

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบและการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ที่มารับการตรวจรักษาครั้งแรกในแผนกผู้ป่วยนอกระบบทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาลศูนย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราช และ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 88 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2548 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นเวลาเฉลี่ยคนละ 35 นาที และผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 4 การจัดการด้วยตนเองกับอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงอาการปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ผลกระทบ กับ การจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 71.3 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร หลาน มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ ประมาณร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากต่อมลูกหมากโต โรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ร้อยละ 47.7 ที่ต้องรับประทานยาประจำ โดยยาที่รับประทานประจำ ได้แก่ ยาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ภาคผนวก ก ตาราง 11)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส นับถือศาสนา อาศัยอยู่กับ
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยาที่กินประจำ (N=88)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
1. อายุ	40 – 60 ปี	14	16.0
	61 – 70 ปี	20	22.7
	71 – 80 ปี	42	47.7
	81 ปีขึ้นไป	12	13.6
อายุต่ำสุด = 50 ปี , อายุสูงสุด = 93 ปี (mean = 71.3 , SD = 9.40)			
2. สถานภาพสมรส	คู่	74	84.1
	ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่	14	15.9
3. นับถือศาสนา	พุทธ	72	81.8
	อิสลาม	16	18.2
4. อาศัยอยู่กับ	ภรรยา	25	28.4
	ภรรยา -บุตร – หลาน	49	55.7
	บุตร – หลาน	14	15.9
5. ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	8.0
	ประถมศึกษา	60	68.2
	มัธยมศึกษา	16	18.2
	อนุปริญญา / ปริญญาตรี	3	3.4
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	2.3
6. อาชีพ	รับราชการ	3	3.4
	ข้าราชการบำนาญ	7	8.0
	พนักงานบริษัทเอกชน / รัฐวิสาหกิจ	1	1.1
	อาชีพรับจ้าง	6	6.8
	เกษียณกรรม	33	37.5
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	43.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
7. โรคประจำตัว นอกเหนือจากต่อมลูกหมากโต		
ไม่มีโรคประจำตัว	53	60.2
มีโรคประจำตัว	35	39.8
8. ยาที่กินประจำ		
ไม่มียาที่กินประจำ	46	52.3
มียาที่กินประจำ	42	47.7

ส่วนที่ 2 ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แบ่งระดับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติตามเกณฑ์ที่สมาคมต่อมลูกหมากสากลซึ่งกำหนดไว้ เครื่องมือวิจัยเป็น 3 ระดับ คือ รุนแรงน้อย (0 – 7 คะแนน) รุนแรงปานกลาง (8 – 19 คะแนน) และรุนแรงมาก (20 – 35 คะแนน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 มีความรุนแรงของอาการปานกลาง และร้อยละ 64.8 มีความรุนแรงมาก และมีคะแนนเฉลี่ย 23.22 (SD = 6.75) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 35 และมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 9 – 35 ซึ่งมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง (ค่าความเบ้ = - 0.07, SE = 0.26) ซึ่งจัดว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรุนแรงของอาการโดยรวม ในระดับมาก (ตาราง 2) และอาการปัสสาวะผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการบ่อยมาก 3 อันดับแรก คือ ลูกขึ้นปัสสาวะบ่อยกลางคืนหลังหลับไปแล้ว มีอาการปัสสาวะบ่อยแต่ครั้งห่างไม่เกิน 2 ชั่วโมง และ ปัสสาวะไม่พุ่ง ลำอ่อน ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 2

พิสัย ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติโดยรวม (N = 88)

ความรุนแรงของอาการ ปัสสาวะ ผิดปกติ	พิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ความเบ้	ค่าความ คาด เคลื่อน มาตรฐาน
	ค่าที่เป็น ไปได้	ค่าที่เกิดขึ้นจริง				
ความรุนแรงของอาการ ปัสสาวะ ผิดปกติโดยรวม	0 – 35	9 – 35	23.22	6.75	-0.07	0.26

ตาราง 3

ร้อยละ จำแนกตามอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตรายข้อ (N = 88)

อาการปัสสาวะผิดปกติ	อาการ
	บ่อยมาก ร้อยละ
1. ลูกปัสสาวะบ่อยกลางคืนหลังหลับไปแล้ว	53.4
2. ปัสสาวะบ่อยแต่ละครั้งห่างไม่เกิน 2 ชั่วโมง	37.5
3. อาการปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะลําเล็กลง ลําอ่อนแรงลง	37.5
4. ปวดปัสสาวะ ต้องรีบเข้าห้องน้ำไม่ทัน	36.4
5. ปัสสาวะไม่สุด /มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว	33
6. ต้องออกแรงเบ่งปัสสาวะหรือรอนานกว่าปัสสาวะจะออก	28.4
7. ปัสสาวะไหลเป็นช่วง ออกๆหยุดๆ หลายครั้ง	26.1

ส่วนที่ 3 ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

การศึกษาคั้งนี้ แบ่งผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติตามเกณฑ์ของผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือวิจัย เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0 – 7 คะแนน) ปานกลาง (8 – 14 คะแนน) และมาก (20 – 35 คะแนน) ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 3.4 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบน้อย ร้อยละ 61.4 ได้รับผลกระทบปานกลาง และร้อยละ 35.2 ได้รับผลกระทบมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.06 (SD = 3.10) คะแนนเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 21 มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 2 – 21 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง (ค่าความเบ้ = - 0.43, SE = 0.26) ซึ่งจัดว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบโดยรวม ในระดับปานกลาง (ตาราง 4)

ส่วนตาราง 5 นำเสนอผลกระทบต่างๆ เรียงลำดับตามร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลกระทบที่ระบุว่า ได้รับผลกระทบมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มีเพศสัมพันธ์ลดลง วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่วนผลกระทบที่ได้รับเพียงเล็กน้อย คือ ผลกระทบทางกาย และสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับผลกระทบเลย คือ ค่าใช้จ่ายในส่วนของการรองชั้หรือผ้าอ้อม จากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่า มีญาติผู้ป่วยบางรายบอกว่า ใช้ผ้าขาวม้ารองชั้หน้าปัสสาวะให้เฉพาะตอนกลางคืน เนื่องจากความสะดวกในการดูแลและผู้สูงอายุบางรายบอกว่า จะใส่แผ่นรองชั้หรือ ผ้าขาวม้าไว้ในกางเกงเมื่อไปธุระนอกบ้าน เพื่อความมั่นใจ

ตาราง 4

พิสัย ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความคาคเคลื่อนมาตรฐานของคะแนน
ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติโดยรวม (N = 88)

ผลกระทบของอาการ ปัสสาวะ ผิดปกติ	พิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		ค่าความ คาค เคลื่อน มาตรฐาน
	ค่าที่เป็น ไปได้	ค่าที่เกิดขึ้นจริง		ค่า	ความเบ้	
ผลกระทบของอาการ ปัสสาวะ ผิดปกติโดยรวม	0 – 21	2 - 21	13.06	3.10	- 0.43	0.26

ตาราง 5

ร้อยละ จำแนกตามระดับผลกระทบจากอาการปัสสาวะผิดปกติในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต รายข้อ (N = 88)

ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ	ระดับผลกระทบ			
	ไม่กระทบเลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน	1.1	21.6	28.4	48.9
2. มีเพศสัมพันธ์ลดลง	2.3	9.1	43.2	45.5
3. วิตกกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ	1.1	10.2	45.5	43.2
4. มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในส่วนการเดินทาง เหมารถ	-	37.5	21.6	40.9
5. รู้สึกอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ	9.1	27.3	31.8	31.8
6. ต้องเสียเวลาในการทำงาน	10.2	38.6	28.4	22.7
7. มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในส่วนแผ่นรองทับหรือผ้าอ้อม	69.3	20.5	5.7	4.5
8. ไม่สบาย ไม่สะดวกทางกาย	3.4	67	29.6	-

ส่วนที่ 4 การจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติตามเกณฑ์ของของผู้วิจัยที่สร้างขึ้น เครื่องมือวิจัย เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0 – 20 คะแนน) ปานกลาง (21 - 40 คะแนน) และ มาก (41 – 62 คะแนน) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.3 มีการจัดการน้อย ร้อยละ 86.4 มีการจัดการปานกลาง และร้อยละ 11.4 มีจัดการมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับอาการ 35.47 (SD = 5.62) โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 62 ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 17 – 48 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง

(ค่าความเบ้ = - 0.76, SE = 0.26) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีการจัดการกับอาการ ปัสสาวะผิดปกติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6)

ผลการศึกษาคั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามการจัดการกับอาการรายด้าน ได้ผลคะแนนการจัดการดังนี้

1. ด้านอาหารและน้ำดื่ม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.35 (SD = 2.20) โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 18 ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 9 – 18 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ (ค่าความเบ้ = 0.09, SE = 0.26) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีการจัดการในระดับมาก (ตาราง 6)

2. ด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดรด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.05 (SD = 3.84) โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 24 ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 4 – 23 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนสูง (ค่าความเบ้ = - 0.69, SE = 0.26) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีการจัดการในระดับมาก (ตาราง 6)

3. การจัดการทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD = 1.62) โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 10 ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0 – 10 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ (ค่าความเบ้ = 0.13, SE = 0.26) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการในระดับปานกลาง (ตาราง 6)

4. การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.3 (SD = 1.3) โดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 6 ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0 – 6 และมีการกระจายของคะแนนไปทางคะแนนต่ำ (ค่าความเบ้ = 1.11, SE = 0.26) เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีการจัดการกับอาการในระดับน้อย (ตาราง 6)

ตาราง 6

พิสัย ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของคะแนน ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติโดยรวมและรายด้าน (N = 88)

การจัดการกับอาการ ปัสสาวะ ผิดปกติ	พิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ความเบ้	ค่าความ คาดเคลื่อน มาตรฐาน
	ค่าที่เป็น ไปได้	ค่าที่เกิดขึ้นจริง				
โดยรวม	0 – 62	17 – 48	35.47	5.62	- 0.76	0.26
- ด้านอาหารและน้ำดื่ม	0 – 18	9 – 18	13.35	2.20	0.09	0.26
- ด้านป้องกันปัสสาวะ เล็ด รด	0 – 24	4 - 23	16.05	3.84	- 0 .69	0.26
- ด้านการจัดการทั่วไป	0 – 10	0 – 10	4.76	1.62	0.13	0.26
- ด้านแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้อื่น	0 - 6	0 - 6	1.30	1.30	1.11	0.26

สำหรับการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไปใช้บ่อย เรียงลำดับตามร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก คือ จัดทางเดินเข้าห้องน้ำให้โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอ และ เข้าห้องน้ำก่อนนอน ก่อนเดินทาง และก่อนออกจากบ้าน รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ตาราง 7) และการจัดการที่ใช้บ่อยอื่นๆ ได้นำเสนอไว้ในภาคผนวก ก ตารางที่ 13 เช่น ผู้สูงอายุมีการเตรียมกระบอกปัสสาวะไว้ใกล้ตัว เพื่อสะดวกในการปัสสาวะ ร้อยละ 52.3 เป็นต้น และจากการสอบถามและพูดคุย พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการที่พบเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม คือ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้วิธีปัสสาวะที่นอกชาน ใต้ต้นไม้ใกล้ๆบ้าน

ส่วนการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างไม่นิยมใช้ 5 อันดับแรก (กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไป ระบุว่า ไม่ใช่) คือ การปรับเวลาเข้าห้องน้ำ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหรือหูรูด การสวมถุงยางอนามัย การจัดการอื่นๆ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ ทำสมาธิ เป็นต้น และการใส่แผ่นรองซับ (ตาราง 8) และยังพบว่า ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรตามคำแนะนำของผู้อื่นก่อนมาพบแพทย์ และร้อยละ 10 มีการใช้ยาสมุนไพรก่อนมาพบแพทย์ นาน 1 – 3 ปี และมี 2 รายที่ใช้ยาสมุนไพรมานาน 10 ปีขึ้นไป ซึ่งสมุนไพรที่ใช้มีหลากหลายชนิด ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมได้ 25 สสูตร และมีสมุนไพรบางชนิดที่ใช้ซ้ำ เช่น เหง้าหนวดแมว (แสดงในภาคผนวก ก ตาราง 17)

ตาราง 7

วิธีการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง 10 อันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไป ใช้บ่อย เรียงตามลำดับร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N = 88)

ลำดับการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง	ร้อยละ
1. ดูแลทางเดินไปห้องน้ำให้มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวาง เพื่อ ไปห้องน้ำได้สะดวก	90.9
2. เข้าห้องน้ำก่อนนอน ก่อนออกจากบ้าน ก่อนเดินทาง	78.4
3. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อ ป้องกันท้องผูก	75
4. รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลา นม ถั่วลิสง เป็นต้น	73.9
5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	71.6
6. จำกัดน้ำดื่มหรือดื่มน้ำน้อยลงเมื่อต้องขับรถ เดินทางนอกบ้าน	70.5
7. หลีกเลี่ยง / งดสูบบุหรี่เพราะจะทำให้ไอบแล้วปัสสาวะเล็ดออกมาได้	63.6
8. รับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เช่น ถั่ว ผักใบเขียว ข้าวที่ไม่ขัดสี	63.6
9. เข้าห้องน้ำบ่อยๆ เพื่อ ป้องกันการมีปัสสาวะ ไหลทัน รั่วซึมออกมา	61.4
10. หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ และ/หรือ ไปในสถานที่ที่มีอากาศชื้น หรือเย็น	58

ตาราง 8

วิธีการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไประบุว่า ไม่ใช่เรียงตามลำดับร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 88$)

ลำดับการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง	ร้อยละ
1. การปรับเวลาในการเข้าห้องน้ำ โดยทำตารางปัสสาวะเป็นเวลา	95.5
2. การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน , ฝึกขมิบก้นบ่อยๆ	95.5
3. โดยสวมถุงยางอนามัย เพื่อรองรับน้ำปัสสาวะที่ไหลทันออกมา	95.5
4. จัดการด้วยวิธีอื่นๆ เช่น อ่านหนังสือ ทำสมาธิ ถือกีตาร์ เป็นต้น	91
5. ใส่แผ่นรองขับเมื่อออกไปธุระนอกบ้าน	89.8
6. ซื้อมาจากร้านขายยามารับประทาน	77.3
7. ปรึกษาหมอบ้าน เกี่ยวกับการรักษาอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	77.3
8. ใช้วิธีปีนวด กดกระเพาะปัสสาวะ ไล่ปัสสาวะออกให้หมดหลังปัสสาวะเสร็จ	62.5

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตรายด้านและโดยรวม

การศึกษาครั้งนี้ หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยและทราบทิศทางของความสัมพันธ์ จึงเลือกใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจาก ข้อมูลมีความเบ้ ดังแสดงให้เห็นด้วยกราฟ ภาพ 3 – ภาพ 9 จึงได้ทำการทดสอบ ด้วย Kolmogorov – Smirnov test (K-S test) ได้ค่า $p = .21$.45 และ .21 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่า ข้อมูลยังมีการกระจายแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจะหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ ได้ผลดังนี้

1. ระดับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ กับผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติ โดยรวมและรายด้าน

ผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคะแนนผลกระทบอาการปัสสาวะผิดปกติในระดับปานกลาง ($r = 0.45$, $p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยรวมและรายด้าน ยกเว้น ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับต่ำ ($r = 0.23, p < .05$) ดังแสดงในตาราง 9

กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความรุนแรงอาการปัสสาวะผิดปกติมาก จะมีระดับคะแนนผลกระทบอาการปัสสาวะผิดปกติมาก ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความรุนแรงอาการปัสสาวะผิดปกติน้อย จะมีระดับคะแนนผลกระทบอาการปัสสาวะผิดปกติน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

ระดับคะแนนความรุนแรงอาการปัสสาวะผิดปกติไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการจัดการทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งไม่เป็นตามสมมุติฐาน ยกเว้น ด้านแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติมาก ผู้ป่วยจะมีระดับคะแนนการจัดการด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก และถ้าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติน้อย ก็จะมีระดับคะแนนการจัดการด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อย

ตาราง 9

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองโดยรวมและรายด้าน ($N = 88$)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)
การจัดการกับอาการโดยรวม	0.09 ^{NS}
- ด้านอาหารและน้ำดื่ม	-0.18 ^{NS}
- ด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดราด	0.15 ^{NS}
- ด้านการจัดการทั่วไป	0.04 ^{NS}
- ด้านแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น	0.23*
ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ	0.45**

* $p < .05$, ** $p < .01$, NS = non significant

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติกับระดับการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง โดยรวมและรายด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

ผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับคะแนนผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคะแนนการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = 0.36, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับระดับคะแนนการจัดการกับอาการด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดราดในระดับปานกลาง ($r = 0.35, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคะแนนการจัดการด้านการจัดการทั่วไปในระดับต่ำ ($r = 0.22, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคะแนนการจัดการด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระดับปานกลาง ($r = 0.36, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม (ตาราง 10)

กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบอาการมาก ก็จะมีการจัดการกับอาการมาก หรือ ถ้ารับรู้ผลกระทบมากจะมีการจัดการด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดราด การจัดการทั่วไป และมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก และถ้ารับรู้ผลกระทบอาการน้อย จะมีการจัดการกับอาการด้านต่างๆข้างต้นน้อย ยกเว้น ด้านอาหารและน้ำดื่ม ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง โดยรวมและรายด้าน ($N = 88$)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)
การจัดการกับอาการโดยรวม	0.36**
- ด้านอาหารและน้ำดื่ม	-0.06 ^{NS}
- ด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดราด	0.35**
- ด้านการจัดการทั่วไป	0.22*
- ด้านแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น	0.35**

$p < .05$, ** $p < .01$, NS = non significant

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคือความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกรมามากโต รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง โดยสามารถอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่สามารถพบได้บ่อยเมื่ออายุ 50 ปี และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (กิตติณัฐ, 2546; ธนูและพูนเกียรติ, 2544; Garraway & Kirby, 1994; Heath & Watson, 2003) การมีอายุมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ซึ่งมีผลต่อความคิดและความเชื่อ ในการศึกษาของมิตเทนเนส (Mittennes, 1986, 1988 cited by Palmer, 1990) ที่ศึกษาการจัดการกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยเชื่อว่า ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติเป็นกระบวนการที่เกิดควบคู่กับอายุ และไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งผลลัพธ์ของความเชื่อนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการแสวงหาวิธีในการจัดการ และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมองอายุที่มากขึ้นเป็นความเสื่อม ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของธรรมชาติ และมักปรับตัวโดยนำหลักศาสนามาใช้โดยการปล่อยวาง ทำใจหรือปลง (จันทร์เพ็ญ, 2547) และการที่กลุ่มตัวอย่างมีสภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับภรรยาหรือบุตร/หลานในชนบท ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัยและคณะ, 2542) แสดงถึง ความอบอุ่นในครอบครัวแบบไทย ที่ให้คุณค่าผู้สูงอายุ และวัฒนธรรมประเพณีไทยที่ปฏิบัติสืบมา (เจก, 2538 อ้างตาม สิริพรรณ, 2540, บรรลุ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจ เนื่องจาก จะมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือ เกื้อหนุนด้านการเงิน และ ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (มัลลิกา, ปรีชา, วิณาและสุรีย์, 2540; มาลินี, 2543) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการรับรู้ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่างๆน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้า จึงมีผลต่อความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคมากขึ้น (สมพันธ์และจุฑามาศ, 2541)

ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติเฉลี่ย 23.2 (SD = 6.8) โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 35 ซึ่งจัดว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อาการปัสสาวะผิดปกติโดยรวมในระดับรุนแรงมาก คือ ร้อยละ 64.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงในระดับมาก และร้อยละ 35.2 มีอาการระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่พบ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มาพบแพทย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก และได้รักษาตนเองโดยใช้สมุนไพร ใช้เวลาในการเฝ้าสังเกตอาการปัสสาวะผิดปกติ ทดลองจัดการกับอาการด้วยวิธีต่างๆนานา ตั้งแต่ 1 – 2 สัปดาห์ ถึง 10 ปี ขึ้นไป จึงมีอาการรุนแรงมากแล้วและไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้อีกจึงมาพบแพทย์ ทั้งนี้

อาจเพราะ จากประสบการณ์และการประเมินอาการของผู้ป่วยที่คิดว่า เป็นเรื่องของความเสื่อมตามธรรมชาติ ซึ่งถ้ายังสามารถกิจกรรมได้ ถือว่า เจ็บป่วยเล็กน้อย และถ้าอ่อนเพลียมากซึ่งถือว่าเจ็บป่วยมาก จึงมาพบแพทย์ (จิตตินันท์, 2543) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ จะเลือกรักษาด้วยตนเองก่อนเบื้องต้น และแสวงหา หรือเลือกแหล่งรักษาตามความพึงพอใจและความน่าเชื่อถือของแหล่งบริการ เนื่องจากบุคคลมีความต้องการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน เพื่อการมีชีวิตที่อยู่รอด (Orem, 1986 อ้างตามสมจิตต์, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุ จะเชื่อมั่นในแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความรู้ความสามารถรักษาโรคและการเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่น ๆ เมื่อพิจารณาแล้วว่า ตนเองรักษาอาการที่บ้านแล้วไม่มีอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวถึง บุคคลจะมีการใช้ประสบการณ์ของตน เมื่อสังเกตพบสิ่งที่ผิดปกติ หรือ ความเปลี่ยนแปลงจากที่เคยรู้สึก และประเมินอาการ ตัดสินใจ ซึ่งถ้าพบว่าคุกคามต่อการดำเนินชีวิต หรือมีผลกระทบต่อชีวิต ก็จะแสวงหาการจัดการกับอาการ เพื่อ บรรเทาอาการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่พอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสกเนอร์และคณะ (Sagnier et al., 1995) พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับอาการรบกวน มีผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปฏิสัมพันธ์นอกบ้าน ทำให้มีการจัดการโดยจำกัดน้ำดื่มก่อนนอนและก่อนเดินทาง เป็นต้น

สาเหตุอีกประการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ล่าช้า ทำให้มีความรุนแรงมากก่อนมาพบแพทย์ อาจมีสาเหตุจาก กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญน้อยและเป็นข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ และสิ่งที่เป็นประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพันธ์และจุฑามาศ (2541) เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต พบว่า ผู้ป่วยบางคนขาดการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองยอมทนทรมานหรือเคยชินกับอาการปัสสาวะผิดปกติ เพราะคิดว่าเป็นผลจากการเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยที่มากขึ้น จึงไม่ได้ให้ความสนใจกับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ และพบว่า ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ถ้ามีการศึกษาในระดับต่ำก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ซึ่งแสดงถึงการศึกษายเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญในการแสวงหาความรู้

อาการปัสสาวะผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการบ่อย ได้แก่ ลูกขึ้นปัสสาวะบ่อยกลางคืนหลังนอนหลับ (ร้อยละ 53.4) ปัสสาวะบ่อยแต่ละครั้งห่างไม่เกิน 2 ชั่วโมง และลักษณะของปัสสาวะมีลำอ่อน ไม่พุ่ง (ร้อยละ 37.5) และเมื่อปวดปัสสาวะต้องเร่งรีบ เข้าห้องน้ำไม่ทัน (ร้อยละ 36.4) เป็นต้น ดังแสดงไว้ในตาราง 3 ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจาก การที่ต่อมลูกหมากขยายโตขึ้น ทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะตีบแคบและการยื่นเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการอุดกั้นของท่อทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบากและมีอาการระคายเคืองของระบบปัสสาวะส่วนล่าง (กิตติณัฐ, 2546, ธนูและพูนเกียรติ, 2544) ซึ่ง

ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกตินี้มาก ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Garraway & Kirby (1994) ที่ศึกษาผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติจากต่อมลูกหมากโตต่อคุณภาพชีวิตและผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า อาการลุกขึ้นปัสสาวะกลางคืนหลังนอนหลับ (ร้อยละ 80) มีอาการปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะเหลือค้างและปัสสาวะบ่อยแต่ครั้งห่างไม่เกิน 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 76) อาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเป็นหยดๆ (ร้อยละ 74) อาการปัสสาวะเร่งรีบต้องไปห้องน้ำ (ร้อยละ 61) ผนวกการทำงานกิจวัตรประจำวันและการสังสรรค์นอกบ้านการทำงาน ทำให้ตัดสินใจมาพบแพทย์

ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ

ในการศึกษารั้ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย 13.06 (SD = 3.10) โดยมีค่าที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 – 21 ซึ่งจัดว่า ได้รับผลกระทบโดยรวมในระดับปานกลาง และผลกระทบที่ได้รับมากที่สุด คือ ผนวกการทำงานกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 48.9) ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ลดลง (ร้อยละ 45.5) ทำให้วิตกกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 43.2) และทำให้รู้สึกอ่อนเพลียเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 31.8) เป็นต้น (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Germain และคณะ (Germain et al., 1994) ซึ่งศึกษาผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติต่อคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกรำคาญ และ ผนวกในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การไปเล่นกีฬาที่บ้าน การชมภาพยนตร์ และการไปโบสถ์ การรับประทานอาหารกับเพื่อนหรือครอบครัว ส่วนเฮอร์และคณะ (Herr, 1994) ซึ่งศึกษาผลของการกลับปัสสาวะไม่อยู่ในชายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า อาการปัสสาวะผิดปกติก่อนผ่าตัดมีผลให้มีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากกลัวกลับปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ Garraway & Kirby (1994) ซึ่งศึกษาผลของภาวะต่อมลูกหมากโตต่อคุณภาพชีวิตและการตัดสินใจผ่าตัด รายงานว่า ผลกระทบจากอาการรบกวนของปัสสาวะผิดปกติ ทำให้วิตกกังวล และรู้สึกลำบากใจ และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต รายงานว่า มีผลต่อสถานะการทำงานแ่ ส่วนดอลล์และคณะ (Doll et al., 1993) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโต 1 ปี พบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนงาน และในการศึกษาของศิริวิรัตน์ (2543) เรื่องรูปแบบเชิงเหตุผลของการทำหน้าที่ของร่างกายและสังคมของผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาหลังปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภาวะกลับปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ($r = 0.21$) และพยอม (2545) ซึ่งศึกษาเรื่อง ภาวะกลับปัสสาวะไม่อยู่ของชายสูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า ชายสูงอายุบางกลุ่มที่ยังประกอบอาชีพ เช่น การออกไปรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เหมือนปกติ ซึ่งโดยธรรมชาติของผู้ชายจะมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง จึงทำให้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เป็นต้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับผลกระทบในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด ซึ่งอาจมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการปัสสาวะผิดปกติ ทำให้ต้องไปห้องน้ำบ่อย และอาการปัสสาวะผิดปกติในระดับมาก ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่มั่นใจในการควบคุมการกลั้นปัสสาวะ ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ลดลง และผลจากต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อยกลางคืนหลายครั้ง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ส่วนผลกระทบทางกาย เช่น ผื่นคัน แผลจากการอับชื้น พบว่า ได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุชายสามารถจัดการกับปัสสาวะได้สะดวกเมื่อปวดปัสสาวะ โดยการเตรียมกระบอกรับปัสสาวะไว้ใกล้ตัวตลอด ทำให้ปัสสาวะได้ทันทีเมื่อต้องการ (ร้อยละ 52.3) หรือ ปัสสาวะริมทางเดิน ได้ต้นไม้ เมื่อปวดปัสสาวะ ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นปกติในสังคมแบบไทย ทำให้ผู้สูงอายุชายรู้สึกว่าไม่ได้รับผลกระทบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นรองซับ แต่มีบางรายที่ใช้แผ่นรองซับ เมื่อจำเป็นไปธุระนอกบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับพยอม (2545) พบว่า ผู้สูงอายุมีการปัสสาวะริมรั้ว และปัสสาวะโดยใช้กระบอกรับปัสสาวะ แตกต่างจากวัฒนธรรมทางตะวันตก ที่นิยมใช้แผ่นรองซับเพื่อลดอาการปัสสาวะผิดปกติ เช่น การศึกษาของเฮอร์ (Herr, 1994) พบว่า ผู้ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับปานกลางถึงมาก มีการใช้แผ่นรองซับ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบเพิ่มเติม ในเรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเมื่อต้องมาพบแพทย์หรือทำธุระนอกบ้านในระดับมาก เช่น ค่าเหมารถ เป็นต้น

การจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์มีอาการปัสสาวะผิดปกติ ในระดับรุนแรงมากแล้ว และประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาในการสังเกตอาการนานตั้งแต่ 1-2 ปี แสวงหาสาเหตุมาใช้เพื่อบรรเทาอาการ หรือ ลดความรุนแรงของอาการ ด้วยตนเอง และมีการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งการจัดการที่นิยมใช้บ่อย (ร้อยละ 50 ขึ้นไป) สามารถแบ่งกลุ่มการจัดการได้ดังนี้ คือ

การจัดการแบบทั่วไป ที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการบ่อย ได้แก่ ดูแลสิ่งแวดล้อมหรือทางเดินเข้าห้องน้ำให้โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อ สะดวกในการเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 90.9) ออกกำลังกายเพื่อให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหวไม่ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ (ร้อยละ 54.5) เตรียมขวด กระบอก ถุงพลาสติก หรือกระโถน เพื่อความสะดวก ในการปัสสาวะโดยวางไว้ใกล้ตัว หรือใกล้เตียงนอน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะใช้บ่อยในตอนกลางคืน (ร้อยละ 52.3) เป็นต้น ส่วนในการศึกษาของแฟนท์และคณะ (Fantl et al., 1996 cited by Wyman, 1999) รายงานว่า ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จัดการโดยเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ปรับปรุงห้องน้ำให้มีโถปัสสาวะสูงจากพื้น 17 นิ้ว เพื่อ สะดวกในการปัสสาวะ ส่วนการศึกษาของพยอม (2545) พบว่า ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 94.9 ได้จัดการแบบประคับประคอง โดยมีการ

เตรียมกระโถนไว้ในห้องนอน รวมทั้งอยู่ไม่ไกลจากห้องน้ำ สวมกางเกงที่สะดวกในการ ปัสสาวะเป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการ เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะเล็ดราด รั้วซึม ได้แก่ เข้าห้องน้ำก่อนนอน ก่อนเดินทาง ก่อนออกจากบ้าน (ร้อยละ 78.4) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 71.6) จำกัดน้ำดื่ม ให้น้อยลงก่อนขับรถหรือก่อนเดินทาง (ร้อยละ 70.5) เข้าห้องน้ำบ่อยๆ (ร้อยละ 61.4) และหลีกเลี่ยง อยู่ในที่มีอากาศชื้นหรือเย็น (ร้อยละ 58) ซึ่งการจัดการโดยวิธีเหล่านี้ อาจเนื่องจาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพยอม (2545) พบว่า ผู้สูงอายุชาย ใช้วิธีเปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อเปียก และทำความสะอาดอวัยวะเพศ และสวมผ้าอ้อมซึมซับ ส่วนการศึกษาของกรูซ และคณะ (Guess et al., 1993) พบว่า ในรายที่มีอาการรุนแรงจะหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล และหลีกเลี่ยงการไปในที่ไม่มีห้องน้ำ หรือไม่แน่ใจว่ามีห้องน้ำ

สำหรับด้านอาหารและน้ำดื่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย อาหาร (ร้อยละ 75) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลา ถั่ว เป็นต้น เนื่องจากเป็นอาหาร ย่อยง่าย (ร้อยละ 73.9) รับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เช่น ถั่ว ผักใบเขียว เป็นต้น (ร้อยละ 63.6) และดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว / วัน (ร้อยละ 52.3) รับประทานอาหาร ผัก ผลไม้สีส้ม สีเหลือง เช่น มะเขือเทศ (ร้อยละ 34.1) และรับประทานอาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสี ซึ่งพบในอาหารทะเล เช่น หอยนางรม หรือ ตับ ไช้ ถั่ว เป็นต้น (ร้อยละ 30.7) โดยการปฏิบัติดังกล่าว เป็นการปฏิบัติไปโดยไม่ทราบ ว่ามีผลดีหรือผลเสียต่อต่อมลูกหมากแต่อย่างไร ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ภรรยา บุตร และหลาน (ร้อยละ 55.7) จึงทำให้ต้องรับประทานอาหารที่จัดทำเพื่อ รับประทานร่วมกัน ซึ่งขึ้นกับบุตรหลาน หรือ ผู้ดูแล จะสะดวกในการจัดซื้อมาทำให้รับประทาน ซึ่ง ส่วนใหญ่จะเป็นของซึ่งเพาะปลูกหรือเลี้ยงกันเองในท้องถิ่น (สถิตย์, 2539) โดยสอดคล้องกับการศึกษา ของวันดี, จิตนา, สาคร (2545) เรื่อง การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย พ. ศ. 2545 พบว่า ร้อยละ 26.3 ของผู้สูงอายุในภาคใต้ รับประทานปลาน้ำจืด มากกว่า 2 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 53.5 รับประทานผักใบเขียวทุกวัน และร้อยละ 52.9 รับประทานผักอื่น ๆ ทุกวัน จากเหตุผลข้างต้น ทำให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารและสารอาหารในการป้องกันต่อมลูกหมากโตโดยปริยาย

ส่วนการดื่มน้ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติโดยจำกัดน้ำดื่ม โดยกลุ่ม ตัวอย่างใช้วิธีนี้จำนวนมากถึง ร้อยละ 70.5 อาจเพราะว่า ผู้ป่วยต้องการความมั่นใจจึงระมัดระวังเมื่อต้องเข้า สังคม และไปธุระนอกบ้าน ซึ่งการจัดการวิธีนี้จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ในภาวะ ปกติของผู้สูงอายุจะได้รับน้ำน้อยกว่าปกติอยู่แล้ว จากการศึกษาที่ความรู้สึกกระหายน้ำลดลง และต่อมรับรส ทำงานลดลง (O' Donnel, 1996 อ้างตามสิริพรรณ, 2540) นอกจากนี้ความไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องจำกัดปริมาณน้ำ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำและเลือดใน ระบบไหลเวียนน้อย ทำให้ไม่มีภาวะสมดุลของน้ำ และเกลือแร่ จะทำให้น้ำปัสสาวะมีความเข้มข้นมาก ซึ่ง

จะกระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา (สิริพรรณ, 2540)

กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อย เช่น การปรึกษาเพื่อนหรือญาติสนิท เรื่องยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการ (ร้อยละ 21.6) ปรึกษาหมอบ้าน (ร้อยละ 5.7) จัดการโดยซั้อยา รับประทานเอง (ร้อยละ 3.4) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมองเห็นว่า อาการปัสสาวะผิดปกติเป็นเรื่องลำบากใจ และน่าอับอาย จึงหาทางรักษาตนเอง และเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการรุนแรงได้แล้วจึงเริ่มมองหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดย ปรึกษาญาติ เพื่อน และมาพบแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุจะเชื่อมั่นในแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความรู้ความสามารถรักษาโรคและการเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นเมื่อพิจารณาแล้วว่า ตนเองรักษาอาการที่บ้านแล้วไม่มีอาการดีขึ้น ส่วนพยอม (2545) เรื่องภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุชายในจังหวัดลำปาง พบผู้สูงอายุยังมองอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือ อาการปัสสาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ควรปกปิด กลัวถูกล้อเลียน จึงทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการพึ่งพาผู้อื่น และเลือกที่จะรักษาตนเองก่อน โดยใช้การจัดการแบบแผนชีวิตและการจัดการแบบประคับประคองเท่านั้น

เมื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้บ่อย พบว่า การจัดการข้างต้นเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุสามารถจัดการด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีการนำมาใช้จัดการมาก ซึ่งสอดคล้องกับประคอง (2539) ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขราบเท่าที่สามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และวิไลวรรณ (2545) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง สามารถดูแลตนเองจะมีความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนวิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ขึ้นไป ไม่นิยมใช้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวิธีที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่พบว่า มีการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระดับน้อย ซึ่งเหตุผลที่ไม่นิยมใช้ในการจัดการมีแหล่งที่มาของข้อมูลจากการซักถามผู้ป่วย และจากการสรุปจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม เช่น การปรับเวลาเข้าห้องน้ำ เนื่องจาก ผู้สูงอายุดูเวลาไม่เป็น และด้วยสภาพความเสื่อมของผู้สูงอายุเอง เช่น มีสายตามัวมองนาฬิกาไม่เห็นจึงไม่รู้เวลาหรือความจำเสื่อม ทำให้การปฏิบัติคลาดเคลื่อนไม่ได้ผล ต้องพึ่งพาบุตร หลาน ช่วยเตือน จึงทำให้การจัดการไม่ได้ผลและไม่นิยมใช้ ส่วนการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือหูรูด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชนบทจะไม่เข้าใจ หรือ หูตึง ได้ยินคำแนะนำไม่ชัดเจนจึงปฏิบัติตามไม่ได้ และบางรายอาจไม่เคยได้รับฟังคำแนะนำเรื่องการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือ หูรูดมาก่อน จึงมีการปฏิบัติน้อย ซึ่งตรงกับการศึกษาของพยอม (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการด้วยพฤติกรรมเพียง ร้อยละ 7.7 และการศึกษาของมาลินี (2543) ซึ่งศึกษาชนิด ความรุนแรง ผลกระทบและการจัดการกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใน

ผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ส่วนการสวมถุงยางอนามัย เมื่อสวมใส่เป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกร้อนและรำคาญ และการใส่แผ่นรองซับหรือผ้าอ้อมพบว่า มีการใช้น้อย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาย และวัฒนธรรมทางสังคมแบบไทยๆ ที่มักปัสสาวะริมทางเดินได้ทันทีเมื่อปวดปัสสาวะ หรือ สามารถเตรียมกระบอกรับปัสสาวะไว้ใกล้ตัว จึงไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นรองซับ แต่จะใช้เฉพาะเมื่อจำเป็นเท่านั้น และบางครั้งกลุ่มตัวอย่างบางรายยังใช้ผ้าขาวม้าแทนแผ่นรองซับ เพื่อความประหยัดและมั่นใจ เมื่อต้องไปทำธุระนอกบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพยอม (2545) พบผู้สูงอายุมีการใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียกในตอนกลางคืน และนุ่งผ้าขาวม้าในตอนกลางวัน แตกต่างจากวัฒนธรรมแบบตะวันตกที่ผู้สูงอายุในต่างประเทศที่นิยมใช้แผ่นรองซับ เช่น การศึกษาของเฮอร์ (Herr, 1994) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการระดับรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมากนิยมใช้แผ่นรองซับ และเปลี่ยนแผ่นรองซับเมื่อเปียกชุ่มมาก ร้อยละ 38

ในการศึกษาของบรรลุ และคณะ (2531) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่นิยมซื้อยาจากร้านมารับประทานเพื่อ รักษาอาการปัสสาวะผิดปกติ แต่ก็พบว่า ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างหรือที่จะมาพบแพทย์ และ ใช้เวลาสังเกตอาการนาน 1 – 3 ปี แสวงหาวิธีจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองโดยรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งสามารถรวบรวมสูตรยาสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างใช้รักษาอาการปัสสาวะผิดปกติ ได้ 25 สูตร (แสดงในภาคผนวก ก ตาราง 17) สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกรักษาตนเองด้วยยาสมุนไพรก่อนมาพบแพทย์ เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาพบแพทย์สูง และยาสมุนไพรเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาถูกและมีความเชื่อว่า ยาสมุนไพรดีกว่ายาแผนปัจจุบัน และบางรายมีความรู้ในการรักษาโรค และใช้ยาสมุนไพรซึ่งเป็นความรู้ที่ถ่ายทอดกันมาในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ (2539) เรื่อง วัฒนธรรมของผู้สูงอายุในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมักพึ่งพาแพทย์พื้นบ้านมากกว่าแพทย์สมัยใหม่ และเมื่อมีอาการของโรครุนแรงจนทนไม่ได้ หรือ ลูกหลานเคี้ยวเข็ญ จึงมาพบแพทย์ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีการจัดการที่พบเพิ่มเติมจากแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการจัดการ เพื่อบรรเทาผลกระทบ คือ ร้อยละ 4.5 ของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี อ่านหนังสือพิมพ์ และทำสมาธิ ถือกีฬา กินเจ เพื่อช่วยให้รู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล (จันทร์เพ็ญ, 2547) สาเหตุที่ผู้ป่วยมีการจัดการแบบประคับประคองเช่นนี้ ส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุจากผู้สูงอายุเข้าใจว่าเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้นและไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการปัสสาวะผิดปกติ คิดว่าไม่สามารถรักษาได้ จึงทำให้แสวงหาวิธีจัดการเพียงให้ได้รับผลกระทบลดลง

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

การศึกษาครั้งนี้ สามารถตอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบบอาการปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับผลกระทบบของอาการปัสสาวะผิดปกติ ($r = 0.45, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

การที่พบว่า ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์กับผลกระทบบของอาการปัสสาวะผิดปกติ อธิบายได้ว่า ผลกระทบบเป็นเรื่องของการรับรู้อาการหรือความรู้สึกที่มีต่อการจัดการกับอาการ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่เสนอว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติที่รุนแรงมาก ผู้ป่วยจะรับรู้ผลกระทบบมาก ถ้ามีความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติน้อย ก็จะได้รับรู้ผลกระทบบน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของเสกเนอร์และคณะ (Sagnier et al., 1995) พบว่า คะแนนความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับคะแนนความรำคาญหรือรบกวน คือ เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นความถี่ในการรบกวนจะมากขึ้น ส่งผลกระทบบต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ และการศึกษาของเกอร์แมน และคณะ (Girman et al., 1994) ที่ศึกษาผลกระทบบของอาการปัสสาวะผิดปกติจากต่อมลูกหมากโตต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน 2115 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงมาก จะรับรู้ผลกระทบบของอาการรบกวน ความวิตกกังวล การทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ในขณะที่คุณภาพชีวิต จะค่อยๆลดลงตามความรุนแรงของอาการ และในการศึกษาของศิริรัตน์ (2543) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียด ($r = 0.65$) ส่วนการศึกษาของพยอม (2545) ซึ่งศึกษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติทำให้ผู้สูงอายุชายที่ยังประกอบอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ร้อยละ 35.9 และมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์นอกบ้าน เช่น ออกไปทำบุญ ไปเที่ยวหาเพื่อนฝูง ร้อยละ 24.3 ในระดับปานกลาง

2. ความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองโดยรวมและรายด้าน ยกเว้น ด้านแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การที่คะแนนความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติ ($r = 0.08, p = .45$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ การจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติ ไม่ได้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของอาการ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่เสนอว่า เมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของอาการและประเมินอาการว่า คุณคามต่อการดำเนินชีวิต จะสนองตอบต่ออาการโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ

แสงหาวิธีจัดการกับอาการจนกว่าจะได้ผลการจัดการที่ตนพอใจ โดยพิจารณาจากคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย หรือการพลาดโอกาสในความก้าวหน้าเป็นต้น และถ้าผลลัพธ์การจัดการน่าพอใจก็จะหยุดจัดการกับอาการ สาเหตุที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อาจเนื่องจากระดับความรุนแรงของอาการไม่ใช่เหตุผลเดียวที่ทำให้เกิดการจัดการ กล่าวคือ อาจมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น อายุ การศึกษา เศรษฐฐานะ ความเชื่อ และสภาพจิตใจ ที่อาจมีผลต่อการจัดการ กล่าวคือ

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นสิ่งที่พบคือ การทำหน้าที่ด้านร่างกายจะลดลง และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพแย่ลง (ศิริรัตน์, 2543) ผู้สูงอายุ มักรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามธรรมชาติ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และใช้วิธีปลงตก และปรับใจยอมรับ (เพ็ญจันทร์, 2547) จึงทำให้ไม่แสวงหาวิธีการบำบัดหรือ มีการจัดการกับอาการน้อย

ผู้ที่มีการศึกษาสูง และรายได้ที่ดีย่อมสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยซึ่งจะเป็นข้อจำกัดในการรับรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์ (สมพันธ์และจุฑามาศ, 2541) โดยผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 68.2 มีการศึกษาเพียงระดับชั้นประถมศึกษาจึงอาจทำให้เข้าถึงข้อมูลที่มีประโยชน์ได้น้อย และการศึกษาที่ต่ำอาจมีผลต่อความเข้าใจหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งคิดว่าเป็นโรคนี้แล้วรักษาไม่ได้ จึงทำให้แสวงหาการจัดการน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ มิสเทเนส (Mittensess, 1986, 1988 cited by Palmer, 1990) ที่ศึกษาการจัดการกับอาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน และการรับรู้อาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ของผู้ทำงานใช้แรงงาน พบว่า มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ โดยเชื่อว่า ความรุนแรงของอาการเป็นกระบวนการที่เกิดควบคู่กับอายุ และเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้วไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้หรือรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการแสวงหาวิธีในการจัดการ และบางรายคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม ซึ่งต้องชดใช้ (มาลินี, 2543) ทำให้มีการทำใจยอมรับ และการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้หลักทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยการปลง และทำจิตใจยอมรับว่าเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ ทำให้สามารถบรรเทาผลกระทบทางจิตใจ (จันทร์เพ็ญ, 2547) ส่งผลให้มีการจัดการกับอาการน้อย นอกจากนี้ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมสามารถเลือกใช้วิธีการในการจัดการได้หลากหลายมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าที่รุนแรง อาจจะเป็นอุปสรรคในการจัดการกับปัญหาได้ ซอลดา (2536) ได้กล่าวว่า เมื่อความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อเผชิญเครียด โดยใช้กระบวนการทั้งด้านความคิด และการกระทำ เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและรักษาภาวะสมดุลให้กลับมาเช่นเดิม หากไม่สามารถปรับจะเกิดวิกฤตทางจิตใจ และบุญวดี (2539) ได้นำเสนอว่า การที่บุคคลเผชิญความเครียด และมีการปรับตัวได้ไม่เหมาะสม จะปรากฏอาการออกมาในลักษณะของความบกพร่องในการทำงาน การไม่สามารถทำกิจกรรมในสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับเซลเย่ (Selye, 1993 อ้างตามจำลองและพริ้มเพรา, 2545) ได้กล่าวว่า

เมื่อบุคคลบางคน ต้องเผชิญกับความ เครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง ความเครียดจะยังคงมีอยู่ไม่รู้จบสิ้น เข้ามาคุกคามซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้คนเราหมดแรง ความต้านทานค่อยๆลดลงและทรุดลง จนเกิดภาวะที่ เรียกว่า “โรคแห่งการปรับตัว (diseases of adaptation)” ผลที่ตามมา คือ เกิดเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งความตายในที่สุด จึงมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปัสสาวะผิดปกติมาก อาจรู้สึกเครียด อับอายและซึมเศร้า ทำให้ขาดพลังและความคิดที่จะจัดการกับอาการดังกล่าว

ในการศึกษาครั้งนี้ เหตุผลที่การศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานอาจมีสาเหตุจากปัจจัย ด้านบุคคลที่ได้อภิปรายไว้แล้วข้างต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจรบกวนความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรง ของอาการปัสสาวะผิดปกติ และการจัดการกับอาการ ทำให้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัย ที่ทำให้ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐาน คือ

ปัจจัยด้านเครื่องมือ เนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น บนฐานของหลักการทางทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับอาการปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งอาจไม่สะท้อน และ สอดคล้องกับบริบทของประชากรที่ศึกษา ทำให้ค่าที่วัดได้ อาจไม่สะท้อนความเป็นจริง เป็นผลให้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ กับการจัดการกับอาการ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อาจทำให้ความสัมพันธ์ขนาดต่ำไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ การเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงอาจทำให้ค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อใช้ค่าขนาดความสัมพันธ์ (ES) หรือ ค่า $r = .1$ แล้วเปิดตารางดูจำนวนที่ต้องใช้ เพื่อให้ขนาด ความสัมพันธ์ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างถึง 785 คน

การศึกษานี้แม้ว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ จะไม่มี ความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการโดยรวมและรายด้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่ก็พบว่า ความ รุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ใน ระดับต่ำ ($r = 0.23, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่า เมื่อผู้ป่วยประเมินตนเองว่า มีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และประเมินอาการว่าคุกคามต่อการ ดำเนินชีวิต จะแสวงหาวิธีจัดการกับอาการและเมื่อประเมินผลหลังจากการจัดการแล้ว ไม่พึงพอใจก็จะ แสวงหาวิธีอื่นจัดการ โดยเริ่มต้นกระบวนการใหม่อีกครั้งจนกว่าจะได้ผลที่พึงพอใจจึงหยุดการจัดการ และเมื่อพบว่า ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองจึงแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น และซึ่งสอดคล้องกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ที่จะเลือกรักษาด้วยตนเองก่อนเบื้องต้น และแสวงหา หรือเลือกแหล่งรักษาตามความพึงพอใจและความน่าเชื่อถือของแหล่งบริการ เนื่องจากบุคคลมีความ ต้องการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน เพื่อการมีชีวิตที่อยู่รอด (Orem, 1986 อ้างตามสมจิตต์, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุ จะเชื่อมั่นในแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความรู้ความสามารถรักษาโรคและ

การเจ็บป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ เมื่อพิจารณาแล้วว่า ตนเองรักษาอาการที่บ้านแล้วไม่มีอาการดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยใช้เวลาในการดูแลตนเอง นาน 1 – 2 สัปดาห์ ถึง 10 ปีขึ้นไป และมีร้อยละ 10 ที่รักษาตนเองด้วยสมุนไพร 1 – 3 ปี เมื่อประเมินว่า อาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์

3.ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเอง โดยรวม และรายด้าน ยกเว้น การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม

คะแนนผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับอาการโดยรวม ($r = .36, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับอาการด้านป้องกันปัสสาวะเล็ดราด ($r = .35, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการด้านจัดการทั่วไป ($r = .22, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการด้านแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ($r = .35, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่า ผลกระทบเป็นผลลัพธ์ของอาการ และการจัดการกับอาการ และในช่วงเวลาหนึ่งก็อาจสะท้อนกลับต่ออาการและการจัดการได้ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้และประเมินผลกระทบนั้นๆ และแสวงหาการจัดการจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติมาก ก็จะมีการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติมาก ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 วิธีก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของการ์เวย์และเกอร์บี้ (Garraway & Kirby, 1994) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต จะได้รับผลกระทบของอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างมากกว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะต่อมลูกหมากโต จึงมีการจัดการกับอาการมากกว่า คือ มีการจัดการโดย จำกัดน้ำก่อนนอน หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่ไม่มีห้องน้ำ และจำกัดน้ำดื่มขณะเดินทาง ร้อยละ 34.7 32.4 และ 29.9 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ไม่เป็นต่อมลูกหมากโต มีการจัดการเพียงร้อยละ 18.4 13.2 และ 13.4 ตามลำดับ เป็นต้น ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติ ที่คล้ายคลึงกัน คือ การรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่มั่นใจ วิดกกังวล และมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมลดลง เป็นต้น และมีการจัดการกับอาการ ได้แก่ การจำกัดน้ำดื่ม การเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเปียก ลดการออกกำลังกาย เป็นต้น (พยอม, 2545; มาลินี, 2543)

ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ผลกระทบไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่มตามข้อคำถามในแบบสอบถาม เป็นวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งปฏิบัติอยู่เดิมแล้ว เช่น รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร (ร้อยละ 75) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลา ถั่ว เป็นต้น เนื่องจากเป็นอาหารย่อยง่าย (ร้อยละ 73.9) รับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เช่น ถั่ว ผักใบเขียว เป็นต้น (ร้อยละ 63.6) และดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว / วัน (ร้อยละ 52.3) รับประทานผัก ผลไม้สีส้ม สีเหลือง เช่น มะเขือเทศ (ร้อยละ 34.1) และรับประทาน

อาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสี ซึ่งพบในอาหารทะเล เช่น หอยนางรม หรือ ตับ ไช้ ถั่ว เป็นต้น (ร้อยละ30.7) สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี, จิตนภา, สาคร (2545) เรื่อง การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย พ. ศ. 2545 พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้ มีการรับประทานปลาน้ำจืด มากกว่า 2 ครั้งในสัปดาห์ ร้อยละ 53.5 รับประทานผักใบเขียวทุกวัน และร้อยละ 52.9 รับประทานผักอื่นๆทุกวัน จากเหตุผลข้างต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเปลี่ยนแปลงสิ่งใด จึงไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต หรือเศรษฐกิจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบมากจะมีการจัดการด้านการป้องกันปัสสาวะเล็ดราด การจัดการทั่วไป และการแสวงหาความช่วยเหลือมาก และถ้ารับรู้ผลกระทบน้อยก็จะมีการจัดการดังกล่าวน้อย หรือ มีการจัดการเฉพาะที่เลือกจัดการเท่านั้น ส่วนการรับรู้ผลกระทบไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม อาจมีสาเหตุจากปัจจัยอื่น เช่น วิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง

สรุปผลการศึกษา ทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปัสสาวะผิดปกติ ผลกระทบ รวมถึงวิธีที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติก่อนมาพบแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ตัวแปร ที่พบในการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ผลกระทบที่ประเมินเป็นผลลัพธ์ของความรุนแรงของอาการและการจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เรื่อง การจัดการกับอาการ สำหรับการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการและการจัดการกับอาการอาจเป็นผลมาจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือประเมินการจัดการ และขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก