$		$M = 6.73, SD = 5.74$		-.637	.526 ^{ns}
ดีมาก	23	76.70	22	73.30		
ปานกลาง	5	16.70	4	13.30		
ต่ำ	0	0.00	1	3.30		
ไม่ดี	2	6.70	3	10.00		
มิติจิตสังคม	$M = 14.83, SD = 6.96$		$M = 16.27, SD = 10.29$		-.632	.530 ^{ns}
ดีมาก	21	75.00	21	70.00		
ปานกลาง	6	21.40	7	23.30		
ต่ำ	1	3.60	1	3.30		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.30		
มิติทางกายภาพ	$M = 39.73, SD = 17.08$		$M = 42.90, SD = 22.81$		-.609	.545 ^{ns}
ดีมาก	19	65.50	18	62.10		
ปานกลาง	9	31.00	6	20.70		
ต่ำ	1	3.40	4	13.80		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.40		
มิติเพศสัมพันธ์	$M = 3.70, SD = 2.38$		$M = 5.37, SD = 3.74$		-2.695	.009 [*]
ดีมาก	27	90.00	18	60.00		
ปานกลาง	2	6.70	6	20.00		
ต่ำ	1	3.30	5	16.70		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.30		

$p < .05$; ^{ns} = non-significant

จากตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t - test พบว่า พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มทดลอง (73.53 ± 39.06 เทียบกับ 65.03 ± 27.61) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เช่นเดียวกับมิติระบบประสาท อัตโนมิติ จิตสังคม และกายภาพ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม มิติเพศสัมพันธ์ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



Christian University of Thailand

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนนับ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตภาพรวม	M = 44.10, SD = 16.42		M = 75.87, SD = 40.74		-3.942	< .001*
ดีมาก	29	96.70	18	62.10		
ปานกลาง	1	3.30	9	31.00		
ต่ำ	0	0.00	1	3.40		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.40		
มิติระบบประสาทอัตโนมัติ	M = 4.60, SD = 2.94		M = 7.53, SD = 5.57		-2.551	.013*
ดีมาก	27	90.00	21	70.00		
ปานกลาง	2	6.70	5	16.70		
ต่ำ	2	6.70	1	3.30		
ไม่ดี	0	0.00	3	10.00		
มิติจิตสังคม	M = 10.27, SD = 4.26		M = 16.83, SD = 10.63		-3.140	.003*
ดีมาก	28	93.30	20	66.70		
ปานกลาง	2	6.70	7	23.30		
ต่ำ	0	0.00	1	3.30		
ไม่ดี	0	0.00	2	6.70		
มิติทางกายภาพ	M = 26.60, SD = 10.36		M = 43.87, SD = 23.50		-3.901	< .001**
ดีมาก	28	93.30	16	53.30		
ปานกลาง	2	6.70	9	30.00		
ต่ำ	0	0.00	4	13.30		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.30		
มิติเพศสัมพันธ์	M = 3.57, SD = 1.61		M = 7.63, SD = 5.46		-3.916	< .001*
ดีมาก	28	93.30	19	63.30		
ปานกลาง	2	6.70	5	16.70		
ต่ำ	0	0.00	5	16.70		
ไม่ดี	0	0.00	1	3.30		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.8 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกมิติ ได้แก่ มิติระบบอัตโนมัติ มิติจิตสังคม มิติทางกายภาพ และมิติเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ

ส่วนที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (จำแนกรายด้านและ โดยรวม)

ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P-value
	(n=30)		(n=30)			
	M	SD	M	SD		
คุณภาพชีวิตภาพรวม	65.03	27.61	73.53	39.06	-1.399	.167
มิติระบบประสาทอัตโนมัติ	5.87	4.75	6.73	5.74	-.637	.526
มิติจิตสังคม	14.83	6.96	16.27	10.29	-.632	.530
มิติทางกายภาพ	39.73	17.08	42.90	22.81	-.609	.545
มิติเพศสัมพันธ์	3.70	2.38	5.37	3.74	-2.695	.009*

* $p < .05$

Christian University of Thailand

จากตารางที่ 4.9 ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายมิติ (ระบบประสาทอัตโนมัติ จิตสังคม และกายภาพ) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม มิติด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.695, p = .009$) โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง (5.37 ± 3.74 เทียบกับ $3.70 \pm 2.38; p < .05$) สรุปว่า ก่อนเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญใน 3 มิติแรกของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ จิตสังคม และสุขภาพร่างกาย แต่พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีมิติเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
คุณภาพชีวิต(โดยรวม)	44.10	16.42	75.87	40.74	-3.942	< .001 [*]
มิติระบบประสาทอัตโนมัติ	4.60	2.94	7.53	5.57	-2.551	.013 [*]
มิติจิตสังคม	10.27	4.266	16.83	10.63	-3.140	.003 [*]
มิติทางกายภาพ	26.60	10.36	43.87	23.50	-3.901	< .001 [*]
มิติเพศสัมพันธ์	3.57	1.61	7.63	5.46	-3.916	< .001 [*]

^{*} $p < .05$

จากตารางที่ 4.10 หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายมิติ (ระบบประสาทอัตโนมัติ จิตสังคม กายภาพ และเพศสัมพันธ์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและมิติทางจิตสังคม กายภาพ เพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.11 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน (n=30)

รายการประเมิน	ความพึงพอใจระดับดี		ความพึงพอใจระดับดีมาก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน	51	34.00	99	66.00
แอปฯ ประมวลผลเร็วและแม่นยำ	11	36.67	19	63.33
คำอธิบายหน้าจอชัดเจน	8	26.67	22	73.33
แสดงผลรายงานถูกต้อง	12	40.00	18	60.00
พร้อมให้บริการเสมอ	9	30.00	21	70.00
ใช้งานง่ายและสะดวก	11	36.67	19	63.33
ด้านเนื้อหาและสื่อ	61	33.89	119	66.11
เนื้อหาถูกต้องและน่าเชื่อถือ	14	46.67	16	53.33
เนื้อหาเหมาะสมกับผู้ใช้	7	23.33	23	76.67
ระยะเวลาและเนื้อหาเหมาะสม	11	36.67	19	63.33
เนื้อหา มีประโยชน์ต่อชีวิต	12	40.00	18	60.00
เนื้อหาเผยแพร่ได้	9	30.00	21	70.00
มีคู่มือใช้งานชัดเจน	8	26.67	22	73.33
ด้านประโยชน์ต่อการใช้งาน	31	34.44	59	65.55
มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล	12	40.00	18	60.00
เป็นแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม	12	40.00	18	60.00
มีประโยชน์ต่อผู้ใช้และผู้	7	23.33	23	76.67

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน จำนวน 30 ราย พบว่าโดยรวมผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับ ดีมาก เป็นส่วนใหญ่ในทุกหัวข้อ โดยเฉพาะในหัวข้อ “คำอธิบายหน้าจอชัดเจน” และ “พร้อมให้บริการเสมอ” ในหมวด “ด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน” ซึ่งได้รับคะแนนระดับ “ดีมาก” สูงถึงร้อยละ 73.33 และ 70.00 ตามลำดับ ในส่วนของ “ด้านเนื้อหาและสื่อ” และ “ด้านประโยชน์ต่อการใช้งาน” ก็มีแนวโน้มในทางบวกเช่นเดียวกัน โดยร้อยละของผู้ที่ประเมินในระดับ “ดีมาก” อยู่ในช่วงระหว่าง 60.00 - 76.67 ทุกรายการ สะท้อนให้เห็นว่า แอปพลิเคชันมีความเหมาะสมในการให้บริการแก่ผู้ใช้งานทั้งในด้านการนำเสนอเนื้อหา ความสะดวกในการใช้งาน และประโยชน์ต่อชีวิตประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ณ คลินิกวัยทอง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทดลอง 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือน (MRS) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะวัยหมดประจำเดือน (MENQOL)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ Chi - square และ Independent t - test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม รวมทั้งใช้ Repeated measures ANOVA เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ในกลุ่มทดลองทั้ง 3 ช่วงเวลา (ก่อนทดลอง หลัง 3 สัปดาห์ และหลัง 6 สัปดาห์)

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะหมดประจำเดือน ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ก่อนการทดลอง คะแนนความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนและคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการผ่านแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” มีคะแนนความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ
4. กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยชี้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) โดยใช้การเรียนรู้รายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน มีประสิทธิผลในการลดอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 55 - 59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45 - 49 ปี (ร้อยละ 68.0) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 52.13 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 50.80 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงใกล้เคียงกับอายุเฉลี่ยของการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) กำหนดไว้ที่ประมาณ 50 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangduan Pongtawee (2020) ที่รายงานว่าสตรีส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 - 55 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่อาการหมดประจำเดือนแสดงชัดเจนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเป็นหม้ายหรือหย่าร้างสูง (ร้อยละ 30.0) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในสตรีที่ไม่มีคู่ครอง ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้อาการหมดประจำเดือน (Ghazanfarpour et al., 2015) ระดับการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ($p = .189$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Poomalar, Arounassalam, & Jayasree, 2013) ที่ระบุว่าระดับการศึกษาไม่มีผลโดยตรงต่อการเกิดอาการหมดประจำเดือน แต่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การดูแลตนเอง และการจัดการอาการ ในด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความหลากหลายของอาชีพมากกว่า การมีงานทำอาจเพิ่มโอกาสในการได้รับข้อมูลสุขภาพและการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Avis et al. (2001) ที่พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพประจำมีแนวโน้มได้รับข้อมูลสุขภาพและสามารถจัดการอาการได้ดีกว่า สำหรับรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001–15,000 บาท ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ต่ำกว่า การศึกษาของ Woods et al. (2000) และการทบทวนล่าสุดโดย Goldstein et al. (2021) ระบุว่ารายได้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และทรัพยากรในการจัดการอาการหมดประจำเดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

สภาวะสุขภาพ

ในการศึกษานี้ ได้ประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระยะของการหมดประจำเดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงถึงความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง สะท้อนถึงความเหมาะสมของการสุ่มกลุ่มและความสมดุลของปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยลดอคติในการวิจัย (Polit & Beck, 2021) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ “เริ่มอ้วน” ถึง “อ้วนระดับหนึ่ง” (BMI 23.0 - 29.9 kg/m²) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ที่ระบุว่าสตรีวัยกลางคนและวัยหมดประจำเดือนมีแนวโน้มมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเพิ่มขึ้น จากผลของการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ส่งผลต่อการเผาผลาญพลังงานและการสะสมไขมันในร่างกาย (Palacios et al., 2022) ในส่วนของโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในระดับที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบเมตาบอลิซึม (Nappi & Chedraui, 2012; Saei Ghare Naz et al., 2020) สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต พบแนวโน้มที่ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khalil, Alzahrani, & Alamri (2015) และ Heidari, Ghodusi, & Rezaei (2010) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะสั้น แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในระยะยาวที่ควรเฝ้าระวัง นอกจากนี้ ระยะของการหมดประจำเดือนในกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงที่มีความหลากหลายแต่ไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่ม สอดคล้องกับ Nelson (2008) ที่เสนอว่าอาการในแต่ละช่วงของการหมดประจำเดือนมีลักษณะเฉพาะ โดยอาการทางอารมณ์พบมากในระยะก่อนหมดประจำเดือน ขณะที่อาการทางกายพบมากขึ้นในระยะหลัง

โดยสรุป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสภาวะสุขภาพพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันหลายด้าน ซึ่งสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการทดลอง ทั้งนี้ แม้จะมีปัจจัยบางประการ เช่น อายุ อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ที่อาจมีผลต่อการรับรู้และตอบสนองต่ออาการหมดประจำเดือน แต่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลของโปรแกรมการทดลองได้อย่างเป็นกลาง

การรับรู้ความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมด

ประจำเดือน ทั้งในภาพรวมและในรายด้าน ได้แก่ อาการทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ ($p > .05$) สะท้อนถึงความสมดุลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและความเหมาะสมของกระบวนการสุ่มกลุ่ม ลดความเสี่ยงต่ออคติในการประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง

ในด้านอาการทางร่างกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ($M = 3.80$, $SD = 2.00$) และ ($M = 4.43$, $SD = 1.96$) ตามลำดับ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -1.237$, $p = .221$) สอดคล้องกับ Chedraui et al. (2009) และล่าสุดโดย Nappi, Albani, & Kingsberg (2021) ที่ระบุว่าอาการทางกายมีหลากหลายแต่ไม่ได้แตกต่างกันชัดเจนในช่วงก่อนหมดประจำเดือนเต็มที่ ในด้านอารมณ์และจิตใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 3.20$, $SD = 1.85$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.63 ($M = 3.63$, $SD = 2.33$) ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -0.799$, $p = .427$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Woods et al. (2000) และการศึกษาโดย Avis et al. (2022) ที่พบว่าอารมณ์ในวัยหมดประจำเดือนสัมพันธ์กับบริบทชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในด้านระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 1.80$, $SD = 1.58$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 2.20$, $SD = 2.19$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -0.811$, $p = .421$) ซึ่งสนับสนุนข้อเสนอของ Nelson (2008) และ Santoro et al. (2021) ว่าอาการกลุ่มนี้ขึ้นกับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและช่วงเวลาหลังหมดประจำเดือนมากกว่าปัจจัยด้านจิตสังคม โดยรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($M = 8.80$, $SD = 3.49$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 10.27$, $SD = 4.22$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -1.468$, $p = .148$) แสดงถึงความใกล้เคียงกันของระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการในระยะหลังการทดลองอย่างเป็นกลางและเชื่อถือได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือน (Symptom management program) มีคะแนนความรุนแรงของอาการในทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการทดลองนี้ส่งผลเชิงบวกในการบรรเทาอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดของ Symptom management theory (SMT) ซึ่งเน้นให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการรับรู้ วิเคราะห์ และเลือกวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยการเรียนรู้แบบรายบุคคล การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และการติดตามต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างทักษะในการจัดการอาการอย่างยั่งยืน (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mansikkamäki et al. (2015) ที่รายงานว่า โปรแกรมให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติสามารถลดความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Berterö (2003)

ที่ชี้ว่า การจัดการตนเองมีบทบาทสำคัญในการปรับตัวด้านอารมณ์และคุณภาพชีวิตในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน รวมทั้งการศึกษาของ อนงค์ลักษณ์ ศรีประเสริฐ (2561) ซึ่งพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมช่วยลดความรุนแรงของอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน จากหลักฐานข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการจัดการอาการที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเองและการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีศักยภาพในการบรรเทาอาการหมดประจำเดือนและส่งเสริมการปรับตัวอย่างเหมาะสมในสตรีวัยหมดประจำเดือน

ผลการวิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ช่วงเวลา ($p < .001$) โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ที่พบแนวโน้มการลดลงชัดเจนที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมจัดการอาการที่ออกแบบตามแนวคิดของ Symptom Management Theory (SMT) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom management outcomes) (Dodd et al., 2001; Bender, Jablonski, & Hall, 2018) การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการใกล้เคียงกันก่อนเริ่มโปรแกรม ช่วยตอกย้ำว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังเป็นผลจากการแทรกแซงอย่างแท้จริง ทั้งนี้ การประเมินลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Dodd et al., 2001) โปรแกรมการทดลองนี้ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองพัฒนาทักษะการรับรู้และการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในมิติทางกายและจิตใจ ผ่านการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และการเรียนรู้รายสัปดาห์ผ่าน Application สอดคล้องกับการศึกษาของ Low et al. (2019) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถลดความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ค่า Partial Eta Squared ของผลการทดลองมีค่าสูง โดยเฉพาะในด้านอาการทางกาย ($\eta^2 = .779$) และอารมณ์จิตใจ ($\eta^2 = .586$) แสดงถึงอิทธิพลของโปรแกรมในระดับสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้เข้าร่วม สอดคล้องกับ Samal และ Dash (2021) ที่ยืนยันว่าการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดความกังวลและส่งเสริมการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป โปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาจากทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) และประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Web application ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน ส่งผลให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความรุนแรงของอาการในระยะยาว

คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน

คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวมของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในมิติความสัมพันธ์ทางสังคมและจิตวิญญาณ โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($t = -2.695, p = .009$; $t = -2.060, p = .044$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมใกล้เคียงกัน แต่ปัจจัยเฉพาะบุคคลในบางมิติอาจมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory: SMT) โดย ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากระบวนการจัดการอาการ โดยเริ่มจากการรับรู้และประสบการณ์ของอาการ (Symptom experience) การตอบสนอง (Symptom response) และการเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) ซึ่งล้วนมีผลต่อผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดการอาการ (Symptom management outcomes) ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองจึงมีความสำคัญในฐานะข้อมูลพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการแทรกแซง ความแตกต่างในมิติความสัมพันธ์ทางสังคมและจิตวิญญาณ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีบุตรหลานดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในมิติดังกล่าว (Lu et al., 2020; Woods et al., 2009) โดยเฉพาะมิติความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นที่รัก ความผูกพัน และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนรอบข้าง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของ สุภาภรณ์ เจริญสุข (2562) และปาริฉัตร หาญวราภิกดิ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตเมืองมีคุณภาพชีวิตในมิติจิตใจและสังคมแตกต่างกันไป โดยเฉพาะในช่วงก่อนเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ขณะที่ AlDughaiher, AlMutairy, และ AlAteeq (2015) รายงานว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลงในมิติร่างกายและจิตใจตามระดับความรุนแรงของอาการ ดังนั้น ความแตกต่างที่พบในบางมิติก่อนการทดลองจึงไม่ควรตีความว่าเป็นข้อบ่งชี้ของประสิทธิภาพโปรแกรม แต่ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาผลลัพธ์หลังการทดลอง เพื่อให้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมมีความถูกต้องรอบด้านและครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนหลังการทดลอง จากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางกาย ($t = -3.942, p < .001$) การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ($t = -2.551, p = .013$) สุขภาพจิต ($t = -3.140, p = .003$) ความสัมพันธ์ทางสังคม ($t = -3.901, p = .000$) และสภาพแวดล้อม ($t = -3.916, p = .000$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการทดลองสามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ ที่เน้นการให้ความรู้ ความตระหนักรู้ และการสร้างทักษะในการจัดการกับอาการของตนเอง เมื่อสตรีสามารถระบุอาการผิดปกติ วางแผน และเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตน ย่อมส่งผลให้ความรุนแรงของอาการลดลงและรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ จีวีวรรณ อยู่เจริญ (2560) ที่พบว่า การให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่มสามารถช่วยให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจของตนเอง และส่งผลให้คุณภาพชีวิตในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Bae et al. (2021) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการจัดการอาการที่ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีนี้มีผลต่อการลดอาการร้อนวูบวาบ ความวิตกกังวล และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ อุษณีย์ ธรรมคงวัฒน์ และคณะ (2561) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การจัดการกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอาการไม่พึงประสงค์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนที่ออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (SMT) และมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วม มีประสิทธิภาพในการลดอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้อย่างชัดเจน จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนเป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในทุกมิติสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ มิติระบบประสาทอัตโนมัติ ($p = .013$), มิติด้านจิตใจ ($p = .003$), มิติร่างกาย ($p = .000$), มิติความสัมพันธ์ ($p = .000$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($p = .000$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) ซึ่งระบุว่า การเรียนรู้ด้วยตนเอง การให้ข้อมูล และการฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองสามารถช่วยให้ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนสามารถรับมือกับอาการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังอาจสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนที่มีความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม โปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้น อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวมในระยะยาว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ อยู่มั่น (2560) ที่พบว่า

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนและช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านจิตใจและความสัมพันธ์ เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะวัยหมดประจำเดือนช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุราทิพย์ สุดใจ (2561) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่โปรแกรมช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้เทคนิคผ่อนคลายซึ่งสามารถลดอาการที่ไม่พึงประสงค์ลงได้ขณะเดียวกัน งานวิจัยของ Avis et al. (2009) ในต่างประเทศที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในหลายมิติ เช่น มิติด้านอารมณ์ มิติด้านร่างกาย และมิติความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถช่วยให้พวกเขารับมือกับอาการต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนที่มีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ การฝึกฝนทักษะ และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งเป็นผลที่ยืนยันและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) ที่เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยนี้

ผลของโปรแกรมการทดลองต่อการรับรู้ความรุนแรงของอาการและการรับรู้คุณภาพชีวิต จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการทดลองที่ออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือนในกลุ่มทดลอง และส่งเสริมการรับรู้คุณภาพชีวิตได้ในหลายมิติ โดยพบว่า ภายหลังจากทดลอง 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรุนแรงของอาการในด้านต่างๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้บริการสุขภาพตามปกติ สะท้อนว่า การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการพัฒนาทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเอง มีผลกระทบโดยตรงต่อการลดความรุนแรงของอาการ แล้วนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาโปรแกรมการทดลองตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) กลุ่มทดลองได้ร่วมเรียนรู้ในการสังเกต รับรู้ และประเมินอาการผิดปกติของตนเองอย่างถูกต้อง 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้เลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ผ่านการเรียนรู้แบบรายบุคคล กิจกรรมกลุ่ม และการฝึกทักษะจริง และ 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ (Symptom management

Outcomes) กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความสามารถของตนในการลดความรุนแรงของอาการอย่างได้ผล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น กระบวนการให้ข้อมูลสุขภาพและให้คำปรึกษา ซึ่งเน้นเฉพาะรายบุคคล การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาการทดลอง จึงส่งผลให้สตรีกลุ่มนี้เข้าใจกลไกการเกิดอาการหดรัดประจำเดือนและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพของตนในมิติต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น แอปพลิเคชันการจัดการอาการหดรัดประจำเดือน มาประกอบใช้ในโปรแกรมการทดลองยังเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพแบบรายบุคคลอีกด้วย แอปพลิเคชันสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยส่วนตัวที่ติดตามอาการ บันทึกข้อมูลสุขภาพ แจ้งเตือนการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่เหมาะสม และให้คำแนะนำตามสถานการณ์จริงของผู้ใช้งานได้แบบเรียลไทม์ ช่วยให้ผู้หญิงวัยทองสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เรียนรู้การจัดการอาการด้วยตนเอง และรับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตใจอย่างเป็นส่วนตัว ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยหลายฉบับที่ระบุว่า การใช้เทคโนโลยีเฉพาะบุคคลสามารถช่วยลดอาการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหดรัดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อังคินันท์ พรหมนิมิตร์ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น, 2565; จันทระเกษม เทียนทรัพย์, กมลทิพย์ ชลัษฏธรรมเนียม และอรพินท์ สีขาว, 2566); Gkrozou, Tsonis, Godden, Siafaka, & Paschopoulos, 2019) งานวิจัยก่อนหน้านี้ เช่น Berterö (2003), Mansikkamäki et al. (2015), Low et al. (2019) และ Carpenter et al. (2021) ยังสนับสนุนว่าการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างเป็นระบบตามแนวคิด SMT ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน สามารถลดความรุนแรงของอาการหดรัดประจำเดือนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิงวัยหดรัดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป โปรแกรมการจัดการอาการหดรัดประจำเดือนที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด Symptom Management Theory พร้อมการเสริมด้วยเทคโนโลยีแอปพลิเคชันที่เน้นความเป็นส่วนตัว จึงมีศักยภาพสูงในการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการอาการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหดรัดประจำเดือนได้อย่างรอบด้าน และควรนำไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืนในยุคดิจิทัล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง (Approaching) 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงโดยตรงผ่านการให้บริการในคลินิกวัยทอง ณ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 2) การใช้สื่อดิจิทัลผ่าน Application เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเรียนรู้และประเมินตนเองได้โดยไม่ต้องมาพบผู้วิจัยในสถานพยาบาล การใช้แนวทางทั้งสองนี้ถือว่ามีความเหมาะสมอย่างยิ่งในบริบทของสตรีวัยทำงานในเขตเมือง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่ผู้หญิงมักมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงผ่านคลินิกช่วยให้สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย สร้างความเชื่อมั่น และสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างละเอียด ขณะเดียวกัน การใช้ Application เป็นช่องทางที่ตอบสนองต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของสตรีวัยทำงานในยุคปัจจุบัน ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลา เพิ่มความยืดหยุ่นในการเรียนรู้และประเมินอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของกิจกรรมบำบัดต่อการลดอาการในสตรีวัยหมดประจำเดือน กิจกรรมบำบัด (Therapeutic activities) ที่นำมาใช้ในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การฝึกโยคะ การฝึกสมาธิ มีเป้าหมายในการปรับสมดุลทางกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่ได้รับผลกระทบจากภาวะหมดประจำเดือน กลไกทางพยาธิสภาพและผลกระทบของกิจกรรมบำบัด

- 1) อาการทางกาย เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก นอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน เอสโตรเจนที่ลดลง ส่งผลต่อ Hypothalamus ซึ่งควบคุมอุณหภูมิร่างกาย กิจกรรมบำบัด เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือเดินเร็ว ช่วยกระตุ้นการหลั่ง β -endorphins และ Serotonin ซึ่งช่วยควบคุมการตอบสนองต่อความร้อนและอารมณ์ ลดความถี่ของอาการร้อนวูบวาบได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยของ Elavsky & McAuley (2007) พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ช่วยลดอาการ Vasomotor symptoms และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนได้อย่างชัดเจน
- 2) อาการทางอารมณ์ เช่น อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับ Serotonin และ Dopamine กิจกรรมบำบัด เช่น สมาธิบำบัด (Mindfulness-based interventions) และ โยคะ มีผลโดยตรงในการลดระดับ Cortisol (ฮอร์โมนความเครียด) และปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) งานวิจัยของ Cramer et al. (2018) วิเคราะห์ Meta-analysis ของโยคะในสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา
- 3) ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ เช่น ช่องคลอดแห้ง ความเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์แม้กิจกรรมบำบัดจะไม่ได้มีผลโดยตรงต่อโครงสร้างทางสรีรวิทยา แต่มีผลทางอ้อมโดยช่วยฟื้นฟูภาพลักษณ์ตนเอง ความมั่นใจ และความใกล้ชิดผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และความเข้าใจภาวะตนเอง กิจกรรมศิลปะบำบัดและกลุ่มสนทนาเชิงบำบัดมีบทบาทสำคัญในประเด็นนี้ ผลการศึกษาของ Woods et al. (2014) พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดช่วยให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและสามารถจัดการอาการได้ดีขึ้น

อาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ การลดลงของเอสโตรเจนส่งผลให้กระดูกและข้อเสื่อมสภาพเร็วขึ้น กิจกรรมเคลื่อนไหว เช่น โยคะ ยืดกล้ามเนื้อ Tai Chi และการเดินน้ำ ช่วยกระตุ้นการสร้างมวลกระดูก เพิ่มความยืดหยุ่น และลดการอักเสบในระดับเซลล์ การศึกษาของ Abbaspour et al. (2013) รายงานว่าโยคะสามารถลดอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ภายใน 8 สัปดาห์ของการฝึก ผลโดยตรงและผลทางอ้อมของกิจกรรมบำบัด ผลโดยตรง ได้แก่ การลดอาการทางกาย

(ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก นอนไม่หลับ) และอารมณ์ (ซึมเศร้า วิตกกังวล) ผลทางอ้อม ได้แก่ การเพิ่มคุณภาพชีวิต การสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการมีส่วนร่วมกับสังคม

ข้อเสนอแนะและมุมมองที่แตกต่างแม้ว่าผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่จะสนับสนุนว่ากิจกรรมบำบัดมีประสิทธิภาพต่อการจัดการอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน แต่การศึกษาในบางบริบท เช่น Daley et al. (2011) พบว่าโปรแกรมออกกำลังกายไม่มีผลชัดเจนต่ออาการ vasomotor หากไม่มีการติดตามอย่างใกล้ชิดหรือการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมด้วย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบงานวิจัยในต่างประเทศ

Cramer et al. (2018) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ครอบคลุมงานวิจัย 13 ฉบับเกี่ยวกับ “โยคะสำหรับอาการวัยหมดประจำเดือน” พบว่าโยคะมี ผลโดยตรง ต่อการลดอาการร้อนวูบวาบ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ใช้กิจกรรมบำบัดอย่างโยคะและสมาธิบำบัด ซึ่งมุ่งลดความเครียดและฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์ โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยทำงานที่มีความเครียดจากบทบาทหน้าที่ในเมืองใหญ่ ข้อเสนอแนะ: กิจกรรมที่มีโครงสร้างต่อเนื่อง (Structured program) และมีการติดตามผล จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

Koyama et al. (2021) การศึกษาการออกกำลังกายระดับปานกลาง 8 สัปดาห์ในสตรีวัยหมดประจำเดือนญี่ปุ่น พบว่าช่วยลดอาการทางกาย เช่น ปวดกล้ามเนื้อ และอาการ vasomotor ได้ชัดเจน โดยกลไกเกิดจากการเพิ่ม β -endorphins และการควบคุมการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เทียบเคียงได้กับกิจกรรมในแอปพลิเคชันที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมของผู้วิจัย จุดเด่นของการศึกษานี้คือการวัดผลฮอร์โมนร่วมกับอาการ ทำให้สามารถอธิบายกลไกทางชีวภาพได้ชัดเจน

Bae et al. (2022) – South Korea การศึกษากลุ่มทดลองแบบสุ่ม (RCT) ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ทำงานในเมือง พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ mobile app และกลุ่มสนับสนุนออนไลน์ ช่วยลดอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญเหมาะสมอย่างยิ่งกับบริบทของผู้วิจัยที่เน้นกลุ่มสตรีวัยทำงานในเขตเมือง โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ คือ การใช้ระบบแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยเสริม engagement และ adherence ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบงานวิจัยในประเทศไทย

พรพรรณ เมธาพิสิฐกุล และคณะ (2564) ศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยหมดประจำเดือนใน เขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) พบว่ากิจกรรมกลุ่มที่ประกอบด้วยการเล่นโยคะ และการพูดคุยเชิงบำบัด ช่วยลดอาการซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน และส่งเสริมความเข้าใจตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวทางของผู้วิจัยในการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้และประเมินตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ จุดเด่นของการศึกษาในประเทศไทยนี้คือการผสมผสานระหว่างองค์ความรู้ด้านสุขภาพและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม

วรรณ ชัยชาญ และคณะ (2560) ศึกษาสตรีวัยหมดประจำเดือนในพื้นที่ชนบท จังหวัดอุดรธานี พบว่าการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายออกกำลังกายแบบเบา เช่น เดินเร็ว และการเข้าร่วมกิจกรรมศาสนา ช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสุขภาพทางจิตใจแม้จะมีแนวทางคล้ายกันในเรื่องกิจกรรมบำบัด แต่ กลุ่มเป้าหมายในชนบทมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี ทำให้ต้องเน้นกิจกรรมแบบ Face-to-face มากกว่าแอปพลิเคชัน ข้อเสนอแนะ: การพัฒนาโปรแกรมควรยืดหยุ่นตามลักษณะชุมชน โดยกิจกรรมในชนบทควรเน้นการมีส่วนร่วมแบบกลุ่มและวัฒนธรรมท้องถิ่น

ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Theory) ของ เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ของอาการ (Symptom Experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) โดยผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของ SMT มาวางโครงสร้างกิจกรรมและแนวทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างยั่งยืน ดังนี้ การรับรู้และประเมินอาการด้วยตนเอง (Symptom experience) นำมาประยุกต์ใช้ใน กิจกรรมที่ 1 และ 2 ภายใน Application ได้แก่ กิจกรรม “อาการหมดประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?” และ “ผลกระทบของอาการหมดประจำเดือนต่อชีวิตของคุณ” ผู้เข้าร่วมสามารถประเมินอาการของตนผ่านแบบสอบถาม MRS และ MENQOL ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ SMT ในการ สร้างความตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง ก่อนเข้าสู่กระบวนการจัดการกิจกรรมบำบัดและการเรียนรู้ผ่านสื่อ (Symptom Management Strategies) ประยุกต์ผ่านกิจกรรม ให้ความรู้ วิดีโอคลิปคำแนะนำแบบฝึกกิจกรรมการดูแลตนเอง และการกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล ตรงตามแนวคิด SMT ที่เน้นการพัฒนากลยุทธ์เฉพาะบุคคล เพื่อจัดการอาการตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความเชื่อ และทรัพยากรของแต่ละคน ผลลัพธ์ด้านอาการและคุณภาพชีวิต (Outcomes) วัดโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผลการวิจัย สนับสนุนสมมติฐานสำคัญของ SMT ว่าเมื่อบุคคลสามารถรับรู้และจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ย่อมนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาที่ยังสะท้อนให้เห็นถึง บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้อำนวยความสะดวกและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่อาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือขาดแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ พยาบาลมีบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการอย่างเป็นระบบ และ ให้คำปรึกษาเชิงลึก ตามลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการ พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือเสริมในการติดตามอาการและผลลัพธ์ของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจของแนวคิด SMT จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษานี้ชี้ชัดว่า การประยุกต์ SMT โดยพยาบาลวิชาชีพ สามารถนำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งในมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเวลา เช่น สตรีวัยทำงานในเขตเมือง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55–59 ปี ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 45–49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับค่ากลางของวัยหมดประจำเดือนตามท้องถื่นการอนามัยโลก กำหนดไว้ที่ประมาณ 50 ปี สถานภาพสมรสแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ไม่มีคู่ครองมากกว่า ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะทางอารมณ์ (Ghazanfarpour et al., 2015) ด้านการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .189$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่าการศึกษาส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากกว่าต่อการเกิดอาการโดยตรง (Poomalar, Arounassalame, & Jayasree, 2013) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างสูง และมีรายได้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .014$) ซึ่งอาจส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (Goldstein et al., 2021) ด้านสุขภาพ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายกัน โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระยะของการหมดประจำเดือน สะท้อนถึงความสมดุลของกลุ่มก่อนการทดลอง ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วนถึงอ้วนระดับหนึ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน (Palacios et al., 2022) กลุ่มตัวอย่างมีอัตราโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงด้านเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น (Khalil, Alzahrani, & Alamri, 2015) ระยะของการหมดประจำเดือนมีความหลากหลาย แต่ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนที่พัฒนามาบนพื้นฐานของแนวคิด Symptom management theory (SMT) มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ อาการทาง

ร่างกาย อาการทางด้านจิตใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ/อวัยวะสืบพันธุ์ ($p > .05$) แสดงถึงความสมดุลของกลุ่มตัวอย่างและความเหมาะสมของการสุ่มกลุ่ม ลดอคติในการประเมินผลระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอาการลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การวิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA พบว่าความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 โดยเฉพาะในอาการโดยรวม ($F = 102.492$), อาการทางกาย ($F = 46.009$), อารมณ์/จิตใจ ($F = 40.773$) และระบบทางเดินปัสสาวะ/อวัยวะสืบพันธุ์ ($F = 27.789$) พร้อมทั้งมีค่าขนาดผล (Partial Eta Squared) อยู่ในระดับสูง ได้แก่ .779, .586 และ .622 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนอิทธิพลของโปรแกรมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ และการจัดการอาการของผู้เข้าร่วมได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เบนเดอร์ ยาบลอนสกี และฮอลล์ (Bender, Jablonski, & Hall, 2018) ที่เสนอว่า การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ของอาการ (Symptom Experience), กลยุทธ์การจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom Outcomes) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bae และคณะ (2019) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมแบบมีส่วนร่วมร่วมกับเทคโนโลยีสนับสนุนการเรียนรู้สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้ในช่วงก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในภาพรวม ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม ในมิติความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตวิญญาณ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .009$ และ .044 ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ มิติสุขภาพทางกาย ($p < .001$), การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ($p = .013$), สุขภาพจิต ($p = .003$), ความสัมพันธ์ทางสังคม ($p < .001$) และสิ่งแวดล้อม ($p < .001$) แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวในชีวิตประจำวันของสตรีวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด SMT ที่ชี้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์สำคัญที่เกิดจากกระบวนการรับรู้อาการและการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ อาทิ อุซณี ธรรมกวีวัฒน์ และคณะ และ AIDughaither และคณะ (2015) ที่พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการแทรกแซงทางสุขภาพสามารถช่วยปรับเปลี่ยนคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุป โปรแกรมการจัดการอาการที่พัฒนาจากแนวคิด SMT ผสมผสานกับการเรียนรู้รายบุคคลผ่าน

เทคโนโลยีดิจิทัล แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเสริมสร้างการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนในกลุ่มสตรีวัยทำงานในเขตเมือง

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการทดลองที่ผสมผสานการเรียนรู้รายบุคคลผ่านเทคโนโลยี Application มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีวัยทองได้อย่างรอบด้านทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การออกแบบโปรแกรมมีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นสตรีวัยทำงานในเขตเมืองที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างสะดวก อีกทั้งยังตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง นับเป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในโปรแกรมสุขภาพแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient - centered care) อนึ่ง ในมิติขององค์ประกอบ Symptom experience and perception โปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้การตามประสบการณ์จริง เช่น กิจกรรม “อาการหดรประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?” และ “ผลกระทบของอาการหดรประจำเดือนต่อชีวิตของคุณ” ผ่าน Web Application เพื่อให้สตรีตระหนักรู้และประเมินอาการของตนเองเป็นระยะ ส่งเสริมการเกิดการสะท้อนตน (Self-awareness) และนำไปสู่การตัดสินใจดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สำหรับองค์ประกอบ Symptom management strategies โปรแกรมการทดลองได้ใช้สื่อวิดีโอ แบบฝึกปฏิบัติ และการตั้งเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยยึดบริบทและความหลากหลายของผู้เข้าร่วมเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดตามทฤษฎี SMT ที่มุ่งเน้นการจัดการอาการภายใต้เงื่อนไขเฉพาะของแต่ละบุคคล อาทิ ความเชื่อส่วนบุคคล ทรัพยากรที่มี และสภาพแวดล้อม สำหรับองค์ประกอบสุดท้าย Symptom management outcomes พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการหดรประจำเดือนลดลง และรับรู้ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตลดลงเช่นกัน ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน/มิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมการทดลองในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงประจักษ์ สำหรับกลุ่มสตรีวัยทำงานในเขตเมืองซึ่งต้องเผชิญกับความข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังแสดงบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ทางสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ โดยเฉพาะการเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม (Comprehensive health assessment) การให้คำปรึกษาและชี้แนะโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualization) และการนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สะท้อนถึงการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยการประยุกต์ทฤษฎี SMT ในการพัฒนาโปรแกรมจัดการอาการหดรประจำเดือนผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายในสังคมไทยยุคปัจจุบัน สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และรูปแบบชีวิตของสตรีในเขตเมือง ทำให้สตรีมีทางเลือกและเป็นโอกาสที่ดี

ในการสร้างเสริมศักยภาพการพึ่งตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการรายบุคคล การประเมินความต้องการและปมหลัง การสอนความรู้ประกอบสื่อการสอนที่ทันสมัยและอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การเป็นผู้นำกลุ่มสนทนา รวมถึงการให้คำปรึกษาและชี้แนะ

2. ควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการให้เข้าถึงสตรีได้อย่างทั่วถึงเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยครอบคลุมหัวข้อ โภชนาบำบัด การจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบ “กายพสาณจิต” การส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศ และการตรวจสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาติดตามผลระยะยาว (Prospective study) ในกลุ่มตัวอย่างที่สนใจกลวิธีการจัดการอาการหมดประจำเดือนในเชิงธรรมชาติบำบัด โดยกำกับติดตามเป็นระยะ 3, 6 หรือ 12 เดือน เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

2. ศึกษาวิจัยเชิงผสม (Mixed - methods) เพื่อเกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองในแต่ละองค์ประกอบของทฤษฎี SMT ในบริบทสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตเมืองที่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต

3. ศึกษาพัฒนาชุดการเรียนรู้ที่ประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัล Application ผ่านโทรศัพท์แบบพกพา เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้กลวิธีการดูแลสุขภาพ การติดตามประเมินอาการ และประเมินผลลัพธ์ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐ์ ไ้วศิริ. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์คุณวุฒิปริญญาตรี, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. คลังปัญญาจุฬาฯ. <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2013.984>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, อุไร ลิ้มสกุล, และสมฤดี ตันติเวชกุล. (2560). การดูแลสตรีวัยหมดประจำเดือน: แนวทางบูรณาการสุขภาพ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรนิต แก้วกังวาล, และประดาป สิงหวิวานนท์. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน พรณี ปิติสุทธิธรรม, และชยันต์ พิเชียรสุทนต์ (บ.ก.), ตำราการวิจัยทางคลินิก (น. 107–143). อมรินทร์พริ้นติ้งเอนด์พับลิชชิ่ง.
- จรรยา จันทร์ฟ่อง, ศิริพร วัฒนกุลชัย, และธนภรณ์ ศรีสุกะ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 38(1), 45 - 60.
- จันทร์เกษม เทียนทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และอรพินท์ สีขาว. (2566). การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยทำงาน. วารสารสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, 55(1), 88 - 102.
- ธาริณี แม่นชนะ, พัชรา คงศิริ, และจุฑารัตน์ วรานิษานนท์. (2565). การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 8(2), 112 - 126.
- บุษกร เพียรผล. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตเมือง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(2), 98–112.
- บัวชมพู เอกมาตร. (2563). ประสิทธิภาพการ การจัดการอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2020/TU_2020_6114032052_11495_1362
- ประวีดา คำแดง. (2563). การจัดการอาการวัยหมดประจำเดือน. วารสารพยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 47(1), 478 - 487.
- พงศ์ทวี จุลศิริพงษ์. (2563). คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาการร้อนวูบวาบในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(1), 101 - 113.

พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2561). ความรู้และประสบการณ์ของสตรีวัยหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(1), 45 - 55.

เพ็ญประภา เทียบขุน, วารี กังไชย, & ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการกับการร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 87 - 99.

มรุต ญาณารณพ, พรทิพย์ มาลากุล ณ อยุธยา, และจินตนา ศรีวิจิตร. (2566). *เวชศาสตร์วัยหมดระดู: แนวทางการดูแลสตรีวัยทองในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป*. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

มูจลินท์ แปงศิริ. (2564). รูปแบบการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. *วารสารสาธารณสุข*, 51(4), 563 - 574.

รดา สุทธาวาส, นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, และศศิธร รุจนเวช. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางในสตรีสูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(1), 127 - 139.

ศิริไล โพธิ์ชัย, สมชาย ใจดี และกานดา สุขสวัสดิ์. (2561). การจัดการอาการในสตรีวัยหมด ประจำเดือน: การพัฒนารูปแบบการดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 45 - 59.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). รายงานสถิติจำนวนประชากรจากการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566. <https://www.ipsr.mahidol.ac.th>

สมรัก ครองยุทธ และเรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 56 - 69. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/244730>

สินวัตร สุรัสวดี, แพงสอย โกสิทธิ์, และเหล่าอรุณ ศัสตรา. (2562). การบูรณาการการรักษาวัยหมด ประจำเดือนโดยใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สักทอง*, 25(1), 160 - 170.

สุกรี สุนทรภา. (2557). การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนและแนวทางการดูแลสุขภาพ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 12(3), 45 - 52.

สุชาดา อินทวิวัฒน์ และประสงค์ ตันมหาสมุทร. (2560). ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะเพศหญิงของสตรีวัยหมดประจำเดือน. *วารสารเวชศาสตร์ชะลอวัย*, 4(1), 23 - 31.

อนงค์ลักษณ์ ศรีประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่ออาการวัยหมด ประจำเดือนในสตรีวัยกลางคน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 55 - 67.

- อรพินท์ เกษมศรี. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบกลุ่มต่อการจัดการอาการวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยทำงาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(4), 21 - 32.
- อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, และกฤต วานิชณะทอง. (2544). ผลของฮอว์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู. *Vajira Medical Journal*, 45(1), 1 - 11.
- อังสินันท์ พรหมนิมิต, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2565). ผลของแอปพลิเคชันสุขภาพต่อการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลมะเร็ง*, 27(3), 45 - 58.
- อังสินันท์ พรหมนิมิต, จุฑาทิพย์ แซ่เตียว, และวราภรณ์ พวงหัตถ์. (2565). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามแนวคิดการจัดการอาการ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(3), 378 - 390.
- Abed Zadeh, K., Dolatian, M., Batebi, A., & Mahmoodi, Z. (2011). The effect of life style on the quality of life among menopausal women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), 1 - 10.
- Afonso, R. F., Hachul, H., Kozasa, E. H., Oliveira, D. S., Goto, V., Rodrigues, D., & Tufik, S. (2012). Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Menopause*, 19(2), 186 - 193. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318228225f>
- Allahverdipour, H., Asghari Jafarabadi, M., Burri, A., & Javadivala, Z. (2020). Psychometric properties of the Persian version of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Promotion Perspectives*, 10(3), 287 - 293. <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.45>
- Allahverdipour, H., Jalilian, F., Shaghaghi, A., & Amini, S. (2020). The impact of educational intervention based on health belief model and self-efficacy theory on menopause symptom management. *Journal of Women's Health Care*, 9(1), 1 - 6. <https://doi.org/10.35248/2167-0420.20.9.477>
- Aloia, M. S., & Kuhn, B. R. (2007). Session 2: Sleep restriction therapy. In M. L. Perlis, C. Jungquist, M. T. Smith, & B. R. Kuhn (Eds.), *Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide* (pp. 17–28). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-33621-0>
- Aliabadi, M. Y., Javadnoori, M., Malehi, A. S., & Aslani, K. (2021). A study of mindfulness-based stress-reduction training effects on menopause-specific quality of life in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101398. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101398>

- Ameratunga, D., Goldin, J., & Hickey, M. (2012). Sleep disturbance in menopause. *Menopause International*, 18(2), 52 - 59. <https://doi.org/10.1258/mi.2012.012003>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Osteoporosis prevention, screening, and diagnosis* (ACOG Practice Bulletin No. 129). *Obstetrics & Gynecology*, 138(1), e1 - e15. <https://www.acog.org/legal/terms-of-use>
- American Diabetes Association. (2022). Standards of medical care in diabetes- 2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement 1), S1- S264. <https://doi.org/10.2337/dc22-S001>
- Armo, P., & Sainik, S. (2020). Menopausal symptoms and the need for screening in middle-aged women: A public health perspective. *International Journal of Health Sciences and Research*, 10(6), 121- 127. <https://www.ijhsr.org>
- Avis, N. E., Colvin, A., Bromberger, J. T., Hess, R., Matthews, K. A., & Ory, M. (2022). Depression and anxiety symptoms among midlife women: Associations with social context and menopause status. *Menopause*, 29(1), 12 - 19. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001860>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., & Gold, E. B. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531 - 539. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063>
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C., & Longcope, C. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine*, 52(3), 345 - 356. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00147-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00147-7)
- Bansal, R., Goyal, M., & Bansal, N. (2016). Role of yoga in managing menopausal symptoms. *Journal of Mid-life Health*, 7(2), 65–67. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.185329>
- Baur, J. A., & Sinclair, D. A. (2006). Therapeutic potential of resveratrol: The in vivo evidence. *Nature Reviews Drug Discovery*, 5(6), 493 - 506. <https://doi.org/10.1038/nrd2060>
- Bender, M., Jablonski, A., & Hall, L. A. (2018). Symptom management theory: Theoretical foundations for nursing practice. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (4th ed., pp. 155–184). Springer.
- Berterö, C. (2003). What being a woman means: A qualitative study of women's experiences of symptom relief in menopause. *Health Care for Women International*, 24(9), 853 - 865. <https://doi.org/10.1080/07399330390242199>

- Beura, S., Mohanty, S., Nayak, A., & Jena, L. (2022). Reliability and validity of the translated Menopause-specific quality of life questionnaire among Indian postmenopausal women. *Journal of Mid-life Health*, 13(1), 15 - 21. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_135_21
- Beura, S., Patnaik, L., & Sahu, T. (2022). Managing menopausal symptoms in working women: A review of integrative interventions. *Journal of Mid-life Health*, 13(2), 135 - 141. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_46_21
- Beura, S. S., Patnaik, S., & Sahu, T. (2022). Menopause rating scale as an effective tool to assess menopausal symptoms in Indian women: A cross-sectional study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 11(3), 764 -769. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220574>
- Bootzin, R. R., & Epstein, D. (2011). Stimulus control. In K. L. Lichstein & C. M. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 167–184). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Booth-LaForce, C., Thurston, R. C., Taylor, M. R., & Funk, K. L. (2007). A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas*, 57(3), 286 - 295. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.02.009>
- Borker, S. A., Venugopalan, P. P., & Bhat, S. N. (2013). Study of menopausal symptoms and perceptions about menopause among women at a rural community in Kerala. *Journal of Mid-life Health*, 4(3), 182 - 187. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.118990>
- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12), CD006902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>
- Budakoglu, I. I., Yorganci, K., Kafkasli, A., & Beksac, S. (2007). The effect of menopause on women's sexual life. *Maturitas*, 58(2), 149 - 153.
- Burger, H. G., Hale, G. E., Robertson, D. M., & Dennerstein, L. (2007). A review of hormonal changes during the menopausal transition: Focus on findings from the Melbourne women's midlife health project. *Human Reproduction Update*, 13(6), 559 - 565. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm020>
- Carmody, Crawford, Salmoirago-Blotcher, Leung, Churchill, & Olendzki. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: Results of a randomized trial. *Menopause*, 18(6), 611 - 620. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318204a05c>

- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., Blumel, J. E., & et al. (2009). Impaired quality of life among middle-aged women: A multicenter Latin American study. *Maturitas*, 62(4), 389 - 398.
- Chen, M. N., Lin, C. C., & Liu, C. F. (2015). Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: A meta-analysis and systematic review. *Climacteric*, 18(2), 260 - 269. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.971087>
- Chattha, R., Raghuram, N., Venkatram, P., & Hongasandra, N. R. (2008). Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: A randomized control study. *Menopause*, 15(5), 862 - 870.
- Choi, Y. K., Lee, J. H., & Lim, J. Y. (2021). Effects of music therapy on stress-related physiological and psychological outcomes in women: A randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 27(6), 480 - 487. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0421>
- Chuni, N., & Sreeramareddy, C. T. (2011). Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, and quality of life during menopause among middle-aged women: A community - based survey from Nepal. *BMC Women's Health*, 11(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-22>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Compston, J., Cooper, A., Cooper, C., Gittoes, N., Gregson, C., Harvey, N., Hope, S., Kanis, J. A., McCloskey, E. V., Poole, K. E. S., Reid, D. M., Selby, P., & Thompson, F. (2019). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *The Lancet*, 393(10169), 364 - 376. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32112-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32112-3)
- Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H., & Guthrie, J. R. (2005). Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric*, 8(2), 163 - 172.
- Desai, A. (2022). *Square stepping exercise for fall prevention in older adults: A practical guide*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-XXXX-X>
- De Villiers, T. J. (2024). Bone health and menopause: Osteoporosis prevention and treatment. *Best Practice & Research in Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), Article 101782. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101782>

- 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>
- Edinger, J. D., Wohlgenuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA*, 285(14), 1856 - 1864. <https://doi.org/10.1001/jama.285.14.1856>
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2020). Cognitive - behavioral therapy for primary insomnia. In *UpToDate*. <https://www.uptodate.com>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Figuerola-Garcia, M., Holst, C., & Galván, M. (2011). Health-related quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*, 70(2), 190 - 195. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.009>
- Finkelstein, J. S., Brockwell, S. E., Mehta, V., Greendale, G. A., Sowers, M. R., Ettinger, B., & Johnston, J. M. (2008). Bone mineral density changes during the menopause transition in a multiethnic cohort of women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(3), 861 - 868. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-1876>
- Fisseha, B., Janakiraman, B., Gebrekidan, K., Brar, S. K., & Ravichandran, H. (2017). Effect of square stepping exercise for older adults to prevent fall and injury related to fall: Systematic review and meta-analysis of current evidences. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 13(1), 23 -29. <https://doi.org/10.12965/jer.1732824.412>
- Gkrozou, F., Tsonis, O., Godden, T., Siafaka, V., & Paschopoulos, M. (2019). Menopause and mobile applications: Evaluating the quality and reliability of digital resources. *Climacteric*, 22(3), 267 - 272. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1597298>
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3 - 8. <https://doi.org/10.3102/0013189X005010003>
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., & Sternfeld, B. (2015). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Public Health*, 106(5), 951 - 959. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302695>

- Goldstein, S. R., Pinkerton, J. V., Kingsberg, S. A., & Lobo, R. A. (2021). Management of the menopause: Integrating lifestyle, hormonal, and non-hormonal options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(10), e3956 - e3970. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab569>
- Greenblum, C. A., Rowe, M. A., Neff, D. F., & Greenblum, J. S. (2013). Midlife women: Symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*, 20(1), 22-27.
- Greene, J. G. (1976). A factor analytic study of climacteric symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(5), 425-430. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(76\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(76)90005-4)
- Guthrie, K. A., Larson, J. C., Ensrud, K. E., Anderson, G. L., Carpenter, J. S., Freeman, E. W., & McCurry, S. M. (2018). Duration of vasomotor symptoms and risk of depression during The menopause transition. *Menopause*, 25(1), 14-21. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000950>
- Harmat, L., Takács, J., & Bódizs, R. (2008). Music improves sleep quality in students. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 327-335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04602.x>
- Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., & Schneider, H. P. G. (1994). Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Maturitas*, 20(1), 47-54. [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(94\)90089-2](https://doi.org/10.1016/0378-5122(94)90089-2)
- Heidari, M., Ghodusi, M., & Rezaei, P. (2010). Relationship between body mass index and menopausal symptoms. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4), 234-239.
- Heinemann, L. A. J., Potthoff, P., & Schneider, H. P. G. (2004). International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-4>
- Hermayanti, Y., Rahayu, E. S., & Sari, D. R. (2024). Non-pharmacological interventions for menopause symptoms: A narrative review. *Journal of Midwifery Research*, 13(1), 20-31.
- Hilditch, J. R. (2008). Quality of life and menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(5), 827-837.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Maris, B. V., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P.G., & Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: Development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(3), 161-175. [https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(96\)82006-8](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(96)82006-8)

- Hooshmand, S., Chai, S. C., Saadat, R. L., Payton, M. E., Brummel-Smith, K., & Arjmandi, B. H. (2016). Comparative effects of dried plum and dried apple on bone in postmenopausal women. *British Journal of Nutrition*, 115(9), 1807-1816. <https://doi.org/10.1017/S0007114516000687>
- Hunter, M. S., Gentry-Maharaj, A., & Rymer, J. (2023). Menopause health care provision and symptom management: A review. *Climacteric*, 26(1), 12–19. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2134239>
- Innes, K. E., Selfe, T. K., & Taylor, A. G. (2005). Menopause, the metabolic syndrome, and mind-body therapies. *Menopause*, 15(5), 1005-1013. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31816d3e5c>
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.10.001>
- Jenabi, E. (2015). The effect of menopause on quality of life in women: A review article. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(4), LE01-LE03. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/14098.5789>
- Johnson, C., Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (2025). Midlife women's health-seeking behaviors during the menopausal transition. *Women's Health Issues*, 35(1), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2024.10.005>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press.
- Karimi, R., Amani, R., & Mirzaei, K. (2022). Mediterranean diet and menopausal symptoms: A randomized controlled trial. *Menopause*, 29(3), 300-308. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001924>
- Khalil, S. N., Alzahrani, H. A., & Alamri, A. M. (2015). Hypertension in postmenopausal women: Prevalence and its association with anthropometric indicators. *Journal of Family and Community Medicine*, 22(1), 12-17.
- Kingsberg, S. A., Clayton, A. H., & Simon, J. A. (2019). The need for individualized care for women with sexual problems. *Menopause*, 26(3), 251-259.

- Koushik, A., Hunter, D. J., Spiegelman, D., Anderson, K. E., Arslan, A., Beeson, W. L., ... & Smith-Warner, S. A. (2010). Fruits, vegetables, and breast cancer risk: A pooled analysis of cohort studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91(5), 1294–1302. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28739>
- Kravitz, H. M., Janssen, I., Santoro, N., Bromberger, J. T., Powell, L. H., & Karavolos, K. (2008). Relationship of day-to-day reproductive hormone levels to sleep in midlife women. *Archives of Internal Medicine*, 168(9), 925-930. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.9.925>
- Kupperman, H. S., Blatt, M. H., Wiesbader, H., & Filler, W. (1953). Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 13(6), 688-703. <https://doi.org/10.1210/jcem-13-6-688>
- Larkey, L. K., Roe, D., Smith, L., Millstine, D., & Gonzalez, J. (2009). Randomized controlled trial of Qigong/Tai Chi Easy on cancer-related fatigue in breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 257-266.
- Larsson, C., Sydsjö, G., & Sundquist, K. (2017). Impact of lifestyle intervention on menopausal symptoms and quality of life. *Climacteric*, 20(6), 496-502. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1364640>
- Lee, E. H., & Lee, S. Y. (2021). Effectiveness of a mobile app-based health intervention for midlife women: A randomized controlled trial. *Healthcare Informatics Research*, 27(1), 38-46. <https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.1.38>
- Lee, J. Y., Ko, Y., Jung, S. M., & Song, J. J. (2021). The effects of mind-body exercise on vasomotor symptoms in menopausal women: A meta-analysis. *Menopause*, 28(1), 82-89.
- Lee, M. S., Park, K. M., & Kim, Y. J. (2018). Development of a symptom management framework for menopausal women based on technology-enhanced self-monitoring. *Healthcare Informatics Research*, 24(2), 95-102. <https://doi.org/10.4258/hir.2018.24.2.95>
- Low, W. Y., Tong, W. T., Wong, Y. L., Zulkifli, S. N., & Tan, H. M. (2019). Self-management and symptom relief in menopausal women: A randomized controlled trial of a structured education program. *Menopause*, 26(2), 173-181. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001207>

- Lu, Y.-H., Rosner, B., Chang, G., Fishman, L. M., & Choi, H. K. (2016). Twelve-minute daily yoga regimen reverses osteoporotic bone loss. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 32(2), 81-87. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000105>
- Lucas, M., Mirzaei, F., Pan, A., Okereke, O. I., Willett, W. C., & Ascherio, A. (2009). Dietary intake of n-3 and n-6 fatty acids and the risk of clinical depression in women: A 10-y prospective follow-up study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(3), 935-941. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26871>
- Mansikkamäki, K., Raitanen, J., Malila, N., Sarkeala, T., Männistö, S., & Luoto, R. (2015). Physical activity and menopause-related quality of life-a population-based cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0204-1>
- Martin, F. (1990). *Symptom management model*. Unpublished manuscript, University of California, San Francisco, CA.
- Martin, D., Rimes, K. A., Gilbody, S., & Richards, D. A. (2016). Menopause-related symptoms and their association with quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 90, 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.003>
- Martini, D., Rossetti, D. V., & Ventura, E. (2020). Mediterranean diet and menopausal health: An overview of current evidence. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 71(5), 543-552. <https://doi.org/10.1080/09637486.2020.1725969>
- McCabe, M. P., & Goldhammer, D. L. (2013). Demographic and relationship predictors of sexual desire and sexual satisfaction in older women. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(3), 235-247.
- McCurry, S. M., Von Korff, M., Vitiello, M. V., Balderson, B. H., & Morin, C. M. (2016). Frequency, severity, and impact of insomnia symptoms in older adults. *Sleep*, 39(2), 395-403. <https://doi.org/10.5665/sleep.5452>
- Messina, M. (2014). Soy foods, isoflavones, and the health of postmenopausal women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 100(1), 423S-430S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.071464>
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398-1414. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>

- Murtagh, E. M., Murphy, M. H., Murphy, N. M., Woods, C., Nevill, A. M., & Lane, A. (2015). Prevalence and correlates of physical inactivity in community-dwelling older adults in Ireland. *PLOS ONE*, 10(2), e0118293.
- Nappi, R. E., & Chedraui, P. (2012). Health outcomes in postmenopausal women: Hormone therapy and beyond. *Gynecological Endocrinology*, 28(9), 703–707.
- Nappi, R. E., Albani, F., & Kingsberg, S. A. (2021). Menopause symptoms: Beyond vasomotor. *Climacteric*, 24(2), 117–123. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1824305>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Menopause: Diagnosis and management (NICE guideline NG23)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- Nelson, H. D. (2008). Menopause. *The Lancet*, 371(9614), 760–770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60346-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60346-3)
- Nelson, H. D., Fu, R., Cantor, A., Pappas, M., Daeges, M., & Humphrey, L. (2016). Effectiveness of breast cancer screening: Systematic review and meta-analysis to update the 2009 US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 164(4), 244–255.
- Nisar, N., & Sohoo, N. A. (2009). Severity of menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: A community-based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 1(1), 12–25.
- Norozi, E., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A., Moodi, M., & Sharifirad, G. (2013). Determinants of quality of life in postmenopausal women: A population-based study in Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 13(1), 20–25.
- North American Menopause Society. (2022). *The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. <https://www.menopause.org>
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ong, J. C., Shapiro, C. M., & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy*, 39(2), 171–182. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.002>
- Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., & Villaseca, P. (2022). Age of menopause and impact of climacteric symptoms on quality of life in women across Latin America. *Climacteric*, 25(1), 43–49.

- Panagiotakos, D. B., Notara, V., & Georgousopoulou, E. N. (2018). Mediterranean diet and health outcomes: An umbrella review. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(4), 403-419. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.01.002>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Poomalar, G. K., Arounassalame, B., & Jayasree, M. (2013). The quality of life during and after menopause among rural women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(1), 135-139. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2012/4910.2668>
- Radtke, J. V., Terhorst, L., & Cohen, S. M. (2011). The MENQOL and predictors of quality of life among breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 34(4), E1-E10.
- Refaei, M., Mardanpour, M., Masoumi, S. Z., & Parsa, P. (2022). Menopausal transition: A review of the physiological and psychological changes. *BMC Women's Health*, 22(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01956-1>
- Salazar, A., de Sola, H., Failde, I., & Moral-Munoz, J. A. (2018). Measuring the quality of mobile applications for the management of chronic diseases: A systematic review. *Journal of Medical Systems*, 42(12), 214. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-1071-0>
- Samal, S., & Dash, M. (2021). Effectiveness of self-care intervention on menopausal symptoms among postmenopausal women: A quasi-experimental study. *Journal of Women's Health Care*, 10(1), 502. <https://doi.org/10.35248/2167-0420.21.10.502>
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2021). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 50(3), 531-547.
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The menopausal transition: Signs, symptoms, and management options. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1-15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Schneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., Rosemeier, H. P., Potthoff, P., & Behre, H. M. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): Reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 3(1), 59-64. <https://doi.org/10.3109/13697130009167635>
- Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2014). Monounsaturated fatty acids and risk of cardiovascular disease: Synopsis of the evidence available from systematic reviews and meta-analyses. *Nutrients*, 6(1), 154-167. <https://doi.org/10.3390/nu6010154>

- Slavin, J. (2004). Whole grains and human health. *Nutrition Research Reviews*, 17(1), 99-110.
<https://doi.org/10.1079/NRR200374>
- Sorofman, B., Tripp-Reimer, T., Lauer, G. M., & Martin, M. E. (1990). Symptom self-care. *Holistic Nursing Practice*, 4(2), 45-55. <https://doi.org/10.1097/00004650-199002000-00009>
- Sriprasert, I., Pantasri, T., Piyamongkol, W., Suwan, N., Chaikittisilpa, S., Sturdee, D. W., & Hunter, M. S. (2017). Prevalence of menopausal symptoms in Thai women. *Climacteric*, 20(6), 581-587. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1364449>
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 541-553. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30532-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30532-X)
- Sun, H., Wang, H., Zhang, Y., Liu, Y., & Xu, C. (2018). Characterizing menopause symptoms in Chinese women. *BMC Women's Health*, 18(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0606-1>
- Tan, Y. C., Chien, M. Y., & Yang, H. T. (2023). Effectiveness of resistance exercise on muscle mass in postmenopausal women: A meta-analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 31(1), 88-100.
- Tang, S., Chen, C., & Wang, Y. (2019). Web-based intervention for improving quality of life in menopausal women: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e12265. <https://doi.org/10.2196/12265>
- Tapsell, L. C., Hemphill, I., Cobiac, L., Patch, C. S., Sullivan, D. R., Fenech, M., & Inge, K. E. (2006). Health benefits of herbs and spices: The past, the present, the future. *Medical Journal of Australia*, 185(4 Suppl), S4-S24. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00367.x>
- Teixeira, L. E., Gobbi, S., Pereira, J. R., Ueno, D. T., & Hallal, C. Z. (2013). Effects of square stepping exercise on balance and functional fitness in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(1), 85-92.
- Telles, S., Singh, N., & Balkrishna, A. (2017). Managing mental health disorders resulting from trauma through yoga: A review. *Depression Research and Treatment*, 2017, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2017/4190712>
- Teut, M., Dahler, J., Längler, A., & Roll, S. (2013). Mindfulness-based interventions for menopausal symptoms-A systematic review. *Maturitas*, 75(2), 127-134.

- Thai Menopause Society. (2023). *Clinical practice guideline on menopausal hormone therapy*. In S. Chaikittisilpa et al., *Summary of the 2023 Thai Menopause Society Clinical Practice Guideline on Menopausal Hormone Therapy*. *Journal of Menopausal Medicine*, 30(1), 24-36. <https://doi.org/10.6118/jmm.24006>
- Thoma, M. V., La Marca, R., Brönnimann, R., Finkel, L., Ehlert, U., & Nater, U. M. (2013). The effect of music on the human stress response. *PLOS ONE*, 8(8), e70156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070156>
- Tong, X. (2013). Menopause and osteoporosis: Hormonal mechanisms and therapeutic approaches. *Endocrine Reviews*, 34(3), 234-250. <https://doi.org/10.1210/er.2012-1065>
- Tschentscher, M., Niederseer, D., & Niebauer, J. (2013). Health benefits of Nordic Walking: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1), 76-84.
- Tudor - Locke, C., & Bassett, D. R. Jr. (2004). How many steps/day are enough? *Sports Medicine*, 34(1), 1-8.
- Wang, Y., Li, X., Zhang, M., & Chen, Z. (2020). Effectiveness of a symptom management intervention based on Symptom Management Theory in Chinese menopausal women: A randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 20, 112. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00970-y>
- Wang, Y., Zhang, H., & Tang, X. (2021). Long-term effects of menopause on quality of life: A population-based study. *Menopause*, 28(2), 133-139. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001470>
- Woods, N. F., Mitchell, E. S., & Smith-DiJulio, K. (2000). Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(5), 633-642. <https://doi.org/10.1089/15246090050043136>
- World Health Organization. (1996). *Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO scientific group* (WHO Technical Report Series, No. 866). World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (WHO Technical Report Series, No. 894). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2016). *Process of translation and adaptation of instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

World Health Organization. (2019). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2022). *Menopause: A transition with opportunities for health promotion*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>

World Health Organization. (2022). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO Press.



Christian University of Thailand



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. แพทย์หญิงฐิติมา จิระสวัสดิ์ | <p>อาจารย์หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ตติรนต์ เตชะศักดิ์ศร | <p>อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา</p> |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้ | <p>คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> |



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

Christian University of Thailand

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



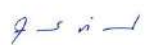
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
 ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางกรรภิรมย์ กระจำวงศ์พงษ์

ได้ผ่านการเข้าร่วมโครงการ

การอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ปีการศึกษา 2566

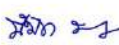
วันจันทร์ที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ณ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม
 ขอพระเจ้าทรงอวยพระพรให้ท่านจงประสบแต่ความสุขและความเจริญก้าวหน้าสืบไป
 มอบไว้ ณ วันจันทร์ที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุลักษณ์ ภักธรธรรมนาศ)
อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน



(ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)
ผู้ช่วยอธิการบดี ด้านวิจัย



(รองศาสตราจารย์ ดร.นิมิตร มรกต)
ที่ปรึกษา ชมรมจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

**Certificate of Accomplishment**

This certifies that

Kanpirom Krajangpong

Has successfully completed the training course of

Human Research Protection

July 11, 2023

Phuangphaka Krethong

(Assistant Professor Phuangphaka Krethong)

Vice President

Navamindradhiraj University

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เอกสารรับรองเลขที่ : น. 17/2567

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน

ชื่อผู้วิจัย : นางกรรณิรมย์ กระจ่างพงษ์

หน่วยงาน : หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ขอรับรองว่า โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับรอง : 13 พฤศจิกายน 2567

วันที่หมดอายุ : 12 พฤศจิกายน 2569



ลงชื่อ

(ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยคริสเตียน



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทร. ๐-๒๒๖๔๔-๓๔๔๓
 ที่ สบง.ภภ. ๑๖๕๘/๒๕๖๘ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘
 เรื่อง ผลการพิจารณาเรื่องโครงการวิจัย (Expedited)
 เรียน นางกรรภิรมย์ กระจำพงษ์
 รศ.พ.อ.ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูธิราช เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดทรรวมของประจักษ์เตือนต่อความรุนแรงของโรคประจักษ์เตือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน เลขที่โครงการ ๒๕๖๘/๖๗ E คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๑๒ เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ภายในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

1. Research Protocol version 4 date 26 December 2024
 2. Information sheet version 2 date 16 December 2024
 3. Consent form version 2 date 16 December 2024
 4. Case Record Form version 2 date 16 December 2024
 5. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of Conflict of Interest
- 5.1 Investigator's
- 1) Mrs. Kanpirom krajangpon
 - 2) Asst. Prof. Dr. Nongpinol Nimit-amun

ลงนาม.....
 (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล)
 ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูธิราช

หมายเหตุ : พิจารณาแบบยังไม่ได้มีการ Acknowledge ในการประชุมครั้งที่...๑...ปี...๒๕๖๘...



แบบประเมินความพึงพอใจ
 ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่

RLC : ๒๕๖๘/๖๗ E
 ๑. เก็บใบรายงานความก้าวหน้า ๘/๗/๖๘
 ๒. ปิดเล่มเอกสาร และส่งคืน ๒๖/๖๘

681 SAMSEN ROAD, DUSIT, BANGKOK 10300 Tel. 0-2244-3843				COA 232/2567	
INSTITUTIONAL REVIEW BOARD FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL CERTIFICATE OF APPROVAL					
The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine Vajira Hospital, is in full compliance with the international guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)					
PROTOCOL TITLE		Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and Quality of Life in Menopausal Women ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน			
STUDY CODE		236/67 E			
PRINCIPAL INVESTIGATOR		Mrs. Kanpirom Krajangpon Asst. Prof. Dr. Nongpimol Nimit-amun			
AFFILIATION		Department of Nursing Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University			
DOCUMENT REVIEWED		1. Research Protocol version 4 date 26 December 2024 2. Information sheet version 2 date 16 December 2024 3. Consent form version 2 date 16 December 2024 4. Case Record Form version 2 date 16 December 2024 5. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of Conflict of Interest 5.1 Investigator's 1) Mrs. Kanpirom Krajangpon 2) Asst. Prof. Dr. Nongpimol Nimit-amun			
		Signature _____ (Professor Siriwan Tangjitsamol, M.D.) Chairman Vajira Institutional Review Board			
Initial Approval					
Date of Approval		26/12/2024			
Approval Expire Date		25/12/2025			
Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)					

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) veering the Institutional Review Board's seal of approval; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested; (...12...Months)
4. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.



Ch

d

สำนักงานคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (สภามหาวิทยาลัยนวมินทราชดิราช)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชดิราช
681 ถนนสามเสน แขวงจันทบุรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
โทรศัพท์ 0-2244-3843

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน
ผู้สนับสนุนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้ทุนส่วนตัวของผู้วิจัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางกรรณิรมย์ กระจำพงษ์
ที่อยู่ ห้องคลอด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต
จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10300
เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 097-1154759

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์
ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 144 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม
จังหวัดนครปฐม 73000
เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 081-3769001

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่ท่านด้วยตัวเอง ภายในห้องให้คำปรึกษาภายในหน่วยงาน ซึ่งเป็นบริเวณที่อยู่คนละส่วนกับที่ทำการ ตรวจรักษา ปรากฏจากการรบกวนจากผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ต้องให้บริการการรักษาคตามปกติ โดยจะใช้เวลาในการชี้แจงข้อมูลแก่ท่าน 5 นาที และให้เวลาท่านตัดสินใจ 5 นาทีว่าจะเข้าร่วม โครงการวิจัยหรือไม่

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือน และมารับบริการคลินิกวัยทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เหมาะสมที่จะเป็นอาสาสมัคร ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดเพิ่มเติม กรุณาซักถามผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่ท่านไว้วางใจได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรง
อาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ
ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการ
เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้า
จะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง
ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยที่ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการ
วิจัย และสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่
ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
เป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่องานของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย
ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ
วิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางกรรณิพย์ กระจำวงศ์ เบอร์โทรศัพท์ 0971154759 ติดต่อได้
ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถ
ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขโทรศัพท์ 0-2244-3843

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลง
ลายมือชื่อไว้



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL NAVAMINDRADHIRAJ UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ.....
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน/เขียนหนังสือได้ แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึง
พิมพ์ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

พิมพ์ลายนิ้วมือขวา

ของ นาย / นาง / นางสาว(ผู้เข้าร่วมวิจัย)



Christian University of Thailand



มหาวิทยาลัยคริสเตียน
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND

ที่ ม.คต. 27/2425/2568

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2568

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือ “แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL)”

เรียน ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ด้วยนางกรรณิรมย์ กระจำพงษ์ รหัสนักศึกษา 662015 เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ขณะนี้กำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and Quality of Life in Menopausal Women) โดยมี รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุจนเวช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นควรขออนุญาตใช้เครื่องมือ “แบบประเมินอาการวัยหมดประจำเดือน (Menopause Rating Scale: MRS)” จากสมุดบันทึกสุขภาพวัยทำงาน Update 22-03-2021 ปีที่ 2564 เลขหน้า 14-15. ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นักศึกษาของหลักสูตรฯ นางกรรณิรมย์ กระจำพงษ์ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประยุกต์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัย/ชื่อนักศึกษา นางกรรณิรมย์ กระจำพงษ์ Email: kanpiromkrajangpong@gmail.com

หมายเลขโทรศัพท์นักศึกษา 0971154759

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด) 034-388555 ต่อ 2204



มหาวิทยาลัยคริสเตียน
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND

ที่ ม.คต. 27/ 2426 /2568

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2568

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือ “แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL)”

เรียน นายแพทย์มานิต ศรีประโมทย์

ด้วยนางกรรณิพย์ กระจ่างพงษ์ รหัสนักศึกษา 662015 เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ขณะนี้กำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and Quality of Life in Menopausal Women) โดยมี รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นควรขออนุญาตใช้เครื่องมือ “แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL)” จากวิจัย เรื่อง ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดย อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ มานิต ศรีประโมทย์ และกฤต วานิชฉะทอง. (2544). ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *Vajira Medical Journal*, 45(1), 1-11. ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นักศึกษาของหลักสูตรฯ นางกรรณิพย์ กระจ่างพงษ์ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประยุกต์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัย/ชื่อนักศึกษา นางกรรณิพย์ กระจ่างพงษ์ Email: kanpiromkrajangpong@gmail.com

หมายเลขโทรศัพท์นักศึกษา 0971154759

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด) 034-388555 ต่อ 2204



มหาวิทยาลัยคริสเตียน
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND

ที่ ม.คต. 27/2426/2568

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2568

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือ "แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL)"

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

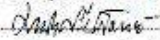
ด้วยนางกรภิรรมย์ กระ้างพงษ์ รหัสนักศึกษา 662015 เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาศาสตร์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล ชั้นปีที่ 2 หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนต่อความรุนแรงอาการหมดประจำเดือน และคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Effects of Symptom Management Program on Menopausal Symptom Severity and Quality of Life in Menopausal Women) โดยมี รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นควรขออนุญาตใช้เครื่องมือ "แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL)" จากวิจัย เรื่อง ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดย อังคณา พงศ์ผาติโรจน์ มานิต ศรีประโมทย์ และกฤต วานิชวัฒนา (2544). ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *Vajira Medical Journal*, 45(1), 1-11. ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นักศึกษาของหลักสูตรฯ นางกรภิรรมย์ กระ้างพงษ์ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประยุกต์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสตรี
วัยหมดประจำเดือน (Menopause-Specific
Quality of Life Questionnaire: MENQOL)


(ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์มานิต ศรีประโมทย์)


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์)
คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัย/ชื่อนักศึกษา นางกรภิรรมย์ กระ้างพงษ์ Email: kanpiromkrajangpong@gmail.com
หมายเลขโทรศัพท์นักศึกษา 0971154759

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางสาวประภัสร์ศิริ สิงห์หวัด) 034-388555 ต่อ 2204

แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน

Menopause Rating Scale (MRS)

Which of the following symptoms apply to you at this time? Please, mark the appropriate box for each symptom. For symptoms that do not apply, please mark 'none'.

Symptoms:

	none	mild	moderate	severe	very severe
Score	0	1	2	3	4
1. Hot flushes, sweating (episodes of sweating)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Heart discomfort (unusual awareness of heart beat, heart skipping, heart racing, tightness)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity and satisfaction)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatoid complaints)	☐	☐	☐	☐	☐

Heinemann, L. A., Potthoff, P., & Schneider, H. P. (2003). International versions of the menopause rating scale (MRS). Health and quality of life outcomes, 1, 1-4.

แบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน

Appendix I

**THE MENOPAUSE-SPECIFIC
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE**

Primary Care Research Unit
Department of Family and Community Medicine
Sunnybrook Health Science Centre
University of Toronto

Copyright: John R. Hilditch, Jacqueline Lewis 1992

The development of this questionnaire was funded by CIBA-Geigy Canada Ltd., Mississauga, Canada

This questionnaire may be used freely for research purposes. The authors request acknowledgement in any research publications in which the questionnaire is used.

INSTRUCTIONS

Each of the items in the questionnaire is in the form of the examples below:

	Not at all bothered	0	1	2	3	4	5	6	Extremely bothered
NIGHT SWEATS	☐								
	No								Yes

Indicate whether or not you have experienced this problem in the *last month*.

IF YOU **HAVE NOT** EXPERIENCED THE PROBLEM:

Mark "No"

NIGHT SWEATS	☐	☐	→	0	1	2	3	4	5	6
	No	Yes								

Go to the next item.

IF YOU **HAVE** EXPERIENCED THE PROBLEM:

Mark "Yes", then circle how *bothered* you were by the problem

NIGHT SWEATS	☐	☐	→	0	1	2	3	4	5	6
	No	Yes								

Go to the next item.

This questionnaire is completely confidential. Your name will not be associated with your responses. However, if for any reason you do not wish to complete an item, please leave it and go on to the next one.

The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

For each of the following items, indicate whether you have experienced the problem in the **PAST MONTH**. If you have, rate how much you have been *bothered* by the problem.

	Not at all bothered		0	1	2	3	4	5	6	Extremely bothered
1. HOT FLUSHES OR FLASHES	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
2. NIGHT SWEATS	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
3. SWEATING	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
4. BEING DISSATISFIED WITH MY PERSONAL LIFE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
5. FEELING ANXIOUS OR NERVOUS	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
6. EXPERIENCING POOR MEMORY	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
7. ACCOMPLISHING LESS THAN I USED TO	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
8. FEELING DEPRESSED, DOWN OR BLUE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
9. BEING IMPATIENT WITH OTHER PEOPLE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
10. FEELINGS OF WANTING TO BE ALONE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
11. FLATULENCE (WIND) OR GAS PAINS	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6

Primary Care Research Unit
Department of Family and Community Medicine
Sunnybrook Health Science Centre
University of Toronto

Copyright: John R. Hilditch, Jacqueline Lewis 1992

The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire											
		Not at all bothered	0	1	2	3	4	5	6	Extremely bothered	
12.	ACHING IN MUSCLES AND JOINTS	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
13.	FEELING TIRED OR WORN OUT	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
14.	DIFFICULTY SLEEPING	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
15.	ACHES IN BACK OF NECK OR HEAD	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
16.	DECREASE IN PHYSICAL STRENGTH	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
17.	DECREASE IN STAMINA	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
18.	FEELING A LACK OF ENERGY	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
19.	DRYING SKIN	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
20.	WEIGHT GAIN	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
21.	INCREASED FACIAL HAIR	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
22.	CHANGES IN APPEAR- ANCE, TEXTURE OR TONE OF YOUR SKIN	☐ Yes ☐ No	→	0	1	2	3	4	5	6	
23.	FEELING BLOATED	☐ No ☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	

Primary Care Research Unit
Department of Family and Community Medicine
Sunnybrook Health Science Centre
University of Toronto

Copyright: John R. Hildach, Jacqueline Lewis 1992

The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

	Not at all bothered		0	1	2	3	4	5	6	Extremely bothered
24. LOW BACKACHE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
25. FREQUENT URINATION	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
26. INVOLUNTARY URINATION WHEN LAUGHING OR COUGHING	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
27. CHANGE IN YOUR SEXUAL DESIRE	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6
28. VAGINAL DRYNESS DURING INTERCOURSE	☐ Yes	☐ No	→	0	1	2	3	4	5	6
29. AVOIDING INTIMACY	☐ No	☐ Yes	→	0	1	2	3	4	5	6

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ให้ไว้ในแต่ละข้อ หรือเติมคำในช่องว่างตามความเหมาะสม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี.....เดือน
2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส/คู่ ☐ หย่าร้าง/ หม้าย
3. สมาชิกในครอบครัว ☐ 1-4 คน ☐ 5-8 คน ☐ 9 คนขึ้นไป
4. ท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
☐ อยู่ตามลำพัง ☐ อยู่กับบิดา-มารดา
☐ อยู่กับสามี และ/หรือลูก ☐ อยู่กับญาติ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพปัจจุบัน
☐ ว่างาน/ ทำงานบ้าน ☐ เกษตรกรรม ☐ ค้าขาย
☐ รับจ้าง/ ลูกจ้าง ☐ เอกชน ☐ รับราชการ
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อื่น ๆ
6. รายได้ (บาท) ต่อเดือน
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-7,000 บาท
☐ 7,001-9,000 บาท ☐ 9,001-11,000 บาท
☐ 11,001-15,000 บาท ☐ 15,001-20,000 บาท
☐ มากกว่า 20,000 บาท
7. ประวัติการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
8. สิทธิการรักษาพยาบาล
☐ จ่ายเอง ☐ เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง
☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพแห่งชาติ
☐ ประกันสุขภาพเอกชน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ

1. ผลการตรวจสุขภาพ วัน เดือน ปี ที่ตรวจ.....
 น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 ดัชนีมวลกาย (BMI).....กก/ม²
 ผลตรวจระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
 ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด.....มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคปวดข้อ
- ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคหัวใจ
- ☐ โรคปวดกล้ามเนื้อ
- ☐ โรคระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3. ขณะนี้ประจำเดือนของท่านยังมีอยู่หรือไม่ ถ้ามี ลักษณะเป็นอย่างไร

- ☐ มี ประจำเดือนยังปกติหรือผิดปกติแต่ไม่เกิน 3 เดือน
- ☐ มี ประจำเดือนผิดปกติเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน แต่ไม่เกิน 11 เดือน
- ☐ ไม่มี ประจำเดือนขาดติดต่อกัน แต่ไม่ถึง 12 เดือน
- ☐ ไม่มี ประจำเดือนขาดติดต่อกัน 12 เดือนขึ้นไป

4. การมีประจำเดือนผิดปกติหรือการหมดประจำเดือนของท่านเกิดจากสาเหตุใด

- ☐ หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ
- ☐ ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่

5. ท่านหมดประจำเดือน เมื่ออายุเท่าใด

- ☐ ยังไม่หมด
- ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี ☐ 40-45 ปี ☐ 46-50 ปี ☐ 51-55 ปี
- ☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี

6. ท่านรับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน

- ☐ รักษา ☐ ไม่รักษา

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน

คำชี้แจง : ท่านมีอาการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ	ไม่มี (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก.....					
2. ใจสั่น แน่นหน้าอก.....					
3. นอนไม่หลับ หลับได้ไม่นาน.....					
4. อารมณ์ซึมเศร้า อยากร้องไห้.....					
5. กระสับ กระส่าย.....					
6. วิดกกังวล ตื่นเต้น.....					
7. ความจำไม่ดี ลืมง่าย.....					
8. ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์.....					
9. ปัญหาทางระบบปัสสาวะ.....					
10. ช่องคลอดแห้ง.....					
11. ปัญหาของข้อและกล้ามเนื้อ.....					
รวมคะแนน					

การแปลผล

คะแนน	แปลผล	คำแนะนำ
0	ไม่มีอาการ	- ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน - งดสูบบุหรี่ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
1 - 4	อาการน้อย	- ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน - งดสูบบุหรี่ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
5 - 8	อาการปานกลาง	- ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทก โดยเฉพาะข้อเข่า เช่น การกระโดดเชือก หรือการออกกำลังกายที่ทำให้เข่ารับน้ำหนักมาก - ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง เพื่อบำรุงกระดูกและส่วนต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะตัวเมสันต์แห่ง - ทำกิจกรรมยามว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญตักบาตร เป็นต้น - ควรสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ลดอาการร้อนวูบวาบ - ผู้หญิงที่มีอาการช่องคลอดแห้งความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศลดลง สามารถบรรเทาได้ด้วยการใช้เจลหล่อลื่นในช่องคลอดโดยตรง และควรบริหารอุ้งเชิงกราน (ขมิบ) อย่างสม่ำเสมอ
9 - 15	อาการมาก	- ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทก โดยเฉพาะข้อเข่า เช่น การกระโดดเชือก หรือการออกกำลังกายที่ทำให้เข่ารับน้ำหนักมาก - ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง เพื่อบำรุงกระดูกและส่วนต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะตัวเมสันต์แห่ง - ทำกิจกรรมยามว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญตักบาตร เป็นต้น - ควรสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ลดอาการร้อนวูบวาบ - ผู้หญิงที่มีอาการช่องคลอดแห้งความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศลดลง สามารถบรรเทาได้ด้วยการใช้เจลหล่อลื่นในช่องคลอดโดยตรง และควรบริหารอุ้งเชิงกราน (ขมิบ) อย่างสม่ำเสมอ
16 ขึ้นไป	ปรึกษาแพทย์	หากมีอาการควรปรึกษาแพทย์

ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน

คำแนะนำ: คำถามต่อไปนี้สอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่

1. ถ้าไม่มีอาการ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่มี”
2. ถ้ามีอาการ ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” แล้ววงกลมว่า อาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตของคุณมากน้อยเพียงใด
 - ถ้าไม่มีผลกระทบต่อชีวิต วงกลมล้อมรอบเลข 0
 - ถ้ามีผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุด วงกลมล้อมรอบเลข 6

ไม่มีผลกระทบต่อชีวิต 0 1 2 3 4 5 6 มีผลกระทบต่อชีวิตมากที่สุด
 ←—————→

1. ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาว.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
2. เหงื่อออกกลางคืน.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
3. เหงื่อออกง่าย.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
4. มีความรู้สึกไม่พึงพอใจ....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
5. รู้สึกวิตกกังวล.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
6. ความจำ.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
7. ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
8. มีอาการซึมเศร้า ไม่รื่นเริงจิตใจห่อเหี่ยว.....	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 ท้องอืด.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
12. ปวดกล้ามเนื้อ และข้อ....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
13. รู้สึกเหนื่อยง่าย.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
14. นอนหลับยาก.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
15. ปวดต้นคอ.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6

16. ความแข็งแรงร่างกาย	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
ลดลง.....									
17. ความทรหดอดทนน้อยลง	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
18. รู้สึกหดรัดเรียวแรง.....	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. ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
23. ลักษณะ ความเต่งตึง สี	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
ของผิวหนัง.....									
24. ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
25. ถ่ายปัสสาวะบ่อย.....	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
26. ไอจาม หรือหัวเราะมี	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
ปัสสาวะ เล็ด.....									
27. ความต้องการทางเพศ	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
เปลี่ยนไป.....									
28. ช่องคลอดแห้ง เจ็บขณะมี	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
เพศสัมพันธ์.....									
29. หลีกเลียงความสัมพันธ์	ไม่มี	มี	0	1	2	3	4	5	6
ทางเพศ.....									
30. ขณะนี้สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร									
() ดีมาก	() ดี								
() ปานกลาง	() ไม่ดี								
() แย่มาก									

ขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลต่าง ๆ จะถูกปกปิดเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆ
ต่อท่าน

แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (โดยผู้วิจัย)

การตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ
CBC			
Hemoglobin			
Hematocrit			
FBS			
Total Cholesterol			
Triglyceride			
HDL			
LDL			
Uric			
BUN			
Creatinine			
SGOT			
SGPT			
Alkaline Phosphatase			

แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรกับภัยหาคประจำเดือน”

ส่วนที่ 1: ข้อมูลความพึงพอใจต่อ แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรกับภัยหาคประจำเดือน”

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นตามความเป็นจริง โดยกำหนดคะแนน ได้แก่

5 หมายถึง มีคุณภาพดีมาก

4 หมายถึง มีคุณภาพดี

3 หมายถึง มีคุณภาพปานกลาง

2 หมายถึง มีคุณภาพน้อย

1 หมายถึง ควรปรับปรุง

หมายเหตุ หากท่านมีความคิดเห็นใดๆ นอกเหนือจากที่มีประเมินนี้ กรุณาระบุลงในข้อเสนอแนะ เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาสื่อต่อไป

รายการประเมิน	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการใช้งานแอปพลิเคชัน					
1. แอปพลิเคชันมีการประมวลผลที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องตรงตามความต้องการของท่าน					
2. คำอธิบาย ส่วนประกอบต่าง ๆ บนหน้าจอของแอปพลิเคชันมีความชัดเจน					
3. แอปพลิเคชันมีการแสดงผลรายงานที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้					
4. แอปพลิเคชันมีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ใช้อยู่เสมอ					
5. การใช้งานของแอปพลิเคชันง่ายและสะดวก					
ด้านเนื้อหาและสื่อ					
1. เนื้อหาและสื่อมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ					
2. เนื้อหาและสื่อมีความเหมาะสมระดับของผู้ใช้งาน					
3. เนื้อหาของสื่อมีระยะเวลาที่เหมาะสม					
4. เนื้อหาและสื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน					

รายการประเมิน	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5. เนื้อหาและสื่อเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ได้					
6. มีคู่มือแนะนำการใช้งานของสื่ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย					
ด้านประโยชน์ต่อการใช้งาน					
1. การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในแอปพลิเคชัน					
2. แอปพลิเคชันสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของท่าน					
3. แอปพลิเคชันมีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

Christian University of Thailand

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการอาการหมดประจำเดือนสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน

เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบรายบุคคล (Individual learning) เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการอาการด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ สตรีวัยหมดประจำเดือนเข้ารับการรักษาน ณ คลินิกวัยทอง ห้องตรวจนรีเวชกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ และติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 (อังสินันท์ พรหมนิมิต และคณะ, 2565; จันทระเกษม เทียนทรัพย์ และคณะ, 2566) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การประเมินและวางแผน

วัตถุประสงค์: ประเมินความรู้พื้นฐาน ประสิทธิภาพการหมดประจำเดือน และสภาพร่างกาย รวมถึงอาการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเรียนรู้รายบุคคล

กิจกรรม:

การเรียนรู้รายบุคคล ณ คลินิกวัยทอง แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองสร้างสัมพันธภาพ (Health care provider partnerships) โดยการทักทาย แนะนำตัวเอง และอื่นๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 15 นาที ในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหมดประจำเดือน การจัดการอาการหมดประจำเดือนด้วยตัวเอง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ

2. ผู้วิจัยดำเนินการดาวน์โหลด (Download) ติดตั้งโปรแกรม (Smart phone) เรื่อง “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ลงในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Smart phone) มอบคู่มือการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) และให้คำแนะนำแก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวิธีการใช้แอปพลิเคชันใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3. อธิบายขั้นตอนการเข้าทำแบบประเมินในแอปพลิเคชันหัวข้อหลัก “อาการหมดประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?” และผลกระทบต่อชีวิตของคุณ ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopause rating scale) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopausal - Specific Quality of Life questionnaire) ตามลำดับ และแนะนำการแปลผลการประเมิน

อาการวัยหมดประจำเดือนด้วยตนเอง ในระหว่างที่กลุ่มทดลองทำแบบประเมิน หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อถามผู้วิจัยได้ตลอด

4. แนะนำการเข้าใช้แอปพลิเคชันในแต่ละหัวข้อหลัก และหัวข้อย่อย จนกลุ่มทดลองสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง

5. แลกเปลี่ยนที่อยู่แอปพลิเคชันไลน์ อธิบายการติดตาม กำหนดวันและเวลาเพื่อกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง” โดยติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกสัปดาห์จนถึงสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 6 หากกลุ่มทดลองต้องการติดต่อกับผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ทางหัวข้อหลักที่ 6 “ติดต่อเรา”

ขั้นตอนที่ 2: การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการจัดการอาการ

วัตถุประสงค์: พัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการอาการผ่านการเรียนรู้รายบุคคล

กิจกรรม:

1. จัดการเรียนรู้รายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน โดยแอปพลิเคชันประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้

หัวข้อที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการหมดประจำเดือน กลุ่มอาการหมดประจำเดือน และผลกระทบของการหมดประจำเดือน

หัวข้อที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการหมดประจำเดือนแบบไม่ใช้ยา/ธรรมชาติบำบัด ได้แก่ โภชนาบำบัด การจัดการความเครียด การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การออกกำลังกายแบบ “กายผสมจิต” การส่งเสริมสัมพันธ์ทางเพศ และการตรวจสุขภาพ

2. แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินอาการหมดประจำเดือน ทางแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรกับวัยหมดประจำเดือน

3. นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชันจัดการอย่างไรในวัยทอง ผู้วิจัยกำหนดนัดวันและเวลาร่วมกับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 3: การสนับสนุนและติดตามความก้าวหน้า

วัตถุประสงค์: ติดตามความก้าวหน้าในการจัดการอาการ และให้การสนับสนุนเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กิจกรรม:

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ตามวันเวลาที่นัดหมาย ทางไลน์แอปพลิเคชัน กำกับติดตาม การทบทวนสาระสำคัญ การชี้แนะและให้คำปรึกษา ผ่านการสื่อสารสองทางเพื่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน (Web application) การติดตามมีดังนี้

- ติดตามผลการจัดการอาการ โดยการบันทึกอาการรายวันของผู้ป่วย

- จัดการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า และปรับปรุงแนวทางการจัดการอาการตามผลลัพธ์ที่ได้รับ

- ให้การสนับสนุนผ่านการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. กระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน“จัดการอย่างไรในวัยทอง”

2.1 เตือนเรื่องการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน“จัดการอย่างไรในวัยทอง” และการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน โดยกระตุ้นเตือนดังนี้

2.1.1 การทบทวนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือน

2.2.2 การจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน

2.2.3 การฝึกปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายผ่านหัวข้อ “ก้าวตามตาราง” ติดตามผลการเข้าใช้งาน

2.2 กระตุ้นการปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน

3. แนะนำการประเมินอาการหมดประจำเดือน โดยทำแบบประเมินผ่านทางทางแอปพลิเคชัน“จัดการอย่างไรในวัยทอง” แจกกลุ่มทดลองหากมีปัญหาต้องการคำแนะนำสามารถติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา

4. นัดพบครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ติดตามผลการใช้งานแอปพลิเคชัน“จัดการอย่างไรในวัยทอง” ผู้วิจัยกำหนดนัดวันและเวลาร่วมกับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินผลและการติดตาม

วัตถุประสงค์: ประเมินผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และให้คำแนะนำในระยะยาว
กิจกรรม:

1. ประเมินอาการทั้งหมดหลังจาก 6 สัปดาห์ และวิเคราะห์ผลการปรับปรุงอาการของผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องเพื่อรักษาผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดการทดลอง
3. ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในสัปดาห์ที่ 6

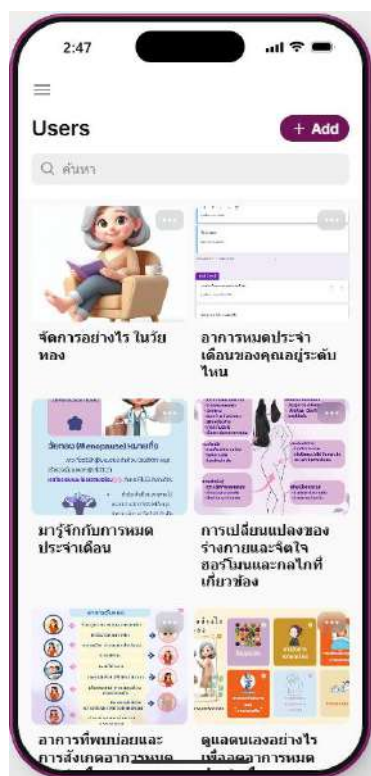
ใช้ระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญชวนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการอาการ ติดตามการมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลงและทักษะการจัดการอาการเป็นระยะ ผู้วิจัยใช้การติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน เป็นรายบุคคล รายละ 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อทบทวนความรู้ สอบถามข้อจำกัดหรือข้อคำถามใดๆ ที่อาจพบที่บ้านระหว่างการจัดการอาการหมดประจำเดือนด้วยตนเองรวมทั้งการกระตุ้นให้กำลังใจในการจัดการอาการอย่างต่อเนื่องตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 หลังจากนั้นผู้วิจัยเปลี่ยนเป็น “รายกลุ่มๆ ละ 3-5 คน” ผ่านสื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) เรื่อง “จัดการอย่างไรในวัยทอง” ใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ณ คลินิกวัยทอง หน่วยผู้ป่วยนอก 3



Christian University of Thailand

คู่มือการใช้งานแอปพลิเคชัน “จัดการอย่างไรในวัยทอง”



ขั้นตอนที่ 1 ประเมินอาการหมดประจำเดือนของตนเอง

กดเลือกหัวข้อที่ 1 “อาการหมดประจำเดือนของคุณอยู่ระดับไหน?”

เพื่อเข้าสู่แบบสอบถามสำหรับประเมินระดับความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน

- ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนแบบประเมินจะครอบคลุมอาการทั้งทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม และรับฟังผลการแปลผลจากผู้วิจัยหลังจากทำแบบประเมินเสร็จ
- กด “ลูกศรย้อนกลับ” ที่อยู่ด้านล่างสุดของหน้าจอ เพื่อกลับไปยังหน้าแรกของแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

กดเลือกหัวข้อที่ 2 “ผลกระทบของอาการหมดประจำเดือนต่อชีวิตของคุณ” เพื่อ

- ประเมินผลกระทบของอาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ เช่น อารมณ์ การนอนหลับ และเพศสัมพันธ์ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน

- รับฟังผลการแปลผลจากผู้วิจัยอธิบายผลการประเมินเพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าใจผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิต

กด “ลูกศรย้อนกลับ” ที่ด้านล่างสุดเพื่อกลับไปยังหน้าแรกของแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้เรื่องวัยหมดประจำเดือน

กดเลือกหัวข้อที่ 3 “มารู้จักกับการหมดประจำเดือน”

- ศึกษาความรู้เบื้องต้น เนื้อหาประกอบด้วย



ธรรมชาติของวัยหมดประจำเดือน



การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ฮอโมนและกลไกที่เกี่ยวข้อง



อาการที่พบบ่อยและการสังเกตอาการหมดประจำเดือน



ผลกระทบของการหมดประจำเดือน



ดูแลตนเองอย่างไรเพื่อลดอาการหมดประจำเดือน



ข้อความเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรเทาอาการหมดประจำเดือนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพ

1. โภชนบำบัด อาหารแนะนำ: ถั่วเหลือง, เต้าหู้, นมถั่วเหลือง, ถั่วแดง, ถั่วเขียว, เมล็ดแฟลกซ์, กล้วยไม้ชนิดสี รูปแบบอาหาร Mediterranean เน้นผักสด ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช น้ำมันมะกอก ปลา ลดเนื้อแดง ประโยชน์ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมน ลดอาการร้อนวูบวาบ เสริมสุขภาพหัวใจและกระดูก

2. การจัดการความเครียด เทคนิคแนะนำ MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) การฝึกโยคะ ดนตรีบำบัด ฟังดนตรีคลาสสิก/บรรเลงเบาๆ 20-30 นาที/วัน เป้าหมาย ลดความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน และภาวะซึมเศร้า

3. การนอนหลับ แนวทางส่งเสริมการนอน: Sleep Hygiene: เข้านอนและตื่นให้ตรงเวลา หอมนอนมิด เย็น เงียบ หลีกเลี่ยงคาเฟอีน แอลกอฮอล์ 4 - 6 ชั่วโมง ก่อนนอน CBT - I (Cognitive behavioral therapy for insomnia) บำบัดภาวะนอนไม่หลับอย่างยั่งยืน เป้าหมายฟื้นฟูพลังงานร่างกาย ลดความเหนื่อยล้า

4. การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย รูปแบบที่แนะนำ โยคะ เดินสมาธิ (Mindful walking) Nine - square step exercise ประโยชน์ เพิ่มความแข็งแรง สมดุล อารมณ์ดีขึ้น สมาธิดีขึ้น เหมาะกับผู้หญิงวัยทอง

5. เพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์คู่ การดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ในวัยหมดประจำเดือน แนวทางใช้สารหล่อลื่น ดูแลสุขอนามัยช่องคลอด ฝึกการยืดเหยียดเพิ่มความยืดหยุ่น สื่อสารกับคู่สมรส เปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและความคาดหวัง ส่งเสริมภาพลักษณ์บวก ในตนเอง: เพิ่มความมั่นใจและสุขภาวะทางเพศ

6. การตรวจสุขภาพ ตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สังเกตอาการ เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ช่องคลอดแห้ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ตรวจระดับ FSH, เอสตราดิออล ตรวจมวลกระดูก (Bone Density) ตรวจเต้านม มะเร็งปากมดลูก ตรวจน้ำตาลที่ตับ ไต เป้าหมายวางแผนสุขภาพระยะยาว ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

Christian University of Thailand



มหาวิทยาลัยคริสเตียน
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND

ที่ ม.คต. 27/1197/2568

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- เอกสารที่ส่งมาด้วย
1. เอกสารชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย 1 ฉบับ
 3. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ 1 ฉบับ

ด้วย นางกรรณิรมย์ กระจ่างพงษ์ รหัสนักศึกษา 662015 เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 เตรียมเสนอหัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่ออาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Effects of Square-Stepping Exercise Program on Menopausal Symptoms and Quality of Life in Menopausal Women) โดยมีรองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร รุ่งเวช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้เพื่อให้นักศึกษาดำเนินการทำการวิจัยได้ตามแผน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นักศึกษาเข้าเก็บข้อมูลสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี มีอาการหมดประจำเดือนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในภาวะการหมดประจำเดือนแบบธรรมชาติระยะ Climacteric stage ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัยทอง ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง โปรดพิจารณาตอบรับการเก็บข้อมูล ถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนเพื่อมอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ที่ท่านจกมอบหมายดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัย/ชื่อนักศึกษา นางกรรณิรมย์ กระจ่างพงษ์ Email: kanpiromkrajangpong@gmail.com โทรศัพท์ 0971154759

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางสาวประภัสร์ศิริ สังกระหวัด)

ที่ นมร. ๐๓๗๒/๘๐๐๗



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยบรมชินทรราช
๖๘๓ ถนนสามเสน เขตดุสิต
กทม. ๑๐๑๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อ้างถึง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ นคต.๒๗/๓๓๗๗/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๘
เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

ด้วย นางกรรณิการ์ กระจ่างพงษ์ รหัสนักศึกษา ๖๖๒๐๑๕ เป็นนักศึกษาด้านการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังเตรียมเสนอหัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่ออาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตในสตรีวัยหมดประจำเดือน (Effect of Square-Stepping Exercise Program on Menopausal Symptoms and Quality of Life in Menopausal Women)” โดยมีรองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงทิพย์ นิมิตรวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร รุ่งแสง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ขออนุญาตนักศึกษาเก็บข้อมูลสตรีที่มีอายุระหว่าง ๔๕ – ๕๕ ปี มีอาการหมดประจำเดือนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ภาวะการหมดประจำเดือนแบบธรรมชาติระยะ Climacteric stage ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๘ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ นั้น

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยบรมชินทรราช พิจารณาแล้วเห็นดีให้นางกรรณิการ์ กระจ่างพงษ์ เข้าเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

Faculty of Department
of Medicine
Mahachulalongkornrajavidyalaya
University
Hospital

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จกกรรณิการ์ มณีฤทธิ์)

คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยบรมชินทรราช

ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล)

โทร. ๐ ๒๒๕๔ ๓๐๕๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: srirachai@vchiraporn.ac.th

“สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์ชุมชนเมือง”

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-ชื่อสกุล นางกรรกริรมย์ กระจำวงศ์

วัน เดือน ปีเกิด วันที่ 5 มีนาคม 2509

สถานที่เกิด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2552 ประกาศนียบัตรการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์
หลักสูตรเฉพาะทางนานาชาติ สาขาการผดุงครรภ์ (International
short course training (Midwifery)) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2559 ประกาศนียบัตรการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตร
การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
บรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

พ.ศ. 2568 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2530 พยาบาลวิชาชีพพระคัมภ์ปฏิบัติกร ปฏิบัติงานห้องคลอด
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานห้องคลอด
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช