

อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา:
ผลกระทบและวิธีการจัดการ

Urinary Incontinence among Muslim Female Elderly in Songkhla Province:
Impact and Symptom Management



จुरี จอนนุ้ย
Juree Jonnui

๗


เลขที่	RC569.๕.E5 374 2544 ๓.๒
BiñKey	211953
	1 2 ๓.๒. 2544

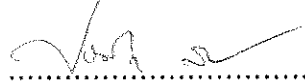
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University
2544

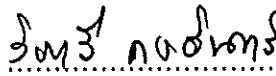
ชื่อวิทยานิพนธ์ อาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบ
และวิธีการจัดการ
ผู้เขียน นางจรี จอนนุ้ย
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

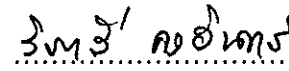
คณะกรรมการที่ปรึกษา

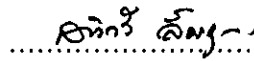
คณะกรรมการสอบ


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา)

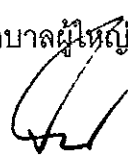
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

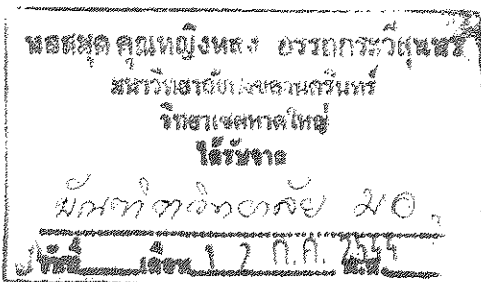
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(ดร. Sawitree Limchayornreong)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิงวิภาวรรณ ลีลาสำราญ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิติ ทฤษฎีคุณ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์ อากาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบ

และวิธีการจัดการ

ผู้เขียน นางจรี จอนน้อย

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2543

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาชนิด ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการ ผลกระทบ วิธีการจัดการอาการ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตามสัดส่วน จำนวน 174 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2543-มกราคม 2544 โดยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ และแบบประเมินวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินผลกระทบและแบบประเมินวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาเท่ากับ .94 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบบ่อยที่สุด คือ ชนิดผสม ซึ่งมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จามร่วมกับปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน ร้อยละ 55.2 และพบผู้ที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับรุนแรงมากร้อยละ 37.9 ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ ได้แก่ ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล้างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปียกน้ำปัสสาวะ ซึ่งจัดอยู่ในแบบแผนที่ 1 (การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ) รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/เมื่อสัมผัสผืนความเย็น และมีการย่ำคิดย่ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ซึ่งจัดอยู่ในแบบแผนที่ 6 (สติปัญญาและการรับรู้) ไม่สามารถละหมาดได้ตรงตามเวลา ซึ่งจัดอยู่ในแบบแผนที่ 11 (คุณค่าและความเชื่อ) และรู้สึกอับอายผู้อื่น ซึ่งจัดอยู่ในแบบแผนที่ 7 (การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์) ร้อยละ 82.8, 71.3, 66.7, 66.1 และ 62.6 ตามลำดับ สำหรับการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการด้วยตนเองที่ให้อภัย ได้แก่ วิธีเข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้านหรือก่อนละหมาด เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก เข้าห้องน้ำบ่อยๆ และอยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำเพื่อให้สามารถเข้าห้องน้ำได้ทัน คิดเป็น

ร้อยละ 85.1, 77.0, 43.1 และ 32.8 ตามลำดับ ส่วนวิธีการที่ไม่เคยใช้เลย คือ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และการใช้น้ำยาดับกลิ่นตัว นอกจากนี้พบว่า จำนวนวิธีการจัดการอากาศที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมใช้มีความสัมพันธ์กับชนิด และระดับความรุนแรงของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ แต่ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่มีอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะต้องอาบน้ำบ่อยๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามเวลา ดังนั้นควรจะมีการจัดโปรแกรมการสอนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ควรจัดฝึกอบรมแก่ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถประเมิน คัดกรอง วางแผนหามาตรการป้องกันและแก้ไขภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

Thesis Title Urinary Incontinence among Muslim Female Elderly in Songkhla
Province: Impact and Symptom Management
Author Mrs. Juree Jonnui
Major Program Adult Nursing
Academic Year 2000

Abstract

The objectives of this research survey were to identify the types, degrees of severity, duration of symptoms, impact, and symptom management, among the Muslim female elderly with urinary incontinence. The correlation between symptom management and types, degree of severity, and duration of symptoms of urinary incontinence was also explored. The subjects in this study were 174 Muslim female elderly with urinary incontinence in Chana District, Songkhla Province. They were selected using a cluster random sampling method. The data were collected from December 2000 to January 2001 using a structured interview consisting of three forms: 1) the assessment of urinary incontinence, 2) the assessment of the impact of urinary incontinence, and 3) the assessment of methods used to manage urinary incontinence. Assessment forms 2 and 3 were tested for validity and reliability and yielded Cronbach alpha values of .94 and .82 respectively. The data were analyzed using of frequency, percentage, arithmetic means, standard deviation and chi-square.

The results revealed that more than half of these elderly subjects (55.2 percent) had mixed stress and urge incontinence. About one-third (37.9 percent) of the subjects were classified as having severe degree of incontinence. The impacts of incontinence on functional health patterns were mainly on pattern 1 (Health perception- health management pattern) (82.8%), pattern 6 (Cognitive-perceptual pattern) (71.3%), pattern 11 (Value-belief pattern) (66.1%), and pattern 7 (Self- perception-self-concept pattern) (62.6%).

The self-management methods used by the subjects were various: Most of the subjects (85.1 percent) usually went to the toilet before going out or praying, 77.0 percent of the subjects often changed their clothes when they were wet, 43.1 percent frequently went to the toilet, and 32.8 percent preferred to stay near the toilet.

It was also found that symptom management among Muslim female elderly group was related to the type and degree of severity of urinary incontinence but was not related to the duration of the symptoms' appearance.

The results of this research indicated that urinary incontinence has a major impact on daily life especially religious practice. It is recommended that knowledge about urinary incontinence and its prevention and care should be provided to Muslim people and their families. Attitudes toward urinary incontinence can be changed and the problem more appropriately or better managed. Training should be provided to health care providers to properly assess, screen, plan preventive measures, and solve the problems related to urinary incontinence.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร. ประณีต ส่งวัฒนา และ ผศ. ดร. วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำชี้แนะ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในช่วงแรกของการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อมาแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. เพ็ญศิริ สันตโยภาส อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ และดีโบราช เล็กเคน ลูทเล็ด แห่งโรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยดุค ประเทศสหรัฐอเมริกาที่อนุญาตให้ใช้และดัดแปลงเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณหัวหน้าสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยป่าชิง ต.ลิ้งชันและบ้านตรับ หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพโรงพยาบาลจะนะทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลงด้วยดีและผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในอำเภอจะนะที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมารดา พี่สาว และครอบครัวที่สนับสนุน คอยเติมกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆตลอดมา งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

จรี จอนนุ้ย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	8
ความหมาย สาเหตุ และพยาธิสรีรภาพของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	8
กลไกการเกิดภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	10
ชนิดของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	13
ความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	16
ปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	16
ผลกระทบจากภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ที่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ.....	19
วิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่.....	26
วิธีการจัดการอาการโดยตนเอง.....	26
วิธีการจัดการอาการโดยผู้อื่น.....	30

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอากาศกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลา ที่มีอาการกลับปัสสาวะไม่อยู่.....	35
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	45
ผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผล.....	60
5. สรุปและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	78
บรรณานุกรม.....	81
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก	96
ภาคผนวก ข	97
ภาคผนวก ค	98
ภาคผนวก ง	103
ภาคผนวก จ	108
ประวัติผู้เขียน.....	112

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	46
2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	48
3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	49
4 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	49
5 ร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เรียงตามลำดับที่ได้รับผลกระทบตามรายชื่อ ที่ถูกกระทบมากที่สุด และน้อยที่สุดใน 5 อันดับแรก.....	51
6 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ.....	52
7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามผลกระทบโดยรวมและรายด้าน.....	53
8 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ใช้วิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	54
9 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับความบ่อย และวิธีการจัดการอาการ.....	55
10 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามจำนวนวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการ.....	57
11 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	57
12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	58
13 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.....	59

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
2 แสดงขั้นตอนการสุ่มให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบลที่ศึกษา และหมู่บ้านที่เก็บข้อมูล...40	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุข เทคโนโลยี สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ประชากรโลกมีชีวิตรยืนยาวขึ้น ซึ่งการมีอายุยืนยาวขึ้นนี้ทำให้พบปัญหาด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการสูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับโรคปอดหลัง โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก ต้อหิน โรคซึมเศร้า และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (อินทิรา, 2542)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาของการไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ ซึ่งมักพบได้ในประชากรทุกอายุ มีมากกว่า 13 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (AHCPR, 1996 cited by Pierson & Mishler, 1999) อุบัติการณ์นี้พบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (Palmer, Bone, Fahey, Mamom, & Steinwachs, 1992 ; Pierson & Mishler, 1999) ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 30-60 ปี พบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ตั้งแต่อายุ 25 ถึงร้อยละ 55.7 ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Glavin, Mouritsen, & Lose, 1999) และในสตรีวัยกลางคนพบถึงร้อยละ 30-58 (Steers & Zorn, 1997)

ส่วนรายงานการศึกษาอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในประเทศไทยยังมีน้อย โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำกว่าที่พบในรายงานของต่างประเทศ คือ อุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.2 (สุทธิชัย, 2541) และอุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของสตรีสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28.5 (เพ็ญศิริ, 2542) ซึ่งปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ถนอมขวัญ, สมจินต์, และกรรองกาญจน์, 2540 ; นารีรัตน์, 2538) โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 37.7 ในขณะที่เพศชายพบเพียงร้อยละ 18.9 (ปฤศณา, 2539)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นอาจพบได้มากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับหลายปัจจัย ที่สำคัญประกอบด้วย ดัชนีความหนาของร่างกายที่เกินมาตรฐาน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเป็นโรคหัวใจ การเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ ภาวะท้องผูกเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ จำนวนครั้งของการคลอดที่มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (เพ็ญศิริ, 2542) ซึ่งการคลอดบุตรจำนวนมาก ส่วนใหญ่จะพบในสตรีมุสลิม ซึ่งมีความเชื่อต่อกันมาว่าการคุมกำเนิดโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่วิธีตามธรรมชาติเป็นบาป (พีรสิทธิ์และประเสริฐ, 2521, อ้างตาม สาทวีร์และนวลตา, 2530 ; วีรสิทธิ์และระวีวรรณ, 2531) นอกจากนี้สตรีมุสลิมมีการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย (15 ปี) จึง

ส่งผลให้มีบุตรอย่างน้อย 7-8 คน (วีรสิทธิ์และระวีวรรณ, 2531) ซึ่งการคลอดบุตรหลายครั้งส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเอ็นในบริเวณขี้เชิงกราน ทำให้มีการหย่อนของผนังมดลูกและผนังช่องคลอด (พิชัย, 2538 ; Tanagho, 1995) เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดที่กล่าวถึงอุบัติการณ์ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีมุสลิม

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายที่สำคัญ คือ เป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนัง และระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดผื่นคัน แผลกดทับจากการที่มีปัสสาวะเล็ด ราว (ปฤศณา, 2539 ; Engberg, McDowell, Burgio, Watson, & Bell, 1995 ; Rowe et al., 1989) ส่วนผลกระทบทางจิต สังคม มักเกิดควบคู่กับผลกระทบทางกาย ซึ่งทำให้รู้สึกอับอาย สูญเสียความภาคภูมิใจ และศักดิ์ศรีของตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดทุกข์ทรมาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะวิตกกังวล แยกตัว และซึมเศร้าในที่สุด (อาภา, 2536 ; Burgio, Jones. & Engel, 1988 ; Creason, Burgenes, & Farran, 1992 ; NIH Consensus Statement, 1988) นอกจากผลกระทบดังกล่าวแล้วยังพบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสถานบริการ ที่ต้องใช้จ่ายเป็นจำนวนมากถึงปีละ 11-15 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Steers & Zone, 1997 ; Tanagho, 1995)

จะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อบุคคลมากมาย แต่ยังคงถูกละเลยเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่มักจะมองว่าเป็นเรื่องน่าอับอายต้องปกปิด ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาจำนวนมากยอมรับว่าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้มีประวัติคลอดบุตร และพบว่ามีความกลัวต่อการผ่าตัด (นาวิรัตน์, 2538 ; พิชัย, 2538 ; Newman, 1996) นอกจากนี้การขาดความรู้ของบุคลากรที่มสุขภาพ ที่มีความเชื่อว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นส่วนหนึ่งของการมีอายุมากขึ้น มักลังเลในการแก้ไขปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของการแก้ปัญหาไว้หลังสุด ทำให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุเลวลงยิ่งขึ้น (Tunink, 1988 ; McDowell, Engberg, Weber, & Engberg, 1994 ; Glavind et al., 1999)

ด้วยทัศนคติและความเชื่อดังกล่าว ทำให้ผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ไม่ไปพบแพทย์เพื่อรักษา แต่ใช้วิธีการจัดการตนเองที่หลากหลาย และมักใช้วิธีการอย่างน้อย 1 วิธีถึงร้อยละ 91.8 โดยพบว่าวิธีการจัดการตนเองกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ใช้มากที่สุด คือ ใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ ส่วนวิธีการจัดการอื่นๆ ได้แก่ การเข้าห้องน้ำตามกำหนด ดื่มน้ำให้น้อยลง ไม่ออกกำลังกาย การคาสายสวนปัสสาวะ และบางกลุ่มไม่จัดการอะไรเลย (Dioko & Colleagues, 1986 cited by Engberg et al., 1995 ; Rowe et al., 1989) ส่วนในประเทศไทยมีรายงานพบว่า สตรีสูงอายุส่วนใหญ่จะจัดการเบื้องต้นกับตนเอง ร้อยละ 95.1 เช่น เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก การดื่มน้ำน้อยลง แยกตัวออกจากสังคม ส่วนการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์มีเพียงร้อยละ 5.9 (เพ็ญศิริ, 2542)

จากการศึกษาที่ผ่านมาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีรายงานน้อย หรือมีผู้ศึกษาเฉพาะบางกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไทยพุทธ หรือกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ซึ่งมีปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่แตกต่าง คือ มีประวัติการคลอดมากกว่า 3 ครั้ง รวมทั้งคลอดกับผดุงครรภ์ที่บ้าน ซึ่งอาจมีการช่วยคลอดไม่ถูกวิธี ทำให้นำไปสู่การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่เคยมีการประกอบอาชีพที่ต้องยกของหนัก หรือต้องนั่งยองๆเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงอุ้งเชิงกราน และรอบท่อปัสสาวะหย่อน รวมทั้งประชาชนมุสลิมส่วนใหญ่จะยึดถือแนวปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิม โดยเชื่อว่าผลกระทบและวิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อาจมีความแตกต่าง ทั้งนี้เพื่อเป็นการค้นหาแนวทางในการช่วยเหลือบรรเทาอาการได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

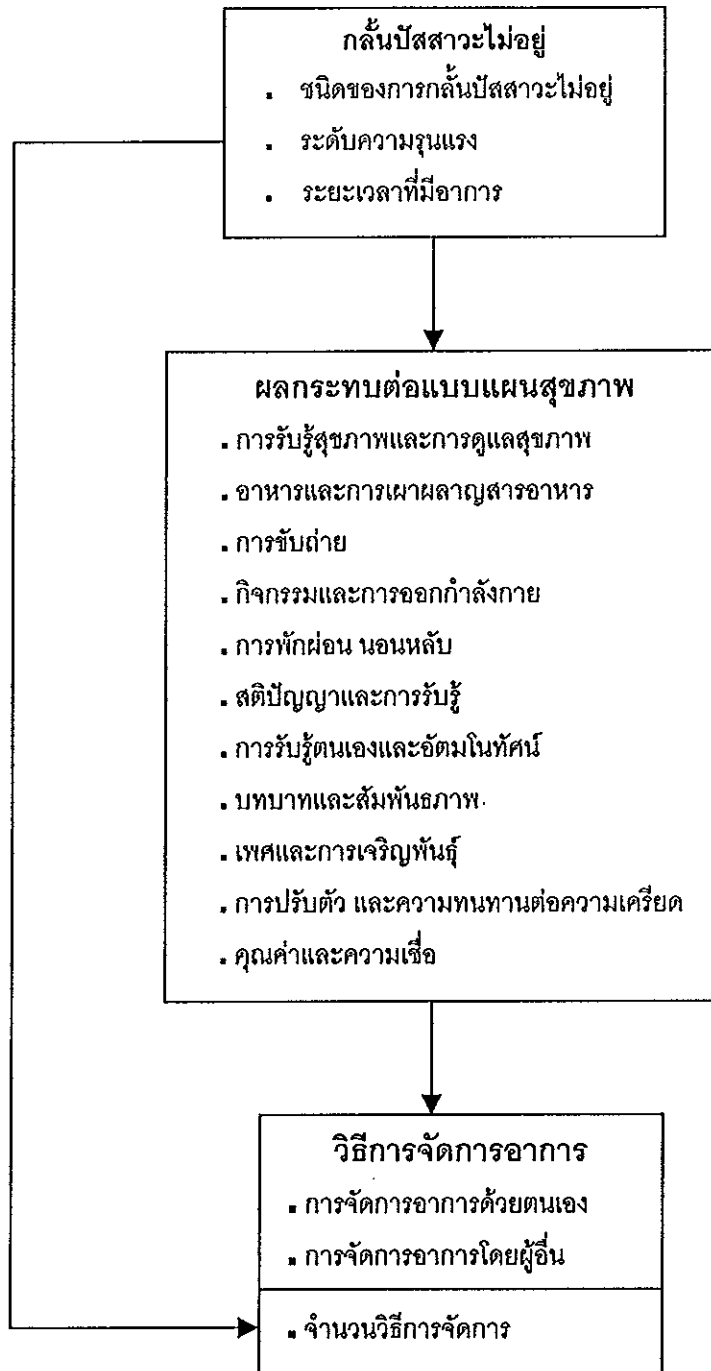
1. ศึกษาชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม
2. ศึกษาผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม
3. ศึกษาวิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำถามการวิจัย

1. ชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิมเป็นอย่างไร
2. ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมมีอะไรบ้าง และมีมากน้อยเพียงใด
3. วิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีวิธีการอะไรบ้าง และใช้วิธีการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด
4. จำนวนวิธีการจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้น้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานเสียความยืดหยุ่น การทำหน้าที่ของไตลดน้อยลง จากการทำหน้าที่ของผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดในไตลดลง ส่งผลให้เนื้อไตฝ่อ ปัสสาวะที่ผลิตออกมาจึงเข้มข้น และมีปริมาณน้อย เป็นสาเหตุให้ติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตามมา ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะพยายามหาวิธีการที่จะจัดการกับสิ่งที่มากระทบต่อตนเองไม่ว่าวิธีการใดๆ เพื่อที่จะขจัดปัญหาให้หมดไป หรือให้มีน้อยลง โดยพื้นฐานของบุคคลจะพยายามจัดการเบื้องต้นด้วยตนเอง ก่อนที่จะแสวงหาวิธีการรักษา หรือพึ่งพาผู้อื่นเป็นลำดับต่อไป การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) มาเป็นแนวทางในการประเมินผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และใช้แนวคิดการจัดการอาการ (symptom management) ของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) มาเป็นแนวทางในการค้นหาคำตอบเรื่องวิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การที่มีปัสสาวะรั่ว เล็ด หรือไหลออกมาอย่างควบคุมไม่ได้ หรือโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งไม่เหมาะสมทั้งเวลาและสถานที่ และอย่างน้อยต้องมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 1 ครั้งในรอบระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และอาการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยตัดแปลงจากคำถามการคัดกรองของแบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยเพ็ญศิริ (2542) และรูทเล็ด (Rutledge, 1995) และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดขณะไอ หรือจาม (stress urinary incontinence) หมายถึง อาการที่มีปัสสาวะเล็ดพร้อมกับไอ จาม หัวเราะ หรือออกแรง โดยปัสสาวะที่เล็ดออกมามีจำนวนน้อยเป็นหยด หรือพุ่งออกมา
2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน (urgency incontinence) หมายถึง อาการที่มีปัสสาวะราดก่อนถึงห้องน้ำ เนื่องจากมีอาการปวดปัสสาวะมากจนกลั้นต่อไปไม่ได้
3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม (mixed incontinence) หมายถึง มีอาการปัสสาวะเล็ดในขณะไอ จาม หรือออกแรงร่วมกับการมีปัสสาวะราดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน
4. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะซึมออกโดยไม่รู้ตัว หมายถึง อาการที่มีปัสสาวะซึมออกมาเป็นช่วงๆ หรือตลอดเวลา โดยที่ไม่มีอาการปวดปัสสาวะร่วมด้วย และไม่สัมพันธ์กับท่าทางหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากภาวะปัสสาวะล้น (overflow incontinence) เนื่องจากการอุดตันเป็นระยะเวลานาน หรือกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวจากสาเหตุต่างๆ ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะอ่อนแรง (sphincter deficiency) หรือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากความผิดปกติของวงจรประสาท (reflex incontinence)
5. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากสาเหตุอื่นๆ หมายถึง มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จากสาเหตุอื่นๆ เช่น ปัสสาวะรดที่นอนขณะหลับโดยไม่รู้ตัว ปัสสาวะรดเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว จากสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ไกลจากห้องส้วม ปัสสาวะรดจากการได้รับยาที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น

นอกจากนี้สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่เปียกทะเลถึงผ้าถุง (ปาเต๊ะ) มากกว่า 4 ผ่ามือ หรือมากกว่า 2 ซ้อนโต๊ะ และ/หรือมีอาการบ่อยทุกวัน หรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป เช่น ถ้ามีปริมาณปัสสาวะออกเล็กน้อยแต่มีทุกวัน ก็แสดงถึงการมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงมาก

2. รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่เบียดผ้าถุง (ปาเต๊ะ) 1-4 ผ่ามือ หรือ 1/2-2 ซ้อนโต๊ะ และ/หรือเกิดอาการหลายๆวันครั้ง หรือเดือนละตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

3. รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่กี่หยดเบียดผ้าถุง (ปาเต๊ะ) ไม่เกิน 1 ผ่ามือ หรือไม่เกิน 1/2 ซ้อนโต๊ะ และเกิดอาการเดือนละครั้ง หรือน้อยกว่านี้

ระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ครั้งแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ หมายถึง ผลที่เกิดจากการมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและฐานะเศรษฐกิจ ตามความรู้สึกและเหตุการณ์ที่เป็นจริงของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆโดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon, 1994) เป็นพื้นฐาน

วิธีการจัดการอาการ หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ใช้ในการจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติหรือกระทำด้วยตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งจำนวนวิธีการจัดการต่างๆที่ผู้สูงอายุใช้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดวิธีการจัดการอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994)

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อสำรวจผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และวิธีการจัดการอาการต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งจะทำให้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาผลกระทบและวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ทราบถึงผลกระทบทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ และวิธีการจัดการอาการเมื่อมีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนมาตรการการป้องกัน ลด หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม
3. เป็นแนวทางการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง "อาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบและวิธีการจัดการ" ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ และพยาธิสรีรภาพของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.2 กลไกการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.3 ชนิดและความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
2. ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
3. วิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่
 - 3.1 วิธีการจัดการอาการโดยตนเอง
 - 3.2 วิธีการจัดการอาการโดยผู้อื่น
 - 3.2.1 วิธีการจัดการอาการโดยครอบครัว
 - 3.2.2 วิธีการจัดการอาการโดยทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

1.1 ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง อาการที่มีปัสสาวะรั่ว เล็ด หรือไหลออกมาอย่างควบคุมไม่ได้ ซึ่งไม่เหมาะสมทั้งเวลาและสถานที่ (ถนอมขวัญ และคณะ, 2540 ; พิชัย, 2538 ; อุทัยวรรณ, 2527 ; Burgio, 1991, อ้างตาม นารีรัตน์, 2538 ; Jacob & Geels, 1985) นอกจากนี้แมมมาและสมิท (Mammah & Smith, 1981, อ้างตาม วัฒนาและพัชรี, 2536) กล่าวว่า เป็นอาการบ่งบอกถึงความผิดปกติทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของทางเดินปัสสาวะตอนล่าง รวมทั้งแบทและคณะ (Bates et

al., 1979, อ้างตาม วิไลวรรณ, 2538) กล่าวเพิ่มเติมว่า เป็นปัญหาของสังคมหรือสุขภาพอนามัยและสามารถตรวจเห็นได้

สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ผู้สูงอายุจะพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวนมากเกิดจากการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง น้ำหนักของไตจะลดลงร้อยละ 20 ของวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีผลให้หน่วยไตลดลงด้วยผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 35 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เนื้อไตฝ่อลงและมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตก็ลดลงด้วย เป็นผลให้การดูดกลับของสารต่างๆน้อยลง ปัสสาวะที่ถ่ายออกมาจะเข้มข้นมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อจะทำให้มีการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ที่ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะมากเกินไป จึงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (จันทนา, 2530) นอกจากนี้มีสาเหตุที่พบได้บ่อยดังนี้ (ปฤศณา, 2539 ; วิทยา, 2533 ; วิไลวรรณ, 2538 ; สุทธิชัย, 2541 ; อุทัยวรรณ, 2527)

1. การทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ (detrusor instability or unstable bladder) โดยที่ไม่สามารถยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะได้ ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในผู้สูงอายุพบได้ถึงร้อยละ 70 ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากโรคที่เกิดขึ้นกับศูนย์ควบคุมประสาทส่วนกลาง เช่น โรคของหลอดเลือดในสมอง หรือโรคที่เกี่ยวกับไขสันหลัง เช่น ถ้ามีความผิดปกติที่ไขสันหลังเหนือระดับซาครัมที่ 2 (S₂) (upper motor neuron lesion) จะทำให้กระเพาะปัสสาวะหดตัวเร็วขึ้นเมื่อมีความจุน้อยกว่าปกติ คือ 200 มิลลิลิตร (มล.) ปัสสาวะจึงไหลออกโดยไม่รู้สึกรู้ว่าปัสสาวะ หรือมีการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ที่ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะมากเกินไปเนื่องจากการติดเชื้อ จึงทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยและมักมีปัสสาวะราดร่วมด้วย (urge incontinence) หรือไม่มีรีเฟล็กซ์ไปกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากความวิตกกังวล เป็นต้น

2. กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนกำลัง (sphincter weakness or stress incontinence) ทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ พบได้ร้อยละ 35 ซึ่งเกิดจากการคลอดบุตรหลายๆครั้งจะทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงในอุ้งเชิงกรานและรอบท่อปัสสาวะหย่อน อวัยวะในอุ้งเชิงกรานจึงเคลื่อนต่ำไปจากตำแหน่งเดิม มีผลกระทบต่ออาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วนในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตร การอ่อนแอของกล้ามเนื้อ อาจเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติจากการที่มีอายุมากขึ้น หรือการที่อ้วนขึ้น การไอเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้ในวัยหมดประจำเดือนฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อรอบๆท่อปัสสาวะมีการบางตัว ลดความแข็งแรงลง จึงควบคุมกระเพาะปัสสาวะได้ลำบากขึ้น

3. ปัสสาวะไหลทัน (overflow incontinence) เกิดจากการอุดตันทางออกของปัสสาวะส่วนที่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก จึงมีปัสสาวะหยดออกมาเป็นระยะๆ พบได้

ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือถ้ามีความผิดปกติที่ไขสันหลังระดับ S₂ ลงมา (lower motor neuron lesion) จะไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะแม้ว่าน้ำปัสสาวะมากกว่าปกติ ที่ 500 มล. กระเพาะปัสสาวะจึงขยายเพิ่มขึ้นโดยไม่หดตัว และมีแรงดันสูงขึ้นมา ทำให้น้ำปัสสาวะไหลออกมาแบบหยด

4. กระเพาะปัสสาวะทำหน้าที่ผิดปกติเนื่องจากความเจ็บป่วย (functional incontinence) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ข้ออักเสบ พาร์กินสันซึม การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถเดินทางไปถึงห้องน้ำเพื่อการขับถ่ายปัสสาวะได้ทันเวลา การที่อยู่ในสภาพแวดล้อมไม่สะดวกและปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นต้น

5. ได้รับยาบางชนิด (catrogenic course) เช่น ยานอนหลับ ยาขับปัสสาวะ ยาลดการเกร็งตัวของลำไส้ ยาลดความดันโลหิต ยาระงับความเศร้า ส่งผลให้กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

พยาธิสรีรภาพ

พยาธิสรีรภาพของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรภาพที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุที่ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แต่ละชนิด ซึ่งทำยที่สุดเมื่อความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นเกินกว่าความดันสูงสุดในท่อปัสสาวะ ก็จะก่อให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น การมีความดันเพิ่มในกระเพาะปัสสาวะอย่างทันทีทันใด จากการ จาม ไอ หัวเราะ รวมทั้งการเปลี่ยนท่า หรือการที่หลอดท่อปัสสาวะมีความอ่อนแอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงมุมระหว่างท่อปัสสาวะกับกระเพาะปัสสาวะ (urethrovesical angle) ในเพศหญิง การมีปัสสาวะจำนวนมากค้างค้ำอยู่นาน มากเกินกว่าที่หลอดจะกลั้นไว้ได้ หรือกระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวอย่างยับยั้งไม่ได้ที่เกิดจากความผิดปกติในระบบประสาท หรือสาเหตุอื่น จะทำให้มีปัสสาวะไหลออกมาในลักษณะต่างๆกัน โดยไม่รู้ตัว หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกรณีเช่นนี้ปัสสาวะอาจจะไหลออกมาไม่หมด ทำให้ปัสสาวะบางส่วนค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะเวลาต่อมา (กฤษญา, 2525 ; ประนอม, 2538)

1.2 กลไกการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีกลไกที่สำคัญ 2 ประการ คือ (พิชัย, 2538)

ก. กลไกของหลอดผิดปกติ อาจจะเป็นตลอดเวลา หรือเป็นชั่วคราว เช่น เวลาไอ หรือจาม

ตามปกติกลไกของการทำหน้าที่หลอดของท่อปัสสาวะ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. หลอดส่วนใน (internal sphinctor) ตรงตำแหน่งของท่อปัสสาวะส่วนต้นที่คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันการเกิดปัสสาวะเล็ดในผู้หญิงแต่อย่างใด จะปิดอยู่ตลอดเวลา แต่จะเปิดออกเมื่อจะถ่ายปัสสาวะ (วิทยา, 2533)

2. หูดส่วนนอก (external sphinctor) ประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบของท่อปัสสาวะส่วนที่เหลือและกล้ามเนื้อลาย ทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันการเกิดปัสสาวะเล็ด (พัศมณท์, 2541)

ในคนปกติไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงท่าทางอย่างไร นอนเป็นยืน การเดิน ใจ หรือจาม ฯลฯ ซึ่งทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นได้มาก อันจะทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แต่ความดันของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor pressure) ก็คงที่ และขณะเดียวกันความดันในท่อปัสสาวะจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นทราบได้ถึงความดันในท่อปัสสาวะเท่าหรือมากกว่าความดันในกระเพาะปัสสาวะแล้ว ปัสสาวะจะไม่มีทางเล็ดลอดออกจากท่อปัสสาวะได้เลย โดยธรรมชาติแล้ว คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) จะทำหน้าที่เป็นหูดอย่างดี ซึ่งจะป้องกันไม่ให้ปัสสาวะเล็ดออกไปได้ โดยไม่ต้องพึ่งหูดส่วนนอกเลย ดังนั้นในคนที่ปัสสาวะเล็ด (stress incontinence) ทุกอย่างจะต้องมีการหย่อนประสิทธิภาพของคอกระเพาะปัสสาวะก่อนเป็นอันดับแรก หูดส่วนนอกของผู้หญิงมักจะไม่แข็งแรง ถ้าหูดส่วนนอกแข็งแรงพอ อาจจะป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ แต่ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มักจะมีอาการหย่อนประสิทธิภาพของหูดทั้งสองร่วมกันเสมอ ทำให้ไม่สามารถป้องกันการเล็ดของปัสสาวะได้เมื่อมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น หรือเมื่อมีการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะแบบเหนือการยับยั้ง (uninhibited detrusor contraction ชนิด motor urge incontinence)

ข. กระเพาะปัสสาวะบีบตัวโดยยับยั้งไม่ได้ และในขณะที่บีบตัวทำให้หูดคลายตัวโดยอัตโนมัติ เพราะมีการทำงานที่ประสานกัน

คอกระเพาะปัสสาวะจะมีการทำงานที่กลมกลืนไปกับกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสมอ เมื่อมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ คอกระเพาะปัสสาวะจะเปิดออกเพื่อที่จะให้ปัสสาวะผ่านออกไป ดังนั้นเมื่อเกิดการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะแบบเหนือการยับยั้ง คอกระเพาะปัสสาวะย่อมเปิดตามไปด้วย ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นกับหูดส่วนนอกเท่านั้น (distal urethral sphinctor) ตามปกติคอกระเพาะปัสสาวะจะได้รับการพยุงจากเอ็นพิวโบเวสลิคคอลล (pubovesical ligaments) ทางด้านหน้ากับด้านหลังของหัวหน่าว (symphysis) ผู้หญิงที่คลอดบุตรกล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงคอกระเพาะปัสสาวะจะไม่แข็งแรง ทำให้คอกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความดันในท่อปัสสาวะลดลงได้ (กฤษฎา, 2525: 219) ดังที่จินทนา (2530) กล่าวว่า ผู้หญิงเมื่อตั้งครรภ์ อ้วน ใจเรื้อรัง หรือท้องผูกเรื้อรัง ต้องออกแรงเบ่งมาก หรือยกของหนัก จะทำให้กระบังลมส่วนล่าง (pelvic diaphragm) ซ้ำรัดหย่อนยานลง ทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ มดลูก ปากช่องคลอด จะรวมตัวเคลื่อนลงต่ำด้วย จึงเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และเมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้อส่วนนี้จะหย่อนยาน ทำให้เกิดปัญหาได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ 60-90 ปี อัตราการทำงานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลงไปถึงร้อยละ 45 จะมีกำลังกล้ามเนื้อลดลงกว่าอายุ 25-30 ปี ประมาณร้อยละ 20-30 (ชูศักดิ์, ยุทธนา, และวิญญูวัฒน์, 2531: 67)

การตั้งครรภ์ระยะแรก มดลูกจะมีน้ำหนักมากขึ้น และจะเคลื่อนคล้อยต่ำลงมาจนคล้ำปากมดลูกได้ที่ช่องคลอด ในรายที่มีปัสสาวะเล็ดขณะออกกำลังบางรายแม้แต่ลุกขึ้นจากเตียงตอนเช้า หรือลุกขึ้นยืนเปลี่ยนอิริยาบถก็มีปัญหาเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะเคลื่อนต่ำลงมาในช่องคลอด ในสมัยก่อนยังไม่นิยมการฝากครรภ์ และไม่มีการเย็บซ่อมแซมปากช่องคลอด หรือกล้ามเนื้อที่ฉีกขาดจากการคลอด จึงเกิดปัญหาได้มาก (จันทร์หา, 2536: 91) และผู้สูงอายุในชุมชนส่วนมากมักคลอดกับหมอต้าแยและไม่มีการคุมกำเนิด จากการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่มีบุตรมากกว่า 3 คน

นอกจากกลไกของหูดผิดปกติและกระเพาะปัสสาวะบีบตัวโดยยับยั้งไม่ได้แล้วยังมีกลไกอื่นๆอีกที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น มีรูรั่ว หรือรูเปิดของทางเดินปัสสาวะผิดปกติ ทำให้ปัสสาวะไม่ไหลทางท่อปัสสาวะตามปกติ หรือปัสสาวะเก็บไว้ในกระเพาะปัสสาวะได้ตามปกติ แต่เมื่อถ่ายออกมา จะขังอยู่ในท่อปัสสาวะ หรือบริเวณใกล้เคียง และไหลออกมาที่หลัง นอกจากนั้นผู้ที่มีปัสสาวะคั่งเรื้อรังจะมีปัสสาวะล้นออกมาอย่างควบคุมไม่ได้

สรุปกลไกที่เกิดขึ้นดังกล่าว เกิดจากการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะในระยะต่างๆของการขับถ่ายปัสสาวะได้ทั้ง 3 ระยะ กล่าวคือ (พิชัย, 2538: 32-33)

1.2.1 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะความผิดปกติในระยะเก็บกักปัสสาวะ ได้แก่ปัสสาวะโดยไม่ผ่านท่อปัสสาวะ กล่าวคือ มีช่องทาง หรือรูรั่วออกจากกระเพาะปัสสาวะทางอื่น ทำให้ปัสสาวะรั่วออกมาได้ตลอดเวลา ถ้ารูรั่วเล็กอาจจะไหลหยดเป็นระยะหรือหลังการถ่ายปัสสาวะได้ ส่วนปัสสาวะรั่วทางท่อปัสสาวะเกิดจากการมีความผิดปกติของหูดท่อปัสสาวะ โดยมีการคลายตัวอยู่ตลอดเวลา หรือเพราะหูดถูกทำลายไป หรือเพราะความพิการของระบบประสาทซึ่งมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหูด(มักจะเกิดร่วมกับความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะด้วย เช่น ในโรคเยื่อหุ้มไขสันหลังและไขสันหลังไหลออกมาระหว่างกระดูก) ปัสสาวะจะไหลซึมตลอดเวลา นอกจากนั้นกลไกของหูดอาจเสียไปบางขณะ เช่น เวลาไอ จาม หรือมีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นกระทันหัน ทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดขณะไอ จาม (stress incontinence)

1.2.2 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะความผิดปกติในระยะผัดผ่อนการถ่ายปัสสาวะส่วนใหญ่เป็นเพราะกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถจะยับยั้งการบีบตัวได้ ทำให้มีการคลายตัวของหูดท่อปัสสาวะและปัสสาวะรั่วออกมา การถ่ายปัสสาวะรดที่นอนก็อยู่ในกลุ่มนี้ สาเหตุของการขาดความสามารถที่จะยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดจากระบบประสาท เช่น ในรายที่มีกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท หรือเกิดจากภาวะที่เรียกว่ากระเพาะปัสสาวะไร้เสถียรภาพ (unstable bladder) ปริมาณที่ปัสสาวะรั่วออกมาในลักษณะนี้อาจมีเพียงเปียกชื้น ไปจนกระทั่งเปียกโชกก็ได้ ขึ้นอยู่กับการบีบตัวนั้นจะต่อเนื่องกันนานเพียงใด

1.2.3 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะความผิดปกติในระยะถ่ายปัสสาวะ มีสาเหตุจากอาการปัสสาวะค้างอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดอาการปัสสาวะล้น นอกจากนี้ขณะไอ หรือจาม จะมีปัสสาวะเล็ดเช่นกัน ทำให้เกิดอาการซึ่งบางที่เข้าใจผิดว่าเป็นปัสสาวะเล็ดขณะไอ หรือจาม แต่อย่างเดียว นอกจากนี้อาการปัสสาวะหยดหลังการถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว ก็เกิดจากความผิดปกติในระยะถ่ายปัสสาวะเหมือนกัน

1.3 ชนิดและความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.3.1 ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถแบ่งได้หลายชนิด ตามลักษณะและตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ดังนี้ (Pierson & Mishler, 1999 ; Tanagho, 1995)

1. ความผิดปกติของการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ปัสสาวะรดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน (urge incontinence) จะสูญเสียการควบคุมในการถ่ายปัสสาวะ มีความต้องการในการถ่ายทันที กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และมีปัสสาวะรดออกมา ก่อน จะถ่ายครั้งละจำนวนมากในแต่ละครั้ง

ก. กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะหดตัวมากเกินไป (detrusor hyperreflexia) เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ จะพบปัสสาวะเหลือค้างมากกว่า 50 ซีซี หลังถ่ายปัสสาวะ

ข. กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่มีเสถียรภาพ (detrusor instability) พบปัสสาวะเหลือค้างน้อยกว่า 50 ซีซี หลังถ่ายปัสสาวะ

1.2 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น (overflow incontinence) เกิดจากกระเพาะปัสสาวะโป่งออกและมีความจุเพิ่มมากขึ้น และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะหดตัวน้อย ไม่สามารถส่งสัญญาณไปยังสมองเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม จึงมีปัสสาวะรั่วออกมา เป็นกลไกเพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะแตก จะมีปัสสาวะหยดที่ละเล็กละน้อยตลอดเวลา

2. ความผิดปกติของการคลายตัวของท่อปัสสาวะ แบ่งเป็น 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ

2.1 ปัสสาวะเล็ดขณะไอ หรือจาม (stress incontinence) เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องและของกระเพาะปัสสาวะ จะทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดออกมา ผู้ป่วยไม่สามารถขมิบไว้ได้ จะมีแรงดันของกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในท่อปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะรั่วออกมา ปัสสาวะเล็ดขณะไอ จาม ออกกำลังกาย จะมีลักษณะปัสสาวะที่ออกครั้งละน้อย วันละครั้งหรือเท่ากับ 8 ครั้งต่อวัน หรือ

น้อยกว่า 2 ครั้งต่อคืน หลังถ่ายปัสสาวะมีปัสสาวะเหลือค้างน้อยกว่า 50 ซีซี จะพบว่าอุ้งเชิงกรานหรือ ทวารหนักมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2.2 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น เกิดจากการอุดตันในท่อปัสสาวะ จึง ทำให้สูญเสียการคลายตัวที่จะปล่อยปัสสาวะออก ทำให้ปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ จึงล้นออกมาตลอดเวลา

3. ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ โดยความผิดปกติของหน้า ที่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจเกิดแบบชั่วคราวหรือถาวรได้ คือ

3.1 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว เกิดจากสมองเสื่อม ติดเชื้อ โรคระบบทาง เเดินปัสสาวะส่วนล่าง จิตเภทอย่างรุนแรง จากยารักษาโรคจิต จากการผลิตปัสสาวะเพิ่มขึ้น และจาก การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

3.2 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบถาวร อาการแล้วแต่สาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยว ข้องกับความผิดปกติทางสูติ-นรีเวช ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท เป็นต้น (Tanagho, 1995)

ส่วนพิชัย (2538) แบ่งชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มนอกเหนือจากข้างต้น ดังนี้

4. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยสิ้นเชิง (total incontinence) ปัสสาวะรั่วตลอดเวลา ส่วน ใหญ่ไม่มีความรู้สึกปวดปัสสาวะ อาการนี้อาจเกิดเพราะปัสสาวะรั่วออกมาทางท่อปัสสาวะ ทางรูรั่ว หรือช่องทางอื่น (extraurethral incontinence)

5. ปัสสาวะไหลหยดหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว (post micturition dribble) เมื่อ ปัสสาวะเสร็จแล้วผู้ป่วยอาจลุกขึ้นยืนหรือออกเดิน แล้วปัสสาวะไหลหยดออกมาเปียกเปื้อนเสื้อผ้าโดย ที่ไม่จำเป็นต้องมีความรู้สึกปวดปัสสาวะ อาการนี้ต้องแยกจากอาการปัสสาวะไหลหยดตอนใกล้สุด (terminal dribble) ซึ่งมีลักษณะปัสสาวะไหลช้าลงจนกลายเป็นหยดตอนใกล้สุดและอาจกินเวลาร่วม นาทีกว่า จะหยุดไหล

6. ปัสสาวะรดที่นอน (nocturnal enuresis) มักพบในเด็ก แต่ในผู้ใหญ่ก็พบได้ ผู้ ป่วยจะไม่รู้สึกตัวว่าได้ถ่ายปัสสาวะออกไป แต่จะตื่นขึ้นมากลางดึกเมื่อที่นอนเปียกโชก หรืออาจฝันไป ว่าอยากถ่ายปัสสาวะจริงๆในฝัน แล้วตื่นขึ้นมาที่นอนเปียก อาการนี้อาจเป็นเพราะมีปัสสาวะล้นก็ได้

7. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะรีเฟล็กซ์ (reflex incontinence) เกิดจากมีรีเฟล็กซ์ (reflex activity) ในไขสันหลังโดยไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ (The Continences Society, 1976, อ้างตาม พิชัย, 2538)

สำหรับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด (จันทนา, 2530)

1. ปัสสาวะเล็ด (stress incontinence) สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การเคลื่อนต่ำของมดลูกจาก

การคลอดบุตรหลายๆคน

2. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชั่วคราว (transient incontinence) มักเกิดเมื่อมีการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว

3. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถาวร (established incontinence) พบในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มักเกิดจากการที่มีการอุดตันเรื้อรังต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เช่น มดลูกเคลื่อนต่ำ นิ่ว การมีการอักเสบของช่องคลอด หรือกระเพาะปัสสาวะชนิดเรื้อรัง ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคพาร์กินสัน ซึมเศร้า สมองเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีการเกร็งมากกว่าปกติ เมื่อรู้สึกปวดถ่ายแล้วจะกลั้นปัสสาวะไว้ไม่ได้

อย่างไรก็ตามการพยายามแบ่งชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ การให้ความจำกัดความของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่แตกต่างกันไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษา ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ซึ่งมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ หรือเกิดขึ้นบ่อยๆ ชัดเจน และพบอาการได้ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆตามอาการ ดังนี้ (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998 ; Rutledge, 1995)

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดขณะไอ หรือจาม คือ มีอาการปัสสาวะเล็ดแบบควบคุมไม่ได้เมื่อความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น หัวเราะ ไอ จาม เปลี่ยนท่า ออกแรง
2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะรด คือ มีอาการรู้สึกปวดปัสสาวะมากจนไม่สามารถกลั้นต่อไปได้ หรือไม่มีการเตือน จึงไปห้องน้ำไม่ทัน มีปัสสาวะรดออกมาก่อนถึงห้องน้ำ
3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม (mixed incontinence) จะมีอาการปัสสาวะเล็ดขณะไอ จาม ร่วมกับมีปัสสาวะรดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน
4. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะซึมออกโดยไม่รู้ตัว หมายถึง อาการที่มีปัสสาวะซึมออกมาเป็นช่วงๆ หรือตลอดเวลา โดยที่ไม่มีอาการปวดปัสสาวะร่วมด้วย และไม่สัมพันธ์กับท่าทาง หรือกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากภาวะปัสสาวะล้น (overflow incontinence) เนื่องจากการอุดตันเป็นระยะเวลานาน หรือกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวจากสาเหตุต่างๆ ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะอ่อนแรง (sphincter deficiency) หรือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากความผิดปกติของวงจรประสาท (reflex incontinence)
5. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากสาเหตุอื่นๆ หมายถึง มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จากสาเหตุอื่นๆ เช่น ปัสสาวะรดที่นอนขณะหลับโดยไม่รู้ตัว ปัสสาวะรดเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวจากสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ไกลจากห้องส้วม ปัสสาวะรดจากการได้รับยาที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น

ในการวินิจฉัยชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ให้ถูกต้องและแม่นยำ จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษอื่นๆ ร่วมกับการซักประวัติอาการ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิมซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน จึงมีความจำกัดในการตรวจวินิจฉัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงวินิจฉัยเบื้องต้นด้วยการซักจากประวัติอาการ

1.3.2 ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ชนิดของความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ อาจแบ่งออกตามปริมาณและความถี่ของการมีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยที่ปริมาณปัสสาวะที่น้อยกว่า 10 ซีซี และ/หรือความถี่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน จัดเป็นภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงน้อย ถ้าปริมาณปัสสาวะปานกลาง (10-100 ซีซี) และ/หรือความถี่ปานกลาง (2 ครั้งต่อเดือนถึงน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน) จัดเป็นภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงปานกลาง และถ้าปริมาณปัสสาวะที่กล้ามเนื้อไม่อยู่มีจำนวนตั้งแต่ 100 ซีซี ขึ้นไปและ/หรือมีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อวันขึ้นไป จะถือว่าภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงมาก (สุทธิชัย, 2541)

บางรายงานกล่าวถึงการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่โดยคิดจากปริมาณการใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ การจำกัดกิจกรรม จากค่าใช้จ่ายและจากการเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปียก (Thomas, Plymat, Blannin, & Meade, 1980)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเล็ดตามการออกกำลังกาย (activity) ที่กระตุ้นให้เกิดปัสสาวะเล็ด ได้ 3 ระดับ คือ (วชิร, 2539 ; Shortliffe & Stamey, 1986, อ้างตาม พิชัย, 2538)

ระดับที่ 1 จะต้องออกแรงอย่างมากจึงจะเล็ด เช่น การวิ่ง ไต่ งาม

ระดับที่ 2 ออกแรงปานกลาง เช่น การเดิน

ระดับที่ 3 แม้แต่นอนก็จะปัสสาวะเล็ด

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้เกณฑ์ประเมินของสุทธิชัย (2541) คือใช้ทั้งปริมาณและความถี่ของการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของสตรีสูงอายุ มีหลายปัจจัย ที่สำคัญและพบบ่อย มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของวัยสูงอายุ มีผลต่อการรับถ่ายปัสสาวะ กล่าวคือ การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง น้ำหนักของไต และหน่วยไตลดลง การไหลเวียนของเลือดในไตก็ลดลงด้วย ความสามารถในการกรองของไตลดลง นอกจากนี้การเสื่อมหน้าที่ในการทำงานของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของร่างกายมักลดลงด้วย เป็นผลให้เกิดความผิดปกติ

ปกติต่อระบบขับถ่ายได้ เช่น กล้ามเนื้อเสียความยืดหยุ่นไป โครงสร้างที่ช่วยพยุงขาดความตึงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งได้รับการพยุงและยึดไว้โดยกล้ามเนื้อจากอุ้งเชิงกราน และเอ็นยึดต่างๆ เป็นต้น ทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง เป็นเหตุให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ด้วยเหตุที่ไม่มีกำลังวังชา และถูกปล่อยปละละเลย จะละเลยในการให้ความสำคัญกับการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ผลที่ได้รับ คือ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2. อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ถนนอมขวัญ และคณะ, 2540 ; Palmer et al., 1992)

3. ประวัติการคลอด จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยคนที่ถูกตัดฝีเย็บหรือฝีเย็บฉีกขาดขณะคลอด พบว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็น 3.78 เท่า (Skoner, 1994) การคลอดบุตรในสตรีทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นขาดความแข็งแรง ทำให้ท่อปัสสาวะและคอคออดกระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนตำแหน่งไปจากเดิม ในขณะเดียวกันเกิดความบกพร่องของตัวท่อปัสสาวะเอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นหูรูดด้วย ผลจากคลอดบุตรและอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศที่ลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อของคลอดส่งผลให้ผนังช่องคลอดหย่อน (วชิร, 2539 ; Pierson & Mishler, 1999) เป็นผลให้กระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ส่วนล่างโป่งเข้าไปในช่องคลอดได้ หรือเป็นผลจากมดลูกเคลื่อนต่ำลงมา ทำให้เพิ่มแรงดันต่อกระเพาะปัสสาวะได้ (Penn et al., 1996) ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลาต่อมา

ประวัติการคลอดบุตร จำนวนครั้งของการคลอด น้ำหนักเด็กแรกเกิดสูง การคลอดยากที่ใช้เวลาในระยะการคลอดที่สอง การใช้เข็ม หรือเครื่องดูดในระหว่างการคลอด และการคลอดที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ การฉีกขาดอย่างรุนแรง ทำให้ท่อปัสสาวะและรอยต่อกระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนตำแหน่งไปจากเดิม การคลอดออกทางช่องคลอดทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นยึดเหนี่ยวอ่อนแอหรือถูกทำลาย เส้นประสาทถูกตัดขาด นอกจากนี้การฉีกขาดของกล้ามเนื้อ เอ็นและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดมดลูก ผนังช่องคลอด หลอดปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ส่วนเร็คตัม อันเนื่องมาจากการคลอดหลายๆครั้ง หรือการช่วยคลอดไม่ถูกวิธี เช่น ปล่อยให้เด็กมาดันพื้นอุ้งเชิงกราน (pelvic floor) อยู่นาน และการไม่ได้ตัดฝีเย็บในการคลอด หรือไม่ได้เย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อที่ฉีกขาด หรือเย็บซ่อมแซมไม่ถูกวิธี ปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ หรือจามได้ (สุนีย์, พวงเพ็ญ, และปรีญา, 2523) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุที่เคยคลอดมาแล้วตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และบางรายงานกล่าวว่า การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 3 เดือนหลังคลอด และการคลอดบุตรจำนวนมากกว่า 4 คน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้มาก (Wilson et al., 1996)

ประวัติการคลอดจะมีอิทธิพลสืบเนื่องไปจนกระทั่งอายุมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นหน้าที่ในการทำงานของร่างกายเสื่อมลง กล้ามเนื้อเสียความยืดหยุ่นไป โครงสร้างต่างๆที่ช่วยพยุงขาดความตึงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งได้รับการพยุงและยึดไว้โดยกล้ามเนื้อจากอุ้งเชิงกรานและเอ็นยึดต่างๆ

4. สภาพที่อยู่อาศัย หากไม่สะดวกในการไปใช้ส้วม เช่น ห้องส้วมอยู่ไกลจากห้องพัก หรือไกลจากบริเวณที่ทำกิจกรรมเป็นประจำด้วยแล้วจะยิ่งทำให้ไม่สะดวกในการไปถ่ายปัสสาวะ อาจต้องกลั้นปัสสาวะบ่อยๆ นานเข้าอาจเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตามมาได้ (Caudle & Chen, 1992)

5. สภาพจิตใจ จากการศึกษาในอดีตชี้ให้เห็นว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิต ได้แก่ โรคความจำเสื่อม โรคจิต โรคประสาท และภาวะซึมเศร้า (Ory et al., 1986) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

6. การหมดประจำเดือน หลังหมดประจำเดือนพบว่า ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง ทำให้ผนังช่องคลอดบางลง ไม่มีสิ่งค้ำหลัง เกิดการฝ่อเหี่ยวของกล้ามเนื้อและเยื่อหู ทำให้ท่อปัสสาวะปิดไม่สนิท จึงมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลาต่อมา

7. ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่างๆลดน้อยลง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของอวัยวะนั้นๆได้ ส่วนกลไกการขับถ่ายปัสสาวะมีการทำงานอย่างซับซ้อนและร่วมกับการทำงานของระบบประสาททั้งภายใต้อำนาจจิตใจ และนอกเหนืออำนาจจิตใจที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและทางออกของน้ำปัสสาวะ ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงใดๆก็ตามที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทก็จะมีผลต่อการขับถ่ายและการกลั้นปัสสาวะด้วย

8. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่ทำให้การทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะเสียไปที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โรคพาร์กินสันซึม ภาวะที่ต้องจำกัดอยู่ในเตียงนานๆ และโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ข้ออักเสบก็มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเช่นกัน (จันทนา, 2530) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่า โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการหายใจ โรคปวดข้อ ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะท้องผูกเรื้อรังและประวัติการเป็นลมหมดสติในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวนมากมักจะเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ทำให้มีอาการไอ ถ้าเป็นเรื้อรังจะทำให้ไปเพิ่มความดันในช่องท้อง ส่งผลกระทบต่อการควบคุมหูรูดของกระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (วิทยา, 2533)

9. น้ำหนักตัว น้ำหนักตัวตั้งแต่ 50 กิโลกรัมขึ้นไปและมีค่าความหนาของร่างกาย (Body Mass Index = BMI) เกินมาตรฐานตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้น

ปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และ $< .001$ ตามลำดับ หมายความว่าผู้สูงอายุยังมีน้ำหนักตัวมากขึ้นเท่าไรยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากขึ้นเท่านั้น และผู้สูงอายุที่มีค่า BMI สูงขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากขึ้นด้วย เนื่องจากการมีน้ำหนักมากทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานต้องแบกรับน้ำหนักมาก น้ำหนักที่มากเกินไปทำให้กล้ามเนื้อที่พุงในอุ้งเชิงกรานอ่อนแอลง ส่งผลกระทบต่อการกลั้นปัสสาวะ (เพ็ญศิริ, 2542)

2. ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นภาวะที่สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จึงส่งผลกระทบต่อบุคคล หรือทำให้มีการเบี่ยงเบนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปจากภาวะปกติ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ความสบาย และการประกอบอาชีพ (Catanzaro et al., 1982 cited by Wyman, Harkins, & Fantl, 1990) โดยจะส่งผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ที่ประสบกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสตรี อายุ 19-97 ปี จำนวน 2,075 ราย ในบ้านพักคนชรา พบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาใหญ่ เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดอาการ มีรายงานถึงสิ่งที่สัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไว้น้อย แต่รับรู้ว่าเป็นปัญหา ผู้ที่เคยมีประสบการณ์กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากกว่าร้อยละ 70 จะมีปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนซึ่งเป็นชนิดปัสสาวะราด และชนิดปัสสาวะเล็ด แต่จะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาไว้หลังสุด ผู้ที่รับรู้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพอนามัยคิดเป็นร้อยละ 61 เนื่องจากทำให้ต้องเปลี่ยนกางเกงในหรือต้องใส่ผลิตภัณฑ์ซึมซับ ในขณะที่บางกลุ่มรับรู้ว่าเป็นปัญหา จึงไม่แสวงหาการรักษา แต่จะใช้ผลิตภัณฑ์ที่ซึมซับร้อยละ 30 บางกลุ่มรายงานว่ากลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดเป็นปัญหาเพียงเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 42 และคิดว่าปัสสาวะราดถือเป็นปัญหาเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 46 ของผู้ที่มีอาการ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้กล่าวว่าไม่จำเป็นต้องใส่สิ่งปกป้องกันซึม หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตแต่อย่างใด (Swithinbank et al., 1999) และมีการศึกษาสาเหตุที่ผู้มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แต่ไม่แสวงหาการรักษา ในสตรีจำนวน 111 ราย อายุ 55-99 ปี ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าเนื่องจากมีการรับรู้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติในผู้สูงอายุร้อยละ 62 ไม่รู้ว่าจะสามารถรักษาได้ร้อยละ 38 รับรู้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดตามหลังการคลอดร้อยละ 27 ไม่คิดว่าการรักษาจะช่วยแก้ไขปัญหได้ร้อยละ 10 เป็นเรื่องที่น่าอาย ร้อยละ 10 เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 7 วิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาร้อยละ 3 และคิดว่าเป็นเรื่องปกติหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 3 (Goldstein, Hawthorne, Engberg, McDowell, & Burgio, 1992) บ้างก็รู้สึกว่ามีแรงจูงใจ จึงไม่ค้นหาความช่วยเหลือ และสร้างทำเป็นไม่สนใจต่อ

ปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาที่ผ่านมา (Thomas et al., 1980 ; Goldstein et al., 1992) พบว่า ร้อยละ 50-70 ของผู้ที่มีปัญหากลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ไม่แสวงหาการรักษา เนื่องจากลักษณะของปัญหาผู้ที่ประสบจะมีความยากลำบากมากในการพูดคุยถึงปัญหา มีความหวังที่จะให้อาการดีขึ้นโดยปราศจากการรักษา รับรู้ว่าเป็นความปกติตามกระบวนการสูงอายุ หรือเนื่องจากไม่สามารถจัดการใดๆได้ การกลั้วการผ่าตัด และการที่ไม่รับรู้ว่าเป็นปัญหาที่จะต้องไปรักษา

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

อาจทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ซ็อกโกเลต เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดอาการปัสสาวะรด อาหารประเภทมะเขือเทศ และเครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนต จะทำให้มีผลต่อการกลั้นปัสสาวะลำบาก (วิไลวรรณ, 2538 ; McBride, 1996) ซึ่งส่งผลให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เลวลง มีโอกาสเกิดผื่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่ผิวหนัง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ และเกิดซ้ำได้อีกจากการที่ปัสสาวะไหลตลอดเวลา (Consensus Conference, 1989 ; Sampselle et al., 1997) และการดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มล. (จันทนา, 2530) จึงจะเพียงพอที่จะช่วยป้องกันภาวะท้องผูก อุจจาระแข็งและไปกดทับบริเวณหูรูดชั้นนอกของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้เกิดขบวนการขับถ่ายปัสสาวะ และมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลาต่อมา แต่การกระตุ้นการดื่มน้ำในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยาก เพราะผู้สูงอายุมักมีความกระหายน้ำน้อย และไม่ชอบดื่มน้ำเท่าใดนัก จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะดื่มน้ำน้อยลงร้อยละ 15.2 (เพ็ญศิริ, 2542) โดยดื่มน้ำวันละ 4-8 แก้ว (ถนอมขวัญ และคณะ, 2540 ; เพ็ญศิริ, 2542 ; วิไลวรรณ, ถนอมขวัญ, นิตยา, วิมล, และสมจินต์, 2539) และพบว่าผู้ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักจะจำกัดการดื่มน้ำเพื่อลดจำนวนปัสสาวะและความถี่ในการถ่ายปัสสาวะ โดยการดื่มน้ำน้อยลงเหลือวันละ 500-600 มล. (Carmavelli & Patrick, 1985, อ้างตาม อภา, 2536) อาจทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำหรือไม่สมดุลของน้ำและอิเลคโตรไลต์ตามมาได้

3. การขับถ่าย

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงจากหลายสาเหตุและปัจจัย ทำให้มีแบบแผนการขับถ่ายผิดปกติไป เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ต้องรีบถ่ายทันที ปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะไหลหยด ไหลไม่สุด ปัสสาวะแสบขัดทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อบุคคลทำให้ต้องใช้ผ้าอนามัยหรือผลิตภัณฑ์ซึมซับ บางคนต้องสวนปัสสาวะ บ้างก็ฝึกกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีดังเดิม ซึ่งชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ชนิดปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะรด และชนิดผสมซึ่งมีทั้งปัสสาวะเล็ดร่วมกับปัสสาวะรด จากการศึกษาผลกระทบในสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 445 ราย อายุ 17 ปี ขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่ามีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดร้อยละ 22 ชนิดปัสสาวะรดร้อยละ 10 และชนิดผสม

ร้อยละ 14 (Yarnell, Voyle, Richards, & Stephenson, 1981) ส่วนในประเทศไทย พบชนิดผสมมากที่สุดร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจามร้อยละ 23.9 และปัสสาวะรดก้น ปัสสาวะไม่ทันร้อยละ 20 (เพ็ญศิริ, 2542)

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะทำให้ต้องเนบดุงปัสสาวะไว้กับตัว หรือ การที่ต้องใช้อุปกรณ์สวนปัสสาวะซึ่งเป็นระยะ ทำให้เป็นปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากกลิ่นที่ไม่สะอาดแล้วยังเป็นภาวะยุ่งยาก ทำให้ไม่สะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นอาจทำให้ไม่กล้าและเกิดความเบื่อหน่ายในการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรม เนื่องจากการมีปัสสาวะเล็ดจึงเกิดความรำคาญ จึงส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อลีบตามมา เนื่องจากไม่ค่อยได้ใช้งาน (ประนอม, 2538) โดยพบว่า ผู้ที่มีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่มีการงดกิจกรรมนอกร้านถึงร้อยละ 25.9 (เพ็ญศิริ, 2542) และภาวะปัสสาวะเล็ดทำให้ไม่กล้าออกกำลังกาย หรือประกอบกิจกรรมและจะพยายามอยู่นิ่งๆ ส่งผลต่อการเกิดกระดูกผุตามมาได้ง่าย (Bo, Talseth, & Home, 1999) บางรายศึกษาพบว่า ภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ จะกระทบต่อการประกอบกิจกรรมประจำวันในระดับปานกลางหรือมาก เช่น กระทบต่อการไปในสถานที่ที่ไม่เคยรู้จักร้อยละ 47.3 การเดินทางที่นานกว่า 30 นาที ร้อยละ 34.2 การเดินดูและซื้อของตามร้าน (shopping) ร้อยละ 32.9 กระทบต่อการพักผ่อนหย่อนใจร้อยละ 29 กระทบต่อการทำงานอดิเรก ร้อยละ 24 การแสดงออกถึงความเพลิดเพลิน (entertainment) ร้อยละ 19.7 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานบ้านทั่วไป การเดินทางที่น้อยกว่า 30 นาที การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้านและการซักผ้า เป็นต้น (Wyman, Harkins, Choi, Taylor, & Fantl, 1987) และที่สำคัญ กระทบจากการที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อยๆ เช่น ขณะไปพักผ่อน การไปโบสถ์หรือวัด การเข้าร่วมประชุม การออกกำลังกายหรือการทำงาน รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน (เพ็ญศิริ, 2542 ; Catanzaro et al., 1982 cited by Wyman et al., 1990)

5. การพักผ่อนนอนหลับ

การถ่ายปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน จะรบกวนเวลานอนของผู้สูงอายุ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ร่างกายอ่อนล้าและเพลีย อาการเจ็บปวดจากการอักเสบเนื่องจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรือ ภาวะปัสสาวะบีบตัวเพื่อขับสิ่งกีดขวาง ยังมีผลทำให้นอนไม่หลับ พักไม่ได้ (ประนอม, 2538) สอดคล้องกับผลการศึกษาในสตรีเขตเมืองที่มีอายุ 18 ปี จนกระทั่งถึงสูงอายุ จำนวน 1,113 ราย พบว่า ภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อรบกวนการนอนหลับ ทำให้มีอาการอ่อนเพลียขณะทำงาน ความตั้งใจในการทำงานลดลง และทำให้อารมณ์ไม่ดีในขณะปฏิบัติงาน (Fitzgerald, Palmer, Berry, & Hart, 2000)

6. สถิติปัญญาและการรับรู้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายร้อยละ 45.4 (เพ็ญศิริ, 2542) รู้สึกผิดปกติจากที่เคยเป็น (Norton, MacDonald, Sedgwick, & Stanton, 1988) บางรายกล่าวว่าวิตกกังวล เก็บกด และกังวลกลัวมากกว่าผู้ป่วยโรคจิต (Macaulary et al., 1987 cited by Wyman et al., 1990) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า การรับรู้ลดลง มีการย่ำคิดย่ำทำจากการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ (อาภา, 2536) แต่ขัดแย้งกับบางรายงานกล่าวว่าผู้ที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กับผู้ที่มีการกลั้นปัสสาวะได้ มีการรับรู้ทางระบบประสาทและผลกระทบทางจิตที่ไม่แตกต่างกัน (Wyman et al., 1990)

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้เสียเวลา อาจทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือต้องลาออกจากงาน ทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า จะมีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของตนเองที่มีพฤติกรรมคล้ายเด็ก เป็นที่น่าอับอาย มีกลิ่นเหม็นอับ เป็นที่น่ารังเกียจ กลัวไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่กล้าบอกใคร เมื่อปัสสาวะเล็ด หรือราดโดยไม่ได้ตั้งใจ มีความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจร้อยละ 33.2 (ประนอม, 2538 ; เพ็ญศิริ, 2542 ; Consensus Conference, 1989) บางคนเกิดความรู้สึกรุนแรงถึงขั้นทำอัตวินิบาตกรรม (ประนอม, 2538) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กระทบต่อการแต่งกายใส่เสื้อผ้าร้อยละ 18.4 กระทบต่อการรับรู้ตนเองในด้านสุขภาพจิตร้อยละ 25 กลัวความลำบากใจในการที่จะพูดถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 23.7 กลัวกลิ่นรบกวนผู้อื่นร้อยละ 19.7 กระทบต่อสุขภาพกายร้อยละ 17.1 กลัวเงินอายุร้อยละ 22.5-23.7 (เพ็ญศิริ, 2542 ; Wyman et al., 1987) มีรายงานจากผู้ป่วยบอกว่ามีกลิ่นชอนอยู่ในตัว รู้สึกเครียดและลำบากใจ เป็นภาวะที่กระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว แม้แต่เกิดในเด็กก็กระทบต่อภาพลักษณ์ของเด็ก จากการศึกษาที่มหาวิทยาลัยโกเทินเบิร์ก (Gothenberg) ในเด็กจำนวน 45 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเด็กป่วยเรื้อรัง กลุ่มเด็กสุขภาพดี และกลุ่มเด็กที่ปัสสาวะรดที่นอน พบว่า กลุ่มเด็กที่ปัสสาวะรดที่นอนจะมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ แม้กระทั่งกลุ่มเด็กที่ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม แต่ในขณะที่เด็กปัสสาวะรดที่นอนจะไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แท้จริง ไม่ทราบวิธีการรักษาที่ชัดเจน และที่สำคัญที่สุดเด็กเหล่านี้มักจะมีการแยกตัว เนื่องจากมีความรู้สึกอับอาย ทำให้เป็นอุปสรรคในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหากับพ่อแม่ (Mahony, 1997) นอกจากนี้ผู้ที่ประสบกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะมีความอึดอัดใจ เพราะสิ่งที่ขับถ่ายออกมาเป็นของเสีย และรู้สึกว่าตนเองสูญเสียการควบคุมหน้าที่พื้นฐาน จึงทำให้รู้สึกอับอายมาก และมักเกิดบ่อยครั้งทุกๆสถานที่ ซึ่งภาวะนี้ควรจะเกิดในเด็ก เมื่อมาเกิดในวัยผู้ใหญ่จึงรู้สึกอับอาย เพราะทำให้ตนเองและรอบๆตัวสกปรก จึงยิ่งก่อให้เกิดความอับอายมากขึ้น (Moody, 1990) และไม่มีเสน่ห์ (Norton et al., 1988)

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

สภาวะที่ร่างกายต้องสูญเสียความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะอย่างเรื้อรัง เช่น ต้องเข้าห้องน้ำบ่อยๆ มีปัสสาวะเล็ด หรือรั่วซึม มีถุงปัสสาวะติดตัว หรือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุและญาติเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย จะแยกตัว ทำให้เกิดความบกพร่องในสัมพันธภาพต่อสมาชิกในครอบครัว ต่อเพื่อน ต่อสามีและสังคม โดยจะกระทบในการประกอบกิจกรรมนอกบ้าน และการสื่อสารลดลง สภาพในครอบครัวจะตึงเครียด และเกิดการขัดแย้งได้ง่าย และสัมพันธภาพระหว่างสามีกับภรรยาอาจเลวลงได้จากสภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจและตำแหน่งหน้าที่อาจเปลี่ยนไปด้วย กลัวไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล และมีแนวโน้มจะแยกตัวออกจากสังคม (ประนอม, 2538 ; Consensus Conference, 1989 ; Swithinbank et al., 1999 ; Wyman et al., 1987) ดังเช่น การศึกษาเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน พบว่า สตรีสูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่กลั้นปัสสาวะได้ (Breskwell & Walker, 1988) นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดระหว่างสมาชิกของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กับผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะได้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับผลของภาวะเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะได้ ส่วนการรับรู้ภาวะการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแลที่เสื่อมถอยลงมีผลต่อสัมพันธภาพของครอบครัวและกิจกรรมสังคมอื่นๆ ซึ่งการมีความรู้สึกโกรธ ละเลย หรือการต่อว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นอันตรายต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ (Ory et al., 1986) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่า ครอบครัวรู้สึกรำคาญร้อยละ 6.8 และรู้สึกรังเกียจร้อยละ 1.4 ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่คนเดียวตามลำพัง รู้สึกไม่อยากออกไปร่วมกิจกรรมนอกบ้าน ไม่อยากอยู่ใกล้คนอื่นเพราะเกรงว่าคนอื่นจะรู้ว่ามีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และมีการศึกษาผลกระทบในสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชน ใช้วิธีการชักประวัติเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 445 ราย อายุ 17 ปี ขึ้นไป พบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รบกวนด้านสังคมหรือการใช้ชีวิตในการทำงานบ้านร้อยละ 8 (Yarnell et al., 1981) และหากมีความถี่การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากขึ้น คือมากกว่าวันละ 3 ครั้ง ผู้สูงอายุมักจะจำกัดตนเองในการเข้าสังคม (McGrother et al., 1987 cited by Wyman et al., 1990) และหลีกเลี่ยงการพบปะผู้อื่น (Iosif et al., 1981 cited by Wyman et al., 1990) นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (multiple sclerosis) ซึ่งมีภาวะปัสสาวะรดตัวแบบยับยั้งไม่ได้ จำนวน 42 ราย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัจจัยขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมถึงร้อยละ 76 มีความยากลำบากในการทำงานร้อยละ 14 (Catanzaro et al., 1982 cited by Wyman et al., 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ตัน (Norton et al., 1988) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบต่อการทำงานร้อยละ 58

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้สูงอายุที่มีปัสสาวะรั่วซึม จะมีความวิตกกังวล เก่งกว่าขณะมีเพศสัมพันธ์จะมีปัสสาวะรั่วซึมออกมาทำให้เกิดกลิ่นไม่สะอาด ทำให้ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ หรือมีความต้องการลดลง ก่อให้เกิดปัญหาทางเพศสัมพันธ์ได้ (ประนอม, 2538) เนื่องจากจะทำให้ส่งกลิ่นตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงไม่อยากจะร่วมเพศสัมพันธ์ และผู้สูงอายุส่วนมากอายุที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เมื่อมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์จึงไม่กล้าขอคำปรึกษาจากผู้ใด โดยเฉพาะสังคมไทย ผู้สูงอายุส่วนมากจะรู้สึกกระดากอายที่จะบอกเล่าถึงสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ (ลักษณะ, 2542) ซึ่งจากการศึกษาถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของสตรีในต่างประเทศ พบว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 16.4 (Wyman et al., 1987) เช่นเดียวกับการศึกษาในสตรี จำนวน 103 รายที่มาตรวจในคลินิกยูโร อายุ 20-68 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ถึงอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่รบกวนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา หรือการมีเพศสัมพันธ์ ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยรายงานถึงความลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ โดยพบในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราดมากกว่าชนิดปัสสาวะเล็ด (Sutherest, 1979 cited by Wyman et al., 1990) โดยพบว่ามี ความลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 9.5 (Catanzaro et al., 1982 cited by Wyman et al., 1990) และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่ามี การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 43 (Norton et al., 1988)

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ในระยะแรกๆที่มีความผิดปกติของระบบการถ่ายปัสสาวะเกิดขึ้นใหม่ๆ ผู้สูงอายุจะเกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล หวาดกลัวในการที่จะต้องเปิดเผยหรือบอกเล่าสาเหตุและอาการ ซึ่งบางคนถือว่าเป็นสิ่งที่น่าอับอายไม่ควรนำมาเปิดเผย (ประนอม, 2538) บางคนกลัวเนื่องจากเป็นสภาวะที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ ในเหตุการณ์ที่ผู้ประสบกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รู้สึกกลัวจะกระตุ้นให้มีการค้นหาทางช่วยเหลือเพื่อควบคุมหรือแสวงหาทางเลือก ในช่วงระยะเวลาจะมีการปกปิดอาการไว้ก่อน เนื่องจากกลัวว่าไม่สามารถจัดการได้ คิดว่าไม่มีความหวังในการแสวงหาความช่วยเหลือ และเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของวัยชรา บ้างก็ถอยหนีเนื่องจากความกลัว อึดอัดใจ อับอายหรือรู้สึกผิด บางคนรู้สึกไร้ความหวัง เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถจะทำให้สภาวะนี้หายได้ จึงจำยอมอยู่ภายใต้อิทธิพลของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อไป (Oliver, 1985 cited by Moody, 1990) นอกจากนั้นยังเกิดภาวะเครียดและกังวลใจในวิธีการตรวจ วินิจฉัยและการรักษาที่ต้องเปิดเผยบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ รวมถึงการที่ต้องถูกจำกัดอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุบางรายต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล บางคนต้องเข้าโรงพยาบาลหลายครั้ง รักษาไม่หาย ทำให้เสียเวลา เสียเงินจำนวนมาก เปลี่ยนงาน ทำหน้าที่สุดต้องออกจากงาน หรือเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดความเครียด ท้อแท้ หมดหวัง และซึมเศร้า (ประนอม, 2538) บางครั้งเมื่อไปรับการรักษาไม่ได้รับกำลังใจจากวิชาชีพในการแก้ปัญหาให้สามารถกลั้นปัสสาวะได้ พยาบาลมักจะพูดว่า "อย่ากังวลไป

เลย อาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดหลังโรคหลอดเลือดสมอง (ขณะพูดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) คุณใส่สายสวนปัสสาวะก็จะทำให้คุณแห้ง” ส่วนรายอื่นมักได้รับคำบอกเล่าจากพยาบาลว่าเป็นเรื่องปกติไม่ต้องแก้ไข เนื่องจากเป็นอาการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ดูแลทางการแพทย์ ต่อมาจึงไม่แสวงหาวิธีการรักษา ทำให้อาการของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นมากขึ้น (Moody, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ได้ระบุถึงความรู้สึกต่างๆ ได้แก่ กังวล ไม่กล้าไปเที่ยวที่ไหนไกลๆ กลัวการออกนอกบ้าน สมาชิกในครอบครัวไม่ทราบว่าผู้สูงอายุมีปัญหากลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดการเกี่ยวกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ กลัวคนในบ้านจะทราบและไม่อยากเข้าใกล้ คิดเป็นร้อยละ 41, 37.6, 22.9, 17.6, 7.3 และ 6.3 ตามลำดับ (เพ็ญศิริ, 2542) และมีการศึกษาในเพศชายและหญิง จำนวน 1,280 ราย ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยวิธีการสัมภาษณ์ถึงผลกระทบของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ พบผู้ที่มีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ทั้งหมด 254 ราย ซึ่งส่งผลกระทบ คือ ทำให้แทบจะไม่กล้าไปเยี่ยมเพื่อน ทำให้ต้องเก็บกดและวิตกกังวล (Vetter, Jones, & Victor, 1981) หลีกเลี่ยงการไปไกลบ้านร้อยละ 60 (Norton et al., 1988)

11. คุณค่าและความเชื่อ

ความเชื่อตามวัฒนธรรม ความเชื่อเป็นความนึกคิด ความเข้าใจตามการรับรู้และเป็นสิ่งที่กำหนดให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรม (จรรยา, 2530 ; ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ดังนั้นความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ประเพณีภายใต้สังคมนั้นๆ (ศิริพร, 2533) ความเชื่อที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นขนบธรรมเนียม จารีตประเพณี ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน รวมถึงความคิด ค่านิยม ทัศนคติ ศิลธรรม การประกอบพิธีกรรมต่างๆ คือ ความเชื่อตามประเพณีวัฒนธรรม (พระยาอนุমানราชธนะ, 2531) นอกจากนี้ความเชื่อตามศาสนา ก็เป็นอีกความเชื่อหนึ่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลในการดำเนินชีวิต เป็นความเชื่อที่ปฏิบัติเพื่อประกอบพิธีกรรม มีทั้งข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติ โดยเฉพาะบุคคลที่นับถือศาสนาอิสลาม ทุกคนจะต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนาที่ปรากฏในอัลกุรอาน หรือหะดีษ ซึ่งประกอบด้วยหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ (มานี, พิสมัย, และสิริยา, 2542 ; เสถียร, 2542) หลายประการที่สำคัญ คือ จะยึดหลักปฏิบัติทางศาสนาที่เคร่งครัด โดยการถือศีลอด การละหมาดวันละ 5 เวลา ซึ่งการละหมาดถือเป็นการสร้างพลังอันเข้มแข็ง เป็นการขัดเกลาจิตใจตนเองให้บริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา การได้ทำจิตใจให้สงบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่มีความทุกข์ ความยุ่งยากในชีวิต การประสบปัญหาต่างๆ การละหมาดจะเป็นเครื่องช่วยที่ดีที่สุดและเป็นการฝึกตนเองให้ตรงต่อเวลา ฝึกความรับผิดชอบในหน้าที่ ฝึกให้อยู่ในระเบียบวินัย ฝึกรักษาความสะอาด หากผู้ใดละทิ้งการละหมาด ผู้นั้นก็มีโชคร้าย และยังเป็นการได้เข้าไปสัมผัสกับพระเจ้า เป็นการกระทำที่จะนำไปสู่สวรรค์ และสิ่งสำคัญสู่การละหมาด ก็คือ ความสะอาด ฉะนั้นจำเป็นต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาดก่อนการละหมาดตามศาสนาบัญญัติก่อนเสมอ เมื่อใดที่มี

"นะญิส" ซึ่งหมายถึง สิ่งที่ไม่สะอาด เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลาย อสุจิ น้ำเมือกจากอวัยวะเพศ เลือด น้ำหนอง และน้ำมูก เป็นต้น บุคคลจะต้องชำระล้างให้สะอาด ซึ่งถ้าปัสสาวะในสตรีจะต้องล้างด้วยน้ำ นะญิสต่างๆหากเกิดจากการขับถ่ายทางทวารหนักและทวารเบา เรียกว่า "หะดัษเล็ก" ซึ่งผู้ที่มีหะดัษจะเข้าเฝ้าพระเจ้า (ละหมาด) ไม่ได้ และห้ามประกอบพิธีกรรมต่างๆ อันประกอบด้วย การเข้าไปหยุดในมัสยิด เช่น การเดิน การนั่ง หรือการกระทำทุกอย่างในมัสยิด การถือศีลอด การจับต้องและอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน รวมทั้งการไปประกอบพิธีกรรมในพิธีฮัจญ์ และเมื่ออาบน้ำจุ่มร่างกายสะอาด แต่เกิดเหตุการณ์ เช่น มีอุจจาระ ปัสสาวะ ถือว่าเสียน้ำละหมาด หากจะละหมาดหรือประกอบศาสนกิจอื่น ๆ ต้องอาบน้ำละหมาดใหม่ (เสวานีย์และรุจิระ, 2522) ดังนั้นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในด้านคุณค่าและความเชื่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาได้ ขณะเดียวกันยังไม่พบการศึกษาใดที่ระบุว่า ผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะมีการละหมาดลดลง เพื่อเป็นการลดความรุนแรงของปัญหา

จะเห็นได้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพทุกแบบแผน ซึ่งแบบแผนที่สำคัญที่ถูกกระทบ ได้แก่ แบบแผนที่ 1 (การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ) แบบแผนที่ 2 (อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร) แบบแผนที่ 3 (การขับถ่าย) แบบแผนที่ 4 (กิจกรรมและการออกกำลังกาย) แบบแผนที่ 7 (การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์) แบบแผนที่ 8 (บทบาทและสัมพันธภาพ) แบบแผนที่ 10 (การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด) และแบบแผนที่ 11 (คุณค่าและความเชื่อ) อย่างไรก็ตามผลกระทบดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันน้อย ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน และตามบริบทของสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันด้วย

3. วิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

จากการได้ศึกษาแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) กล่าวว่า วิธีการจัดการอาการประกอบด้วย การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการอาการโดยผู้อื่น ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเช่น แพทย์ พยาบาล และระบบบริการสุขภาพ เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับวิธีการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่ามีอยู่หลายวิธี ดังนี้

3.1 วิธีการจัดการอาการโดยตนเอง

การจัดการอาการโดยตนเองมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

การจัดการตนเองมีความหมายว่า เป็นการเรียนรู้ทางกาย ทางจิต และการเรียนรู้ทางสังคม เพื่อควบคุมร่างกายตนเอง พฤติกรรม และอารมณ์ให้อยู่ในภาวะสมดุล (Kogan & Betrus, 1984)

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่ประกอบด้วยการศึกษาตนเอง การเฝ้าดูอาการ ทักษะความรู้ในการแก้ปัญหาและการควบคุม (Martha, 1993, อ้างตาม เพ็ญศิริ, 2542)

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการรับรู้และพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในการ ตัดสินใจ เฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงและผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Bartholomew et al., 1993)

การจัดการตนเอง หมายถึง การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการ โดยมี การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการที่มากกระทบ ซึ่งจะมีการพิจารณาถึง ความรุนแรง สาเหตุ การรักษาและผลกระทบของอาการ แล้วพยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Larson et al., 1994)

สรุป การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลในการควบคุมตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงให้สภาวะกาย จิต อยู่ในภาวะสมดุล

การจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีมากมายหลายวิธีที่แตกต่างกัน อาจจะจัดการ เบื้องต้นกับตนเอง การแสวงหาการรักษา บางก็อยู่เฉยๆโดยไม่ได้จัดการอะไรเลย บางคนพยายาม ปรับความคิดเหตุผลของตนเอง จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุสตรี พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 มีพฤติกรรมอย่างน้อย 1 วิธีในการดูแลตนเอง (Engberg et al., 1995) ซึ่งวิธีการที่ผู้ประสบปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้จัดการกับอาการ ได้แก่ (เพ็ญศิริ, 2542 ; Ashworth & Hagan, 1993 ; Engberg et al., 1995 ; Fitzgerald et al., 2000 ; Skoner, 1994)

- 1) การดื่มน้ำน้อยลง
- 2) การใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับหรือผ้าอ้อม
- 3) การหลีกเลี่ยงหรือจำกัดเครื่องดื่มที่เป็นตัวกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย เช่น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- 4) การจำกัดกิจกรรมทางสังคม เช่น ดอออกนอกบ้าน
- 5) การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะรั่ว เช่น การวิ่ง การออกกำลังกาย
- 6) การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน
- 7) การไปพบแพทย์
- 8) การเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก
- 9) การเข้าห้องน้ำบ่อยๆ
- 10) นุ่งผ้าที่ถอดง่าย
- 11) รีบเข้าห้องน้ำ
- 12) เข้าห้องน้ำล่วงหน้า
- 13) อยู่ไม่ไกลจากห้องน้ำ

- 14) ให้อาหาร
- 15) ทำสมาธิ
- 16) อยู่เฉยๆ
- 17) ใส่เสื้อผ้าพิเศษ เช่น เลือกลงที่เท้าจากฝ้าย
- 18) ใช้น้ำยาดับกลิ่น
- 19) ใช้น้ำหอม
- 20) ใส่เสื้อผ้าสีเข้ม
- 21) เรียนรู้สถานที่ตั้งของห้องน้ำเมื่อไปถึงสถานที่ต่างๆ
- 22) จัดการให้ตนเองสะอาดเช่นเดิมโดยเร็ว เช่น โยนกางเกงในทิ้งเมื่อเปื้อน

การจัดการเมื่อมีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ จะรื้อในการแสวงหาวิธีการรักษา และมักจะจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากคิดว่าเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมักจะใช้หลายวิธีร่วมกันในการจัดการกับอาการ การไปพบแพทย์เป็นวิธีที่เลือกใช้น้อย วิธีที่ใช้ในการจัดการกับอาการมีหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัสสาวะรั่ว การทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หลีกเลี่ยงหรือจำกัดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่าย การใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ การออกกำลังกาย การวางแผนถึงเส้นทางที่จะไปให้ถึงห้องน้ำโดยเร็ว มีการตรวจเช็คสถานที่ตั้งของห้องน้ำ การตรวจเช็คกลิ่นโดยตนเองและผู้อื่น เป็นต้น (Ashworth & Hagan, 1993 ; Consensus Conference, 1989 ; Diokno et al., 1995 ; Fitzgerald et al., 2000 ; Herzog, Fultz, Normelle, Brock, & Diokno, 1989) และพบว่าวิธีที่เลือกใช้มากที่สุดจะเป็นการใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ ส่วนวิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด คือการเข้ารับการผ่าตัด (Diokno et al., 1995 ; Fitzgerald et al., 2000 ; Herzog et al., 1989)

การรื้อในการแสวงหาวิธีการรักษา เป็นวิธีการจัดการตนเองที่พบบ่อยในผู้ที่มีอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเกิดจากภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ถาวรหรือเกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่แบบกะทันหัน แม้ว่าจะได้รับการประเมินสภาพและตรวจทางยูโรพลศาสตร์แล้วในสตรีสูงอายุและสตรีที่แต่งงานพบว่า การรื้อการรักษานั้นมาจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่คิดว่ารอให้อาการดีขึ้นเองร้อยละ 73 และมีความลำบากใจมากขึ้นในการที่จะพูดคุยถึงปัญหานี้กับแพทย์ร้อยละ 47 จึงมีการรื้อการรักษาจากกล้วการผ่าตัดร้อยละ 18 และคิดว่าอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องธรรมดาร้อยละ 12 (Norton et al., 1988)

การขาดความรู้ของทีมีสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการรื้อการรักษา เนื่องจากมักจะพูดกับผู้ป่วยว่า "อย่ากังวลไปเลย ผู้สูงอายุทุกคนจะมีปัญหากลิ่นปัสสาวะไม่อยู่" ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องปกติธรรมดาของผู้ที่มีอายุมากขึ้น (Tunink, 1988) สอดคล้องกับ

การศึกษาของไซมอนส์ (Simons, 1985 cited by Goldstein et al., 1992) ซึ่งศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าร้อยละ 9 ของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รายงานว่าแพทย์ไม่สนใจต่อคำบอกเล่าของพวกเขา ร้อยละ 18 กล่าวว่าแพทย์ให้ข้อมูลว่า เป็นสิ่งที่ไม่ต้องวิตกกังวล และร้อยละ 27 ได้รับการบอกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการที่มีอายุสูงขึ้น นอกจากนี้บางรายงานกล่าวว่าร้อยละ 48 ของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ บอกว่าแพทย์ไม่สนใจต่อคำอธิบายของผู้ป่วย (Mitteneess, 1987) ฉะนั้นผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จึงแก้ปัญหาด้วยการจัดการตนเอง

ซึ่งจากรายงานการศึกษาโดยการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชน ปี 1983-1984 ถึงวิธีการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 512 ราย โดยการถามประวัติที่เคยไปปรึกษาแพทย์เมื่อปีที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 66 ใช้วิธีการจัดการควบคุมปัสสาวะรั่วอย่างน้อย 1 วิธี โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ซึมซับร้อยละ 47 รองลงมาเป็นการเรียนรู้อุสถานที่ตั้งของห้องน้ำร้อยละ 42 การเปลี่ยนแปลงช่วงการถ่ายปัสสาวะให้เหมาะสมร้อยละ 29 การรับประทานอาหารและน้ำดื่มให้เหมาะสมร้อยละ 17 การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร้อยละ 10 รับประทานยาน้อยที่สุดร้อยละ 7 และจากการศึกษาในเพศหญิงและชาย จำนวน 1,956 ราย จะมีการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ซึมซับเช่นกัน เช่น ผ้าอ้อมที่สะอาด กระดาษทิชชู เครื่องแต่งกายที่ซึมซับ คิดเป็นร้อยละ 69 และพบว่าเพศหญิงมีการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้หลายวิธีร่วมกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69 เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ซึมซับร่วมกับการเรียนรู้อุสถานที่ตั้งของห้องน้ำ การถ่ายปัสสาวะให้เหมาะสม การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มให้เหมาะสม การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและการใช้ยา เป็นต้น มีบางส่วนที่ปรึกษาแพทย์ตลอด คิดเป็นร้อยละ 56 (Herzog et al., 1989) นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มสตรีที่อยู่บ้าน จำนวน 23 ราย อายุ 41-97 ปี โดยวิธีการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่า มีการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยการแยกตัวออกจากสังคมร้อยละ 80 (Mitteneess, 1987)

นอกจากนี้วิธีการจัดการที่แตกต่าง โดยการศึกษาแบบเจาะลึกในสตรี อายุ 25-40 ปี และอายุ 41-55 ปี ที่ผ่านการคลอด 4 คน และมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 1 ปี และ 1-4 ปี กำลังอยู่ในระหว่างมีปัญหา โดยไม่เคยปรึกษาแพทย์ หรือไม่เคยได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ จำนวน 28 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีดังกล่าวมีวิธีการจัดการอาการตามผลกระทบต่อนโยบายการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยจะพยายามปรับวิธีการปฏิบัติให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นพิเศษ โดยการซื้อเสื้อผ้าที่ซักง่ายมาสวมใส่ การเลือกใช้ผ้าอ้อมที่ซึมซับได้ดี การล้างปัสสาวะในห้องน้ำให้ถี่ขึ้นตามจำนวนครั้งที่รั่ว การเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวันหรือเมื่อคิดว่าสกปรกเพื่อป้องกันกลิ่น และไม่ไปในสถานที่ต่างๆจนกว่าจะแน่ใจว่ามีห้องน้ำ และยังพบว่า มีการจัดการกับตนเองตลอดไป โดยการ 1) ระวังระวังและเอาใจใส่ในการทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง การวางแผนถึงเส้นทางที่จะไปห้องน้ำโดยเร็ว การตรวจเช็คห้องน้ำที่ตั้งอยู่ที่ใด 2) ปฏิบัติตัวโดยการใส่ผ้าอนามัยให้หนาขึ้น 3) จะต้องไม่ประมาท โดยการตรวจเช็คกลิ่นตัวเองและตรวจเช็คซ้ำโดยผู้อื่นก่อนออกจากบ้าน 4) พยายามทำตัวให้เป็นปกติโดยเร็ว เช่น มีความ

รวดเร็วในการกระทำให้ร่างกายสะอาดทันทีอาจจะโยนทางแกวในทิ้งกรณีที่เป็นบัสสาวะ (Ashworth & Hagan, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีอายุ 31-50 ปี จำนวน 8 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงวิธีการจัดการอาการ พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ 5 วิธี คือ 1) หลีกเลี้ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดบัสสาวะรั่ว 2) ทำให้กระเพาะบัสสาวะว่าง 3) หลีกเลี้ยงหรือจำกัดเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ถ่ายบัสสาวะ 4) การใส่ผ้าอนามัย 5) การออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และพบว่าสาเหตุที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับตนเอง เนื่องจากมีความเข้าใจในเรื่องการควบคุมภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ และปฏิบัติให้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ เช่น เมื่ออากาศเย็นจะควบคุมไม่ให้บัสสาวะรั่วโดยการใส่ผ้าอนามัย และพยายามเกร็งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเมื่อไอ หรือจาม (Skoner, 1994) บางรายงานมีการศึกษาในสตรีที่ทำงาน อายุ 18 ปี จนกระทั่งสูงอายุ จำนวน 1,113 ราย จะจัดการกับภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ขณะไปทำงาน โดยการใส่ผลิตภัณฑ์ซึมซับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 และมีการใช้สเปรย์ระงับกลิ่น ร้อยละ 10.9 (Fitzgerald et al., 2000) แม้ว่าผู้ประสบปัญหาได้พยายามหาวิธีการต่างๆ แต่ก็ไม่สามารถทำให้ปัญหาหมดไปได้ อย่างไรก็ตามมีรายงานพบว่าไม่มีวิธีการใดเป็นที่น่าพอใจ การใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับซึ่งมักเป็นวิธีที่ผู้ประสบส่วนใหญ่เลือกใช้ แต่ราคามักแพงเนื่องจากต้องใช้ตลอดไป และการจัดการวิธีนี้บางเวลาทำให้เสียบุคลิกภาพ เกิดแผลกดทับได้ง่ายจากการอับชื้น (Consensus Conference, 1989)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย เพ็ญศิริ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน ที่ประสบภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ มีการเลือกจัดการต่อภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ โดยวิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกมากที่สุดร้อยละ 63.9 รองลงไปจะใช้วิธีเข้าห้องน้ำบ่อยๆ พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหนหรืองดกิจกรรมนอกบ้าน และรีบเข้าห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 27.8, 25.9 และ 25.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีไทยที่ประสบภาวะกลิ่นบัสสาวะไม่อยู่ยังจัดการอาการด้วยวิธีการดื่มน้ำน้อยลง นุ่งผ้าถุงที่ถอดง่าย และใช้แผ่นซึมซับ ผ้าอ้อมหรือผ้าอนามัยซึ่งเท่ากับวิธีการอยู่เฉยๆร้อยละ 15.1, 13.2 และ 9.3 ตามลำดับ นอกจากนั้นจัดการโดยวิธีเข้าห้องน้ำล่วงหน้า อยู่ในที่ไม่ไกลจากห้องน้ำ ไปพบแพทย์ ปรึกษา บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และทำสมาธิ ทั้งนี้ผู้สูงอายุไทยบางคนเลือกวิธีการจัดการอาการมากกว่า 1 วิธี

3.2 วิธีการจัดการอาการโดยผู้อื่น

3.2.1 วิธีการจัดการโดยครอบครัว

การจัดการโดยครอบครัว โดยการให้กำลังใจหรือการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพในสิ่งที่เป็นอุปสรรค ไม่ว่าจะสาเหตุมาจากสภาพจิตใจ การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ จะอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจะต้องมีการวางแผนระยะยาวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมักจะขาดทักษะในการดูแล จึงทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้ดูแลเปรียบเสมือนจะต้องเป็นทั้งแพทย์และนักจิตวิทยาที่จะตัดสินใจหรือคิดกระทำทุกอย่างในการแก้ไข

ปัญหาให้ผู้ป่วย (Dring, 1989) นอกจากนี้จะต้องเป็นตัวกลางในการค้นหาความรู้จากทีมสุขภาพเพื่อตอบสนองในการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยตัดสินใจในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Anderson & Elfert, 1989)

3.2.2 วิธีการจัดการอาการโดยทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

การจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำได้หลายวิธี ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียที่ต่างกันไป ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การรักษาทางยา โดยเฉพาะภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีการหดตัวโดยยับยั้งไม่ได้ ยาจะช่วยให้เพิ่มความจุในกระเพาะปัสสาวะ (Consensus Conference, 1989 ; Ouslander, 1981) และมีการรักษาด้วยยากลุ่มซิมพาโตไมเมติก (sympathomimetic) ทำให้คอกระเพาะปัสสาวะปิดแน่นขึ้นและทำให้แรงดันในท่อปัสสาวะสูงขึ้นด้วย ทำให้อาการปัสสาวะเล็ดขณะไอ จาม ดีขึ้น แต่อาจเกิดปัสสาวะคั่งได้ (สุทธิชัย, 2541)

2. การผ่าตัด กระทำในรายที่รักษาแบบประคับประคองไม่ได้ผล มักจะทำการผ่าตัดหลังจากฝึกกล้ำมเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือรักษาทางยาล้มเหลว (Costa & Mottet, 1997) ซึ่งหากเปลี่ยนเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดจะได้ผลดี แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญ คือ ปัสสาวะไม่ออก สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัด 1 ปี จะมีการอุดตันและทำให้ปัสสาวะไม่ออกจากคอกระเพาะปัสสาวะหดตัว เกิดการติดเชื้อ เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ซ้ำอีก และในวัยสูงอายุไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่แข็งแรงพอที่จะผ่าตัดได้ (พิชัย, 2538)

3. การรักษาตามอาการ จะนิยมใช้เป็นวิธีขั้นต้นก่อนที่จะรักษาทางยา หรือการผ่าตัด และเป็นทางเลือกอันดับแรกสำหรับผู้สูงอายุ การรักษาตามอาการมีหลายวิธีดังนี้

3.1 การใช้อุปกรณ์พิเศษซึ่งเป็นห่วง (pessary) ใช้สำหรับสอดเข้าไปในช่องคลอด ช่วยยกมดลูกที่หย่อนให้กลับเข้าที่ได้แต่ไม่ค่อยได้ผลและผู้ป่วยไม่ชอบใช้

3.2 การขจัดสาเหตุ เช่น อาการไอเรื้อรัง บางคนชั่วขณะอาจต้องลดน้ำหนัก

3.3 การใช้กรวยทางช่องคลอด (vaginal cone) เป็นอุปกรณ์ที่มีรูปทรงกรวย มีน้ำหนักต่าง ๆ กัน ให้ผู้ป่วยสอดไว้ในช่องคลอดและขมิบช่องคลอดเอาไว้เพื่อมิให้ vaginal cone หลุดออกมา ให้สอดทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ขมิบไว้ราว 15 นาที เมื่อพบว่ากล้ำมเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรง ก็เพิ่มน้ำหนักของ vaginal cone ขึ้นอีก ซึ่งมักจะได้ผลดี (Wilson & Borland, 1990, อ้างตาม วชิร, 2540)

3.4 การฝึกถ่ายปัสสาวะ (time voiding) โดยวิธีของเจฟโคชและฟรานซิส (effcoate & Francis, 1966 cited by Sampsel et al., 1997) กระเพาะปัสสาวะเป็นกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่ภายใต้การควบคุมของเปลือกสมอง ในภาวะปกติคนเราจะรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเมื่อมีปริมาณของน้ำปัสสาวะประมาณ 150-250 มล. กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะจะคลายตัว เพื่อให้ น้ำปัสสาวะ

ไหลออกมา แต่บางกรณีก็สามารถกลั้นไว้ได้ หากสถานที่นั้นไม่เหมาะสมที่จะถ่ายปัสสาวะ ส่วนในคนที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ จะเกิดอาการปัสสาวะเล็ด และจะรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเมื่อมีจำนวนปัสสาวะที่ปริมาณ 450-650 มล. ในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ จะเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท ไชลันหลัง กระเพาะปัสสาวะและเปลือกสมองส่วนนอก (cerebral cortex) โดยมีการควบคุมให้มีการถ่ายปัสสาวะวันละ 5-7 ครั้ง ซึ่งการฝึกถ่ายปัสสาวะอาจเริ่มตั้งแต่ช่วงสั้นๆ เช่น 5-10 นาที ต่อมาเพิ่มเป็น 15-30 นาที และเพิ่มเป็น 2 ชั่วโมง และหากสามารถกลั้นได้นาน 3-4 ชั่วโมง ถือว่าเป็นภาวะที่สมบูรณ์ แต่หากกลั้นได้น้อยกว่านี้ควรหาแนวทางและปรับเทคนิคต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา และเพื่อความสะดวกในการฝึก อาจทำเป็นตารางฝึกถ่ายปัสสาวะ และพยายามปฏิบัติให้ได้ตามแผน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังฝึกถ่ายปัสสาวะสามารถหายเป็นปกติร้อยละ 44-90 (Burgio & Goody, 1997) และสามารถแก้ปัญหาการมีปัสสาวะเล็ด ราวได้ร้อยละ 15 ลดอาการได้ถึงร้อยละ 50-70 (Fantl, 1998) นอกจากนี้หากมีการฝึกถ่ายปัสสาวะร่วมกับรักษาทางยาจะ ได้ผลดีขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยจำนวน 61 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกถ่ายปัสสาวะร่วมกับได้รับยาพราวาโซซิน (prazosin) และ เบตานิโคล (bethanechol) ฝึกได้สำเร็จ ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มที่ควบคุมโดยการฝึกถ่ายปัสสาวะเพียงอย่างเดียวประสบผลสำเร็จเพียงร้อยละ 54.2 เท่านั้น แต่การใช้ยาดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงต่อร่างกายแต่ไม่พบจากการศึกษาดังกล่าว (Boonsue, Yuenyao, & Pengsaa, 1995)

3.5 วิธีไบโอฟีดแบค (biofeedback) ถูกค้นพบโดยอาร์โนลด์ เคเจล (Arnold Kegel) โดยการให้ฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วใช้เครื่องมือใส่เข้าไปในช่องคลอดเพื่อวัดขณะที่กล้ามเนื้อหดตัว ให้ผู้ป่วยพยายามเกร็งกล้ามเนื้อจนกระทั่งสามารถวัดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อตามที่กำหนดไว้ ผลปรากฏว่า ร้อยละ 90 มีอาการดีขึ้น และจากการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 23 ราย หลังใช้วิธีไบโอฟีดแบค พบว่าหายจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 10 ราย (Wilson, 1948 cited by Burigio & Goody, 1997) บางรายงานกล่าวว่าการใช้ไบโอฟีดแบคโดยการฟังและการดูการหดตัวของกล้ามเนื้อ ของจำนวนผู้ป่วยสตรี 27 ราย พบว่า มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 81 หายเป็นปกติร้อยละ 44 และหลังจากนั้น 5 ปี ได้ติดตามผล อาการยังคงดีร้อยละ 36 (Cardozo & Colleagues, 1978 cited by Burigio & Goody, 1997) นอกจากนี้หากใช้วิธีไบโอฟีดแบคร่วมกับการฝึกกระเพาะปัสสาวะ พบว่าสามารถลดอาการปัสสาวะเล็ด ราว ได้ร้อยละ 75-85 (Burigio & Goody, 1997) และมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการรักษา 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มที่ฝึกกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มที่ฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกลุ่มที่ฝึกกระเพาะปัสสาวะร่วมกับฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน พบว่า การใช้ 2 วิธีร่วมกันจะได้ผลดีในระยะ 4 สัปดาห์แรกของการฝึกร้อยละ 59 ส่วนในระยะหลังฝึก 6 สัปดาห์ การฝึกกระเพาะปัสสาวะจะได้ผลดีที่สุดร้อยละ 41 แต่หลังจากฝึกนาน 12 สัปดาห์พบว่าผลการฝึกทั้ง 3 กลุ่ม

ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลสำเร็จไม่ขึ้นกับโปรแกรมที่ใช้ แต่ขึ้นกับการให้ความรู้ การแนะนำ และการพบปะผู้ป่วยบ่อยๆ (Wyman, Fantl, McClish, & Bump, 1998)

3.6 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบช่องทวารหนักเหมือนการกลั้นอุจจาระ ทำบ่อยๆวันละไม่น้อยกว่า 100 ครั้ง หูรดจะแข็งแรงขึ้น (สมพันธ์, 2521) หรือขมิบทวารหนักเกร็งต้นขา กัน หน้าท้องให้แน่นที่สุด นาน 2-10 วินาที สลับกับคลายออกซ้ำๆ 10 วินาที ทำอย่างนี้สลับกันไปอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที (Sampselle et al., 1997) จากการศึกษาพบว่าการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร่วมกับการใช้เอสโตรเจนรักษา มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 38-100 หรือหายร้อยละ 27-73 ส่วนการฝึกบริหารกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวพบว่าหายร้อยละ 27-73 (Burgio & Goody, 1997) และสามารถหายจากอาการปัสสาวะเล็ด รวด ได้ร้อยละ 20 ลดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ร้อยละ 50-75 (Fantl, 1998) และได้มีการศึกษาในกลุ่มสตรีหลังคลอดบุตรใน 3 เดือนแรก พบว่าในการที่จะสามารถกลั้นปัสสาวะได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับ จำนวนครั้งของการฝึกบริหาร โดยที่สตรีที่ฝึกวันละ 5 ครั้ง สามารถกลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 42 ส่วนสตรีที่ฝึกวันละ 5-25 ครั้ง สามารถกลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 45 (Wilson et al., 1996) และหากใช้วิธีฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร่วมกับการให้ดูวิดีโอ หรือ ฟังเทปกรณีที่ไม่สามารถมองเห็น จะทำให้ผู้ฝึกมีความสุขได้ถึงร้อยละ 88 (Dandy, 1999) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในสตรีอายุเฉลี่ย 56 ปี จำนวน 80 ราย โดยใช้วิธีการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร่วมกับการฝึกกระเพาะปัสสาวะ นาน 2-3 เดือน และหลังจากนั้น 56 เดือนติดตามประสิทธิผลของการฝึก ปรากฏว่า ยังคงกลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 27 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดีขึ้นมาร้อยละ 26 อาการดีขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 23 อาการไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 21 อาการแย่ลงกว่าเดิมร้อยละ 3 และยังพบว่าผลการใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ทำให้การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงจากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 12 ผู้ที่อาการรุนแรงลดลงจากร้อยละ 59 เหลือร้อยละ 30 และผู้ที่ต้องใส่ผ้าอนามัยจากร้อยละ 62 ลดลงเหลือร้อยละ 39 ที่ยังคงต้องใช้ อยู่ (Seim, Hermstad, & Hunskaar, 1998) บางรายงานศึกษาในกลุ่มสตรีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 88 ราย อายุ 20-65 ปี และติดตามผลการรักษาหลังจากฝึกร่วมกันทั้ง 2 วิธี เช่นกัน พบว่า หลังฝึก 5 ปี ยังคงกลั้นปัสสาวะได้ จำนวน 56 ราย ประสิทธิภาพในการกลั้นปัสสาวะลดลงเล็กน้อย จำนวน 22 ราย และประสิทธิภาพในการกลั้นปัสสาวะลดลงมาก จำนวน 10 ราย (Janssen & Weel, 1998) ส่วนศิริพร (2539) ได้ศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อฝีเย็บต่อการกลั้นปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากซึ่งกล้ามเนื้อฝีเย็บเป็นกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการฝึกกล้ามเนื้อฝีเย็บสามารถกลั้นปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษากรณีผู้ป่วยรายหนึ่ง พบว่ามีปัญหาปัสสาวะเล็ด รวดบ่อยครั้ง วันละ 6-7 ครั้ง และได้ฝึกกระเพาะปัสสาวะนาน 4 สัปดาห์อาการปัสสาวะรดหายไป จึงฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น วันละ 1 ชั่วโมง นาน 12 สัปดาห์ อาการดีขึ้นมาก จึงฝึกต่ออีก 7 เดือน อาการจึงหายเป็นปกติ (Freeman, 1999)

4. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การกระตุ้นให้กำลังใจในการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การปฏิบัติตัวต่างๆ ซึ่งความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญอย่างมาก ต่อความสำเร็จในการฝึกพฤติกรรมการรักษา (จันทนา, 2530 ; วชิร, 3539 ; Burgio & Goody, 1997) โดยเฉพาะในช่วง 3 สัปดาห์ของการฝึก เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการริเริ่มในการเปลี่ยนนิสัยการปัสสาวะใหม่ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องมีความอดทนเป็นอย่างมาก ถ้าผ่านระยะนี้ไปได้แล้ว ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้น (กฤษญา, 2528)

5. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นสิ่งสำคัญ (Glavind, et al., 1999) เพื่อให้เกิดความตระหนักทั้งในแง่ผลกระทบ การแก้ไข เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา จึงไม่แสวงหาการแก้ไข และมักคิดว่าวิธีการแก้ไขภาวะดังกล่าวทำได้โดยการผ่าตัด หรือรับประทานยาเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า ความสำเร็จในการฝึกไม่ขึ้นกับโปรแกรมฝึก แต่ขึ้นกับการให้ความรู้ การแนะนำและการพบปะผู้ป่วยบ่อยๆ (Wyman et al., 1998)

6. การใช้ทีมในการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยในการดูแลและมีผู้เชี่ยวชาญร่วมงานภายในทีม ที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้ร่วมงานเมื่อต้องใช้โปรแกรมในการบริหารจัดการ จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จ และมีรายงานว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีความต้องการทีมในการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Taft, 1999)

7. การจัดตั้งองค์กรนานาชาติเพื่อส่งเสริมให้มีการกลั้นปัสสาวะได้ ซึ่งจากการประชุมสมาชิกทั่วโลกในปี 1994 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย องค์กรนานาชาติ ซึ่งเป็นสมาชิกจากยุโรป อเมริกาเหนือและเอเชีย รวมถึงผู้เชี่ยวชาญทางด้านต่างๆ แพทย์ พยาบาล โรงงานที่ผลิตยาหรือผลิตภัณฑ์ซึมซับ และผู้ที่กำลังประสบปัญหา โดยมีเป้าหมายขององค์กรคือ ต้องการพัฒนากลวิธีการดูแลให้ดีขึ้น และช่วยเหลือผู้ที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ที่ไม่แสวงหาการช่วยเหลือ กลุ่มที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น ครอบครัว และกลุ่มผู้ดูแล ในกลุ่มองค์กรนานาชาติที่มีการจัดเป็นองค์กรเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วยประเทศในแถบอเมริกาเหนือ ยุโรป และอังกฤษ ส่วนประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ และญี่ปุ่น

กิจกรรมขององค์กรประกอบด้วย การดูแลเอาใจใส่ผู้ประสบปัญหาทุกสัปดาห์ ให้ข้อมูลโดยการบริการทางโทรศัพท์ด้วยระบบฮอต-ไลน์ (hot-line) การผลิตสิ่งตีพิมพ์ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีโปรแกรมให้ความรู้จากทีมสุขภาพ มีการรณรงค์เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การผลิตสื่อ การผลิตผลิตภัณฑ์ซึมซับที่ใช้เพื่อป้องกันการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการสร้างสัมพันธภาพที่สามารถเข้าได้สะดวก นอกจากนี้ระหว่างองค์กรนานาชาติจะมีกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมโดยการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต (internet) เกี่ยวกับระบบงานในองค์กร ข่าวสารของผู้

ป่วย การวิจัย การใช้ทรัพยากรเกี่ยวกับสาธารณสุขโรค และข่าวสารการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ และมีรูปแบบพื้นฐานในการดำเนินงานโดยรัฐจะอนุญาตให้มีการจัดทำโครงการและโปรแกรมเกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ มีโปรแกรมและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีรายการผลิตยาจากโรงงานและการขายผลิตภัณฑ์ราคาถูก เป็นต้น (Fonda, 1997)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ยกเว้นในหญิงหลังคลอดที่จะให้มีการฝึกกายบริหารหลังคลอด เพื่อช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว และเป็นกำบังกั้นภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (Wilson et al., 1996) แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้วเป็นเรื่องของการส่งเสริมการออกกำลังกายที่อาจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและจะส่งผลทางอ้อมในการป้องกันภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้อย่างเด่นชัด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิดของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่

การจัดการตามชนิดของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จะพบว่ามีวิธีการจัดการอาการในรายที่มีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสมมากที่สุด รองลงมาเป็นชนิดปัสสาวะเล็ด และชนิดปัสสาวะราดน้อยที่สุด และมีการใช้วิธีการจัดการหลายวิธีร่วมกันในรายที่มีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสมมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 76.9 วิธีที่ใช้จัดการรองลงมาเป็นการใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ และปรึกษาแพทย์น้อยที่สุด (Herzog et al., 1989) สอดคล้องกับเพญศิริ (2542) พบว่า วิธีการจัดการอาการเบื้องต้นกับตนเองในรายที่มีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสมมากที่สุดเช่นกัน ในบางรายจะใช้วิธีการจัดการมากกว่า 1 วิธี โดยการเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก เข้าห้องน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหาร ดื่มน้ำน้อยลง นุ่งผ้าถุงที่ถอดง่าย ใช้แผ่นซึมซับหรือผ้าอ้อม เข้าห้องน้ำล่วงหน้า อยู่ในที่ซึ่งไม่ไกลจากห้องน้ำ ฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และทำสมาธิ รองลงมาการจัดการอาการเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดและชนิดปัสสาวะราด จะจัดการเบื้องต้นกับตนเองน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการอาการที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันไปตามชนิดของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ โดยชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอ หรือจามผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนจะเลือกจัดการกับอาการโดยวิธีอยู่เฉยๆมากที่สุดร้อยละ 52.6 ถ้ามีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราดกลั่นปัสสาวะไม่ทัน จะเลือกวิธีการจัดการเบื้องต้นกับตนเองมากที่สุดหลายวิธี ร้อยละ 21.0 และหากมีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม คือ มีทั้งอาการปัสสาวะเล็ดร่วมกับปัสสาวะราดกลั่นปัสสาวะไม่ทัน จะเลือกวิธีการแยกตัวออกจากสังคมมากที่สุดร้อยละ 41.5

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

เมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับความรุนแรงต่างกัน ผู้สูงอายุสตรีจะใช้วิธีการจัดการไม่แตกต่างกันโดยรวม คือ ใช้วิธีการจัดการร่วมกันหลายวิธีมากที่สุด รองลงมาเป็นการใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ และปรึกษาแพทย์น้อยที่สุด และพบว่าไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับรุนแรงมากหรือน้อยจะจัดการอาการมากที่สุดโดยการใช้หลายวิธีร่วมกันเป็นอันดับแรกมากกว่าการปรึกษาแพทย์ (Herzog et al., 1989) ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ที่มีระดับความรุนแรงมาก จะเลือกวิธีการจัดการโดยการแสวงหาการรักษามากที่สุด โดยการไปพบแพทย์และการหายมารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาเลือกวิธีการแยกตัวออกจากสังคมร้อยละ 77.3 ถ้ามีอาการรุนแรงปานกลาง เลือกจัดการโดยการอยู่เฉยๆมากที่สุดร้อยละ 31.6 รองลงมาเลือกวิธีการจัดการเบื้องต้นกับตนเองร้อยละ 30.3 ถ้ามีอาการรุนแรงน้อย เลือกจัดการอาการโดยการอยู่เฉยๆมากที่สุดร้อยละ 42.1 รองลงมาเลือกวิธีการแสวงหาการรักษา ร้อยละ 16.7 (เพ็ญศิริ, 2542)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ผู้สูงอายุไทยในชุมชนที่ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่มานานไม่เกิน 6 เดือน จะเลือกแสวงหาวิธีการรักษาเป็นวิธีการจัดการตนเองมากที่สุดร้อยละ 33.3 รองลงมาเลือกการแยกตัวออกจากสังคมร้อยละ 20.8 ในกลุ่มที่เริ่มมีอาการมานานเกิน 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี จะเลือกการแยกตัวออกจากสังคมมากที่สุดร้อยละ 28.3 และเลือกจัดการเบื้องต้นกับตนเองเป็นวิธีรองลงมา ร้อยละ 24.1 ส่วนกลุ่มที่มีอาการมานาน 1-5 ปี ส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการเบื้องต้นกับตนเอง ร้อยละ 46.1 รองลงไปเลือกจัดการกับตนเอง โดยการอยู่เฉยๆร้อยละ 42.1 ส่วนกลุ่มที่มีอาการนานเกิน 5 ปี เลือกที่จะอยู่เฉยๆมากที่สุด (เพ็ญศิริ, 2542)

จากการทบทวนวิธีการจัดการอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ดังกล่าวข้างต้น จะมีวิธีการจัดการอาการต่อภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่หลากหลาย และเป็นการจัดการด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม การจัดการอาการดังกล่าวอาจขึ้นอยู่กับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งพบว่ายังมีการศึกษาน้อย และยังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ได้ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในกลุ่มที่มีลักษณะของความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น โดยศึกษาวิธีการจัดการอาการโดยตนเอง และโดยผู้อื่นที่ประกอบด้วยครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ว่าอยู่ในระดับใดและจะมีความสัมพันธ์กับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่

จากการรวบรวมวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการทบทวนเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยอาศัยการประเมินผลกระทบตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งตามธรรมชาติของบุคคลเมื่อมีสิ่งมากระทบต่อตนเอง จะพยายามหาวิธีการจัดการอาการเพื่อให้ปัญหาลดลงหรือหมดไป จึงได้ใช้กรอบทฤษฎีของลาร์สันและคณะเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ถึงวิธีการจัดการอาการเมื่อเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากรายงานการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เป็นการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมเป็นส่วนใหญ่ จึงสมควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อบุคคลตามแบบแผนสุขภาพซึ่งจะครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้เป็นการค้นหาคำตอบถึงการใช่วิธีการจัดการอาการในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีที่แตกต่างไปจากที่เคยศึกษา อันจะนำไปช่วยในการวางแผนปฏิบัติจัดการกระทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสภาพประชากรกลุ่มมุสลิมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อสำรวจผลกระทบและวิธีการจัดการอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุสตรีมุสลิม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โดยเริ่มจากการเลือกพื้นที่วิจัย ซึ่งเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง คือเลือกศึกษาในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เนื่องด้วยจังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนช่วยแก้ปัญหาให้ประชากรกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคตได้ และอำเภอจะนะเป็นอำเภอที่มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ, 2542) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นภาษาไทย ดังนั้นจึงเลือกตัวอย่างจากกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในอำเภอจะนะ ซึ่งจะไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้ภาษาไทย ด้วยประชากรมุสลิมในอำเภอจะนะ สามารถใช้หรือเข้าใจภาษาไทยได้ดีถึงร้อยละ 99 อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และความถูกต้องในการแปลผลต่อไป (หากสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างที่พูดภาษามลายูท้องถิ่น ผู้วิจัยจะอาศัยล่ามในการสัมภาษณ์) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ก่อนการคำนวณขนาดตัวอย่าง รวมทั้งการสุ่มและเลือกตัวอย่าง มีหลายขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ด้วยอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 14 ตำบล ที่มีกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ติดชายทะเล 3 ตำบล และอยู่บนพื้นที่ราบสูง 11 ตำบล ด้วยข้อจำกัดของผู้ศึกษาซึ่งไม่สามารถสำรวจประชากรในทุกตำบลได้ จึงคัดเลือกตำบลที่มีความคล้ายคลึงกันของประชากร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตามสัดส่วน (cluster random sampling) เพื่อคำนวณขนาดของประชากรที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยสุ่มตำบลที่อยู่ติดชายทะเล เลือกมา 1 ตำบล และตำบลที่อยู่พื้นที่ราบสูง เลือก 3 ตำบล เนื่องจากลักษณะอาชีพที่แตกต่างกัน โดยประชากรที่อยู่ติดชายทะเลจะนั่งทำปลาตากแห้ง และแกะเปลือกกุ้งเพื่อตากแห้ง แต่ประชากรที่อยู่บนพื้นที่ราบสูงจะทำสวนยางที่มีการยกของหนัก ซึ่ง

จะส่งผลต่อระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ยังคงประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 19.0

ขั้นตอนที่ 2 เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาใด หรือมีรายงานเกี่ยวกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จึงต้องมีการสำรวจเบื้องต้น เพื่อประมาณขนาดของประชากรที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ โดยการสุ่มประชากรในตำบลที่อยู่ติดชายทะเล 1 ตำบล และสุ่มประชากรในตำบลพื้นที่ราบสูง 1 ตำบล จำนวนแห่งละเท่ากัน คือ 50 คน รวมเป็น 100 คน จากการสำรวจเบื้องต้นนี้พบผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 57 (จากการสำรวจเมื่อเดือนกันยายน 2543) จากนั้นจึงนำตัวเลขดังกล่าวมาคำนวณขนาดของประชากรผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่คาดว่าจะมีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จากจำนวนประชากรทั้งอำเภอ 2,455 คน จึงได้จำนวนผู้ที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่คิดเป็น 1,400 คน

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนร้อยละ 10 (เพชรน้อย, 2539: 141) ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาเท่ากับ 140 คนเป็นอย่างน้อย แต่จากการค้นหา พบผู้ที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 187 คน แต่ผู้ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นจำนวน 174 คน จึงคัดเลือกเข้ากลุ่มหมดทุกคนเพื่อเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ดังภาพประกอบ 2

ขั้นตอนที่ 4 เนื่องจากในแต่ละตำบลมีหลายหมู่บ้าน และมีความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงสุ่มหมู่บ้านโดยวิธีจับสลากแบบไม่คืนที่ โดยสุ่มตำบลละ 2 หมู่ ได้จำนวน 8 หมู่บ้าน จึงทำการค้นหาผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่จากทุกครัวเรือน ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมทุกคนในหมู่บ้านจะได้รับการถามถึงการมี หรือไม่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จากการถามคำถามเพียง 1 ข้อ ว่า "ในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการปัสสาวะรั่ว ไหล เล็ด รวด รด โดยไม่ได้ตั้งใจบ้างหรือไม่ ที่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (เช่น ปัสสาวะเล็ดโดยไม่รู้ตัว, เวลาไอก็มีปัสสาวะรั่ว เป็นต้น)"

() เคย () ไม่เคย

โดยมีเกณฑ์การประเมินเพื่อวินิจฉัยขั้นต้นถึงภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่

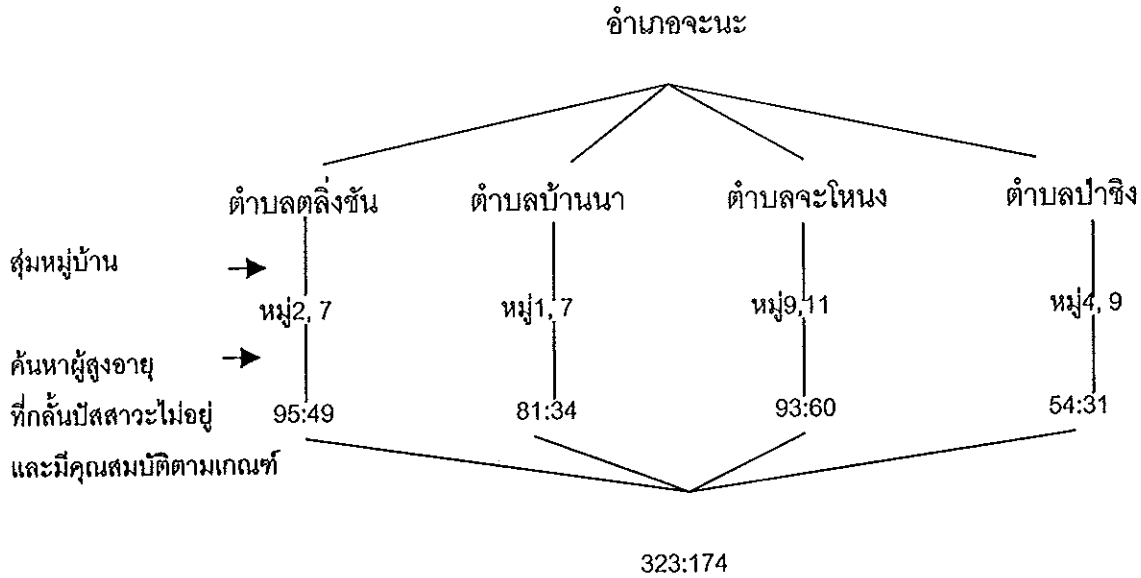
ถ้าตอบว่า "เคย" แสดงว่าเป็น "ผู้สูงอายุที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่" สามารถคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุสตรีมุสลิมอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (ไม่จำกัดภาษาพูด)
2. มีสติสัมปชัญญะสามารถติดต่อสื่อสาร ตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความร่วมมือในการ

ตอบแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการเก็บตัวอย่างผู้สูงอายุสตรีมุสลิมทุกรายที่ค้นพบตามคุณสมบัติที่

กำหนด หากบ้านใดผู้สูงอายุไม่อยู่ จะค้นหาในวันรุ่งขึ้น และหากได้ผู้สูงอายุที่พูดภาษามลายูท้องถิ่น ผู้วิจัยจะอาศัยล่ามในการสัมภาษณ์



ภาพประกอบ 2 แสดงขั้นตอนการสุ่มให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบลที่ศึกษา และหมู่บ้านที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบสำรวจ ที่เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการอ่านและเขียนหนังสือ แต่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้จึงเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ออกแบบให้เป็นปรนัยค่อนข้างสูง ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มี 16 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสะดวกในการไปใช้ห้องน้ำ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการกั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการดัดแปลงผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) บางส่วนนำมาปรับปรุงใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับสตรีมุสลิม

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 มีคำถาม 4 ข้อ และส่วนที่ 2 มี 2 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีแนวทางสร้างคำถามโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการประเมินชนิด และระดับความรุนแรงของภาวะกั้นปัสสาวะไม่อยู่เท่าที่มีผู้จัดกระทำไว้แล้วทั้งของประเทศไทย (เพ็ญศิริ, 2542) และของต่างประเทศ (Rutledge, 1995)

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ มี 38 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการนำกรอบแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon, 1994) และจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสัมภาษณ์มีลักษณะการตอบว่า มีหรือไม่มีผลกระทบบ้าง และถ้ามี จะอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง หรือมาก โดยให้คะแนนเป็น 0, 1, 2 และ 3

ชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ มี 19 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการใช้กรอบแนวคิดของลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งตอบได้หลายข้อให้เลือกตอบ โดยมีลักษณะคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยใช้ ใช้เป็นบางครั้ง ใช้เป็นประจำ พร้อมทั้งระบุเหตุผลของการเลือกใช้วิธีการและผลจากการใช้วิธีการดังกล่าวจัดการกับอาการในช่องหมาย เหตุเพื่อการอภิปรายต่อไป

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือโดย

นำแบบประเมินที่สร้างไว้ชุดที่ 2, 3 และ 4 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของเครื่องมือ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง แล้วจึงนำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความเป็นปรนัย โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในอำเภอรอนดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และมีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินในชุดที่ 3 และ 4 (ยกเว้นชุดที่ 2 คือ แบบประเมินภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อเท็จจริง) สำหรับชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ และชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ มีลักษณะคำตอบแบบลิเคิต ที่มีการให้คะแนน เป็น 0, 1, 2 และ 3 วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในคอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha Formula) โดยการใช้สูตร ดังนี้ (ทศนิยม, 2542: 42)

$$= \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\sigma^2_t}{\sigma^2_x} \right]$$

โดย n = จำนวนข้อคำถาม

σ^2_t = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

σ^2_x = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด หรือกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด

จากการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินทั้ง 2 ชุด พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และ

.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สร้างความเป็นกันเอง โดยการทักทายผู้สูงอายุขณะเข้าไปในหมู่บ้าน หากมีผู้สูงอายุคนใดที่มีปัญหาสุขภาพก็จะให้คำแนะนำตามความเหมาะสม และทำการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ก่อนขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับประโยชน์ในครั้งนี้ คือ หากมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไข หรือลดปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษา และข้อมูลที่ได้มาจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การประสานงาน ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานต้นสังกัดของสถานบริการสาธารณสุขที่จะต้องไปลงพื้นที่ คือโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ และขอสำรวจจำนวนรายชื่อ และที่อยู่ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

1.3 เข้าพบนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจะนะ เพื่อติดต่อประสานงาน โดยนัดอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสำรวจจำนวน รายชื่อ และที่อยู่ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชน โดยขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำพาผู้วิจัยเพื่อไปพบปะผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อทำการสำรวจ

1.4 เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยการเตรียมผู้ช่วยวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนมากกว่า 5 ปี นับถือศาสนาอิสลามและสามารถพูดภาษาไทยและมลายูท้องถิ่นได้

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3) อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ตามแบบแผนสุขภาพ และแบบประเมินวิธีการจัดการอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ พร้อมทั้งมอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดก่อนนำไปใช้

4) ให้ผู้ช่วยวิจัยทำการฝึกเทคนิคการสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูล และทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและมีความสมบูรณ์เช่นเดียวกับผู้วิจัย หรือได้ผลตรงกันกับที่ผู้วิจัยกระทำ

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยไปพบเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจะนะและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพื่อเยี่ยมบ้าน และแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านและโต๊ะอิหม่าม) และอาสาสมัครสาธารณสุขพร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ให้ทราบ

2.2 ครั้งต่อไปผู้วิจัยเข้าชุมชนด้วยตัวเองพร้อมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสำรวจผู้สูงอายุสตรีมุสลิมทุกรายจนครบตามจำนวนหมู่บ้านที่สุ่มได้ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้อาศัยล่ามแปลเพียง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้วิเคราะห์ด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ โดยการใช้โปรแกรม SPSS/FW

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ
3. ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิธีการจัดการอาการต่อภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ
5. การทดสอบความสัมพันธ์ของจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 -test)

การทดสอบความเป็นอิสระทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เคยจัดการ 0-3 วิธี และกลุ่มที่เคยจัดการ 4-12 วิธี จำแนกตามชนิด ระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งจะมีลักษณะของข้อมูลในรูปของความถี่

$$\text{สูตร } \chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad ; df = (r-1)(k-1)$$

$$E_{ij} = \frac{(n_i)(n_j)}{N}$$

โดยที่

- O_{ij} = จำนวนความถี่ที่สังเกตได้ในแถวที่ i
- E_{ij} = จำนวนความถี่ที่คาดหวังได้ในแถวที่ j
- r = จำนวนแถว
- k = จำนวนคอลัมน์
- df = ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
- n_i = ผลรวมความถี่ของแถวที่ i
- n_j = ผลรวมความถี่ของแถวที่ j
- N = ผลรวมความถี่ทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อสำรวจผลกระทบและวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 174 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปตารางและประกอบด้วยคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 174 ราย จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพที่มีรายได้ของตนเอง แหล่งรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การทำละหมาด เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำ จำนวนครั้งของการคลอด บุคคลที่ทำคลอด และการได้รับการเย็บฝีเย็บของการคลอดครั้งสุดท้าย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 174)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนราย	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนราย	ร้อยละ
อายุ			การทำละหมาดเป็นกิจวัตร		
60-69 ปี	106	60.9	ทำ	156	89.7
70-79 ปี	49	28.2	ไม่ทำ	18	10.3
80 ปีขึ้นไป	19	10.9	ประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพ		
สถานภาพสมรส			มีประวัติ	158	90.8
คู่	86	49.4	ไม่มีประวัติ	16	9.2
หม้าย/หย่า/แยก	88	50.6	โรคเกี่ยวกับการหายใจ		
ระดับการศึกษา			มี	25	14.4
ไม่ได้เรียนหนังสือ	113	64.9	ไม่มี	149	85.6
ประถมศึกษา	61	35.1	โรคระบบประสาท		
การประกอบอาชีพที่มีรายได้ของตัวเอง			มี	14	8.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	141	81.0	ไม่มี	160	92.0
ประกอบอาชีพ	33	19.0	โรคหัวใจ		
แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			มี	13	7.5
ตนเอง	33	19.0	ไม่มี	161	92.5
บุตรหลาน	147	84.5	โรคปวดข้อ		
สามี	12	6.9	มี	100	57.5
ญาติ	3	1.7	ไม่มี	74	42.5
เงินสงเคราะห์จากทางราชการ	3	1.7	การมองเห็น		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย			มี	83	47.7
อยู่คนเดียว	9	5.2	ไม่มี	91	52.3
อยู่กับครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 165	165	94.8	ปัญหาเกี่ยวกับอาการท้องผูก		
- อยู่กับบุตร	126	72.4	มี	58	33.3
- อยู่กับสามี	86	49.4	ไม่มี	116	66.7
- อยู่กับหลานหรือญาติพี่น้อง	58	33.3	การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ		
เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			มี	6	3.4
ชา	71	40.8	ไม่มี	168	96.6
กาแฟ	52	29.9	โรคเบาหวาน		
น้ำอัดลม เช่น โค้ก เป๊ปซี่	20	11.5	มี	9	5.2
			ไม่มี	165	94.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนราย	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนราย	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง			จำนวนครั้งของการคลอด *		
มี	52	29.9	1-3 ครั้ง	71	41.5
ไม่มี	122	70.1	4 ครั้งขึ้นไป	100	58.5
การได้รับการเย็บฝีเย็บของการคลอดครั้งสุดท้าย*			บุคคลที่ทำคลอด*		
เย็บ	-	-	หมอต้าแย	169	98.8
ไม่เย็บ	171	100.0	แพทย์แผนปัจจุบัน	2	1.2

* n = 171 (มี 3 รายที่ไม่ได้ผ่านการคลอด)

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งร้อยละ 50.6 ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.9 ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 81.0 โดยแหล่งของรายได้มาจากบุตรหลานร้อยละ 84.5 อาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 72.4 สำหรับประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.8 จะมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อสูงถึงร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ร้อยละ 47.7 นอกจากนี้พบว่า ในจำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์และผ่านการคลอด 171 ราย มีประวัติการคลอดกับหมอต้าแยเกือบทั้งหมด ร้อยละ 98.8 และมีจำนวนครั้งของการคลอดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 ไม่มีใครที่เคยได้รับการเย็บฝีเย็บของการคลอดครั้งสุดท้ายเลยไม่ว่าคลอดกับหมอต้าแย หรือแพทย์แผนปัจจุบัน มีเพียง 3 ราย ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยที่ไม่ได้ผ่านการคลอด รวมทั้งผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.7 มีการทำละหมาดเป็นกิจวัตร อีกร้อยละ 10.3 ไม่ได้ทำละหมาดเป็นกิจวัตร เนื่องจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ผลการศึกษาได้นำเสนอตั้งรายละเอียดแสดงใน

ตาราง 2-4

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามชนิดของการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (n = 174)

ชนิดของการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่	จำนวนราย	ร้อยละ
ปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม	32	18.4
ปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน	28	16.1
ปัสสาวะเล็ดร่วมกับปัสสาวะรด (ผสม)	96	55.2
อื่นๆ	18	10.3
รวม	174	100.0

จากตาราง 2 ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดร่วมกับปัสสาวะรด (ชนิดผสม) ร้อยละ 55.2 รองลงมาเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม และปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทันร้อยละ 18.4 และ 16.1 ตามลำดับ นอกจากนี้มีเพียงส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ชนิดอื่นๆ เพียงร้อยละ 10.3 ซึ่งประกอบด้วยชนิดปัสสาวะซึมออกโดยไม่รู้ตัว และกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับสาเหตุอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับการได้รับยา หรือกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่จากการมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว เป็นต้น

การศึกษานี้ได้มีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยพิจารณาตามปริมาณร่วมกับความบ่อยของการก้นไม่อยู่ โดยที่ความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่ก้นไม่อยู่เปียกทะลุถึงผ้าถุง (ปาเต๊ะ) มากกว่า 4 ฝ่ามือ หรือมากกว่า 2 ซ้อนโต๊ะ และ/หรือมีอาการบ่อยทุกวัน หรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป เช่น ถ้ามีปริมาณปัสสาวะออกเล็กน้อยแต่มีทุกวัน ก็แสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงมาก ส่วนความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่ก้นไม่อยู่เปียกผ้าถุง (ปาเต๊ะ) 1-4 ฝ่ามือ หรือ 1/2-2 ซ้อนโต๊ะ และ/หรือเกิดอาการหลายๆ วันครั้ง หรือเดือนละตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่ก้นไม่อยู่ไม่กี่หยดเปียกผ้าถุง (ปาเต๊ะ) ไม่เกิน 1 ฝ่ามือ หรือไม่เกิน 1/2 ซ้อนโต๊ะ และเกิดอาการเดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมากร้อยละ 37.9 รองลงมาที่มีความรุนแรงระดับปานกลางร้อยละ 36.2 และความรุนแรงระดับน้อยร้อยละ 25.9 ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n = 174)

ระดับความรุนแรง	จำนวนราย	ร้อยละ
น้อย	45	25.9
ปานกลาง	63	36.2
มาก	66	37.9
รวม	174	100.0

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n=174)

ระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวนราย	ร้อยละ
ไม่เกิน 6 เดือน	59	33.9
มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน	28	16.1
1-5 ปี	64	36.8
เกิน 5 ปีขึ้นไป	23	13.2
รวม	174	100.0

อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่มีอาการตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ที่พบในกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างกัน ดังแสดงตาราง 4 คือ ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานาน 1-5 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา คือ มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานไม่เกิน 6 เดือนร้อยละ 33.9 นอกนั้นเพียงมีอาการมานานมากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน และมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานเกิน 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.1 และ 13.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย โดยประเมินจากการถามผู้สูงอายุ สตรีมุสลิมที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นและกิจกรรมใดบ้างที่ถูกกระทบจากการมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในข้อต่างๆตั้งแต่ 0-29 ข้อ ค่ามัธยฐาน 11 ข้อ โดยมีเพียง 1 ราย ที่ไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เลย

เมื่อวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดและน้อยที่สุดเป็นรายข้อ ดังแสดงในตาราง 5 พบว่า ผลกระทบที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้รับมากที่สุด คือ ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปียกน้ำปัสสาวะ โดยเป็นผลกระทบในแบบแผนที่ 1 (การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ) คิดเป็นร้อยละ 82.8 ผลกระทบที่เกิดรองลงมา ได้แก่ รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/เมื่อสัมผัสความเย็น มีการย้ำคิดย้ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ไม่สามารถละหมาดได้ตรงตามเวลา และรู้สึกอับอายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 71.3, 66.7, 66.1 และ 62.6 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้รับน้อยที่สุด พบว่า การหกล้มเมื่อต้องลุกไปเข้าห้องน้ำบ่อย ซึ่งเป็นผลกระทบในแบบแผนที่ 4 (กิจกรรมและการออกกำลังกาย) และไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบในแบบแผนที่ 7 (การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์) คิดเป็นร้อยละ 1.7 เท่ากัน รองลงมา ได้แก่ เคยมี/มีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารโดยการงดรับประทานอาหารประเภท กาแฟ แอลกอฮอล์ มะเขือเทศ อาหารรสเผ็ด หรือกะปิ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ต้องพึ่งพานุตรหลานเพิ่มขึ้นเนื่องจากประกอบอาชีพได้ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 5.2 เท่ากัน อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้รับผลกระทบบางแบบแผนทั้งมากและน้อยในแบบแผนเดียวกัน เช่น แบบแผนที่ 7 ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างมาก คือ รู้สึกอับอายผู้อื่น และผลกระทบที่เกิดขึ้นน้อย คือ การไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบ

ตาราง 5 ร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เรียงตามลำดับที่ได้รับผลกระทบตามรายชื่อที่ถูกกระทบมากที่สุดและน้อยที่สุดใน 5 อันดับแรก

ผลกระทบของภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	ร้อยละของผู้ได้รับ ผลกระทบ	แบบแผนสุขภาพ
ผลกระทบที่เกิดในระดับสูงสุด 5 อันดับแรก		
1. ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผื่นหรือลำตัวเปื้อนน้ำปัสสาวะ	82.8	แบบแผน 1
2. รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/เมื่อสัมผัสความเย็น	71.3	แบบแผน 6
3. มีการขำคิดขำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ	66.7	แบบแผน 6
4. ไม่สามารถละหมาดได้ตรงตามเวลา	66.1	แบบแผน 11
5. รู้สึกอับอายผู้อื่น	62.6	แบบแผน 7
ผลกระทบที่เกิดในระดับต่ำสุด 5 อันดับสุดท้าย		
6. มีการเปลี่ยนแปลงเพศสัมพันธ์	5.2	แบบแผน 9
7. ต้องพึ่งพาบุตรหลานเพิ่มขึ้นเนื่องจากประกอบอาชีพได้ลดลง	5.2	แบบแผน 8
8. เคยมี/มีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารโดยการงด รับประทานอาหารประเภทกาแฟ แอลกอฮอล์ มะเขือเทศ อาหารรสเผ็ด หรือกะปิ	2.9	แบบแผน 2
9. ไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบ	1.7	แบบแผน 7
10. เคยมีการหกล้มเมื่อต้องลุกไปเข้าห้องน้ำบ่อย	1.7	แบบแผน 4

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพที่ถูกกระทบ	ระดับผลกระทบ					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ
1. ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผื่นแดงหรือลำตัวเปื้อนน้ำปัสสาวะ	28	16.1	47	27.0	69	<u>39.7</u>
2. รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/สัมผัสความเย็น	31	17.8	54	<u>31.0</u>	39	22.4
3. มีการย้ำคิดย้ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ	16	9.2	52	<u>29.9</u>	48	27.6
4. ไม่สามารถระมัดระวังได้ตามเวลา	34	19.6	38	21.8	43	<u>24.7</u>
5. รู้สึกอับอายผู้อื่น	30	17.2	47	<u>27.0</u>	32	18.4
6. รู้สึกสูญเสียความมั่นใจตนเอง	26	14.9	56	<u>32.2</u>	10	5.7
7. เคยมี/มีการงดเดินทางที่นานกว่า 30 นาที/การเดินทางไกล/เดินทางที่ถนนขรุขระหรือกระเทือน	13	7.5	39	<u>22.4</u>	35	20.1
8. ไม่กล้าเดินทางไกล	22	12.6	40	<u>23.0</u>	24	13.8
9. กลัวกลั้นปัสสาวะจะรบกวนคนอื่น	36	<u>20.7</u>	31	17.8	12	6.9
10. เคยมี/มีห้องผูก	45	<u>25.9</u>	21	12.1	12	6.9

จากตาราง 6 ในจำนวนผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ได้รับผลกระทบสูง โดยเรียงจาก 10 อันดับแรก พบว่าระดับของการได้รับผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้ระบุมีความแตกต่างกัน ดังนี้ ผลกระทบที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ระบุว่าอยู่ในระดับมากที่สุดมี 2 เรื่อง คือ ทำให้ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผื่นแดงหรือลำตัวเปื้อนน้ำปัสสาวะ และไม่สามารถระมัดระวังได้ตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 39.7 และ 24.7 ตามลำดับ สำหรับการได้รับผลกระทบในระดับปานกลางที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้รายงานมากที่สุดในการศึกษารั้งนี้ คือ รู้สึกสูญเสียความมั่นใจตนเอง คิดเป็นร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/สัมผัสความเย็น มีการย้ำคิดย้ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ รู้สึกอับอายผู้อื่น ไม่กล้าเดินทางไกล และเคยมี/มีการงดเดินทางที่นานกว่า 30 นาที/การเดินทางไกล/เดินทางที่ถนนขรุขระ หรือกระเทือน คิดเป็นร้อยละ 31.0, 29.9, 27.0, 23.0 และ 22.4 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบในระดับน้อย ที่ผู้สูงอายุสตรีกลุ่มนี้รายงาน

งานมากที่สุด คือ การมีภาวะท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 25.9 และกลัวกลิ่นปัสสาวะจะรบกวนคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 20.7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามผลกระทบโดยรวมและรายด้าน

ผลกระทบของ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	คะแนนของผลกระทบ	
	Mean	S.D.
• โดยรวม	0.59	0.39
• ด้านจิตใจ	0.77	0.49
ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคม	0.54	0.58
ด้านกาย	0.40	0.31
ด้านเศรษฐกิจ	0.11	0.41

จากตาราง 7 เมื่อพิจารณาผลกระทบตามรายด้านทั้ง 4 ด้าน จากการให้ระดับคะแนน ดังนี้ คือ ไม่กระทบ กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง และกระทบมาก ซึ่งมีระดับคะแนนเป็น 0, 1, 2 และ 3 จากการศึกษาพบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสตรีมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย (ไม่ถึง 1) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.59 และหากพิจารณาผลกระทบตามรายด้าน โดยแบ่งเป็นด้านจิตใจ ด้านกาย ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคม และด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผลกระทบที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้รับมากที่สุด คือ ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 รองลงมา คือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคม ด้านกาย และด้านเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.54, 0.40 และ 0.11 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมตามวิธีการที่เลือกใช้ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 8-10

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ใช้วิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

วิธีการจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ *	จำนวนราย	ร้อยละ
1. เข้าห้องน้ำล้างหน้าก่อนออกจากบ้านหรือก่อนละหมาด	148	85.1
2. เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก	134	77.0
3. เข้าห้องน้ำบ่อยๆ	75	43.1
4. อยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ	57	32.8
5. ดื่มน้ำน้อยลง	52	29.9
6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป เนื่องจากไม่ทราบว่าห้องน้ำอยู่ที่ใด	52	29.9
7. หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล	51	29.3
8. พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหนงดกิจกรรมนอกบ้าน	47	27.0
9. ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	25	14.4
10. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	19	10.9
11. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะรั่ว เช่น การวิ่ง การออกกำลังกาย การยกของหนัก	12	6.9
12. ใช้กระโถนแทนการเข้าส้วม	9	5.2
13. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ปวดปัสสาวะเร็วกว่าปกติ	8	4.6
14. ให้ญาติช่วยเหลือโดยพูดคุยติดต่อกับเจ้าหน้าที่	7	4.0
15. ใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ หรือผ้าอนามัย หรือผ้าเดียว	6	3.4
16. งดการนั่งยองๆ	5	2.9
17. ปรึกษาหมอยกพื้นบ้าน	3	1.7
18. จัดการโดยวิธีอื่นๆ		
18.1 เจาะช่องไว้สำหรับถ่ายปัสสาวะ	15	8.6
18.2 ปัสสาวะที่ขานเรื่อน	9	5.2
18.3 ปัสสาวะที่พื้นดิน	6	3.4
18.4 ซื่อจากร้านขายยา	1	0.6
18.5 หนีบขาเวลาไอ	1	0.6

* บางคนเลือกจัดการมากกว่า 1 วิธี

จากตาราง 8 ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้วิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ 0-12 วิธี ค่ามัธยฐาน 4 วิธี โดยมีเพียง 2 คน ที่ไม่ใช้วิธีการใดๆเลย เมื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุดเป็นรายข้อ พบว่า วิธีเข้าห้องน้ำล้างหน้า

ก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85.1 รองลงมาใช้วิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก
เข้าห้องน้ำบ่อยๆ และอยู่ในที่ใกล้ห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 77.0, 43.1 และ 32.8 และวิธีต้มน้ำน้อยลงกับ
วิธีหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 29.9

สำหรับวิธีการจัดการอากาศที่ไม่มีผู้ใดเคยใช้ คือ การใช้น้ำยาดับกลิ่น ส่วนวิธีอื่นๆที่ใช้น้อย คือ
การปรึกษาหมอฟื้นบ้าน วิธีงดการนั่งยองๆ และใช้ผลิตภัณฑ์ที่ซึมซับ หรือผ้าอนามัย หรือผ้าเดี่ยว ซึ่งพบ
เพียงร้อยละ 1.7, 2.9 และ 3.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสตรีมุสลิมยังใช้การจัดการโดยวิธี
อื่นๆ ได้แก่ การเจาะช่องไว้สำหรับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะที่ชานเรือน ปัสสาวะที่พื้นดินเพราะไปห้องน้ำ
ไม่ทัน ซึ่อยากร้านขายยา และหนีบขาเวลาไอ

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตาม
ระดับความบ่อยของวิธีการจัดการอากาศตามวิธีที่เลือกใช้

วิธีการจัดการอากาศกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	ระดับความบ่อยของวิธีการจัดการ			
	ใช้เป็นบางครั้ง		ใช้เป็นประจำ	
	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ
1. เข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด	29	16.7	119	68.4
2. เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก	46	26.4	88	50.6
3. เข้าห้องน้ำบ่อยๆ	42	24.1	33	19.0
4. อยู่ในที่ใกล้ห้องน้ำ	33	19.0	24	13.8
5. ต้มน้ำน้อยลง	34	19.5	18	10.3
6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป เนื่องจาก ไม่ทราบว่าจะห้องน้ำอยู่ที่ใด	33	19.0	19	10.9
5. ต้มน้ำน้อยลง	34	19.5	18	10.3
6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป เนื่องจาก ไม่ทราบว่าจะห้องน้ำอยู่ที่ใด	33	19.0	19	10.9
7. หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล	34	19.5	17	9.8
8. พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหนงดกิจกรรมนอกบ้าน	32	18.4	15	8.6
9. ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	20	11.5	5	2.9
10. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15	8.6	4	2.3
11. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะรั่ว เช่น การวิ่ง การออกกำลังกาย การยกของหนัก	5	2.9	7	4.0
12. ใช้กระโถนแทนการเข้าส้วม	5	2.9	4	2.3
13. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่กระตุ้นให้ปวดปัสสาวะเร็วกว่าปกติ	5	2.9	3	1.7

ตารางที่ 9 (ต่อ)

วิธีการจัดการอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	ระดับความบ่อยของวิธีการจัดการ			
	ใช้เป็นบางครั้ง		ใช้เป็นประจำ	
	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ
14. ให้ญาติช่วยเหลือโดยพูดคุยติดต่อกับเจ้าหน้าที่	6	3.4	1	0.6
15. ใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ หรือผ้าอนามัย หรือผ้าเตี่ยว	3	1.7	3	1.7
16. งดการนั่งยองๆ	4	2.3	1	0.6
17. ปรึกษาหมอบ้าน	2	1.1	1	0.6
18. จัดการโดยวิธีอื่นๆ				
18.1 เจาะช่องไว้สำหรับถ่ายปัสสาวะ	2	1.1	13	7.5
18.2 ปัสสาวะที่ขานเรื้อน	4	2.3	5	2.9
18.3 ปัสสาวะที่พื้นดิน	4	2.3	2	1.1
18.4 ซ้อยาจากร้านขายยา	1	0.6	-	-
18.5 หนีบขาเวลาไอ	-	-	1	0.6

เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินระดับความบ่อยของการใช้วิธีจัดการอาการเป็น 2 ระดับ คือ ใช้เป็นบางครั้ง และใช้เป็นประจำ พบว่า ผู้สูงอายุที่กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่จะระบุความบ่อยของวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่แตกต่างกันในแต่ละวิธี โดยความบ่อยที่ใช้จัดการกับภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นประจำ ได้แก่ เข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้านหรือก่อนละหมาด เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก เจาะช่องไว้สำหรับถ่ายปัสสาวะ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะรั่ว เช่น การวิ่ง การออกกำลังกาย การยกของหนัก ปัสสาวะที่ขานเรื้อน และหนีบขาเวลาไอ คิดเป็นร้อยละ 68.4, 50.6, 7.5, 4.0, 2.9 และ 0.6 ตามลำดับ (ดังตาราง 9) ส่วนที่เหลือจะใช้จัดการเป็นบางครั้ง นั่นคือ เข้าห้องน้ำบ่อยๆ ใช้จัดการเป็นบางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 24.1 รองลงมาได้แก่ ดื่มน้ำน้อยลง หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล อยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไปเนื่องจากไม่ทราบว่าห้องน้ำอยู่ที่ใด พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหน/งดกิจกรรมนอกบ้าน ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ หรือผ้าอนามัย หรือผ้าเตี่ยวในจำนวนที่เท่ากันระหว่างใช้เป็นบางครั้งกับใช้เป็นประจำ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามจำนวนวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการ (n = 174)

จำนวนวิธีการจัดการอาการ	จำนวนราย	ร้อยละ
0-3 วิธี	83	47.7
4-12 วิธี	91	52.3
รวม	174	100.0

จากตาราง 10 เมื่อพิจารณาจำนวนวิธีที่ใช้จัดการอาการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.3 จะใช้วิธีการจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 4-12 วิธี ที่เหลือใช้ 0-3 วิธีคิดเป็นร้อยละ 47.7

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ศึกษาที่ละตัวแปร ดังแสดงในตารางที่ 11-13

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n = 174)

ชนิดของภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวนวิธีการจัดการอาการ		รวม	χ^2
	0-3 วิธี	4-12 วิธี		
	จำนวนราย	จำนวนราย		
ปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม	16	16	32	15.96*
ปัสสาวะรดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน	12	16	28	(p=.001)
ปัสสาวะเล็ดร่วมกับปัสสาวะรด (ผสม)	54	42	96	
อื่นๆ	1	17	18	
รวม	83	91	174	

*p<.05

จากตาราง 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่กับจำนวนวิธีการจัดการอาการด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า ชนิดมีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีการจัดการอาการของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งหมายถึง จำนวนวิธีการจัดการที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมใช้ มีความแตกต่างกันไปตามชนิด โดยพบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะรดกลั่นปัสสาวะไม่ทัน และชนิดอื่นๆ มีแนวโน้มของการใช้จำนวนวิธีการจัดการอาการมากกว่า 4 วิธีขึ้นไป ส่วนผู้ที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม จะใช้ 0-3 วิธี เป็นส่วนใหญ่

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ($n = 174$)

ระดับความรุนแรงของ การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวนวิธีการจัดการ		รวม	χ^2
	0-3 วิธี จำนวนราย	4-12 วิธี จำนวนราย		
รุนแรงเล็กน้อย	29	16	45	12.284*
รุนแรงปานกลาง	33	30	63	($p = .002$)
รุนแรงมาก	21	45	66	
รวม	83	91	174	

* $p < .05$

จากตาราง 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ กับจำนวนวิธีการจัดการอาการด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า ระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีการจัดการอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยผู้ที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก จะใช้จำนวนวิธีการจัดการอาการ 4-12 วิธี มีจำนวน 45 ราย ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย จะใช้จำนวนวิธีการจัดการน้อยด้วย 0-3 วิธี มีจำนวน 29 ราย ในขณะที่ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง จะใช้จำนวนวิธีการจัดการใกล้เคียงกันระหว่าง 0-3 วิธี กับ 4-12 วิธี

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ (n = 174)

ระยะเวลาที่มีอาการ	จำนวนวิธีการจัดการ		รวม	χ^2
	0-3 วิธี	4-12 วิธี		
	จำนวนราย	จำนวนราย		
<=6 เดือน	26	33	59	1.759 (p=.624)
>6-<12 เดือน	15	13	28	
1-5 ปี	33	31	64	
>5 ปีขึ้นไป	9	14	23	
รวม	83	91	174	

p>.05

จากตาราง 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่กับจำนวนวิธีการจัดการอาการด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า ระยะเวลาที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีการจัดการอาการ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้จะอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ ลักษณะของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ ชนิด ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ วิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ และความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่

ลักษณะของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ จำนวน 174 ราย จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาที่สรุปว่า ภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่จะพบได้มากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (ถนอมขวัญ และคณะ, 2540 ; Newman, 1996 ; Palmer et al., 1992 ; Temml, Haidinger, Schmidbauer, Schatzl, & Madersbacher, 2000) ด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.9) ไม่ได้รับการศึกษา แม้ว่าจะอ่านหนังสือไม่ออกเขียนไม่ได้ แต่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจได้ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมมุสลิมมีวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับสตรีจะต้องเป็นมารดา ภรรยา พี่สาว หรือน้องสาวที่บริสุทธิ์โดยการไม่ออกนอกบ้าน สตรีควรเก็บตัวอยู่ในบ้าน จึงทำให้ไม่มีโอกาสได้เรียนสูงๆ (ฟาริซะฮ์, 2541) นอกจากนี้บทบาทเพศและความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ซึ่งจะมีการกีดกันมิให้เพศหญิงได้ศึกษาสูงๆ เพราะเกรงว่าการศึกษาสูงจะทำให้เพศหญิงไม่เชื่อฟังสามี และจะสูงเท่าเทียมสามี (อุมร์ฟารุค, 2541) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาใดๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากสตรีในปัจจุบัน และแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นไทยพุทธซึ่งเพ็ญศิริ (2542) และมาลินี (2543) ศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่อยู่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 67.8 และ 69.3 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า แม้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.0 แต่พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุตรหลาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของโสภา (2541) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน อย่างไรก็ตามเมื่อซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.8 จะมีประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อสูงถึงร้อยละ 57.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาของคนอื่นที่ผ่านมาซึ่ง

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 92.7 โดยพบว่าเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด (นงเยาว์, 2542 ; พรวิฑูร์, 2536 ; เพ็ญศิริ, 2542) ซึ่งเป็นผลมาจากการดูซึมแคลเซียมเป็นไปไม่ได้ไม่ดี และแคลเซียมละลายออกมาจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกพรุน มีความแข็งแรงลดลง เพราะหักง่าย เป็นสาเหตุของการปวดข้อตามมา (วิภาวี, 2537 ; Eliopoulos, 1993)

ในจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 174 ราย พบว่า มีผู้ที่ผ่านการคลอด 171 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประวัติการคลอดกับหมอต้าแยเกือบทั้งหมด โดยที่ไม่ได้รับการเย็บฝีเย็บของการคลอดครั้งสุดท้าย และมีจำนวนครั้งของการคลอดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 จากประวัติการคลอดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมาก โดยเฉพาะการคลอดท้องหลังและมีจำนวนครั้งของการคลอด 3-4 ครั้งขึ้นไป (เพ็ญศิริ, 2542 ; Dandy, 1999 ; Wilson et al., 1996)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิม 3 ราย ที่ไม่ได้ผ่านการคลอดแต่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับเล็กน้อยทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีหลากหลาย ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โดยมี 1 ใน 2 ราย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นสิ่งต่างๆ ส่วนอีกรายเจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อ ซึ่งโรคประจำตัวเหล่านี้จะทำให้เกิดความไม่คล่องตัวขณะที่เกิดอาการปวดปัสสาวะ ฉะนั้นเมื่อจะเดินไปเข้าห้องน้ำจึงต้องใช้เวลามากในการเคลื่อนที่ ทำให้ไม่สามารถไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา ก่อให้เกิดปัสสาวะไหล เล็ด ราวออกมาก่อน และ 2 ใน 3 ราย ที่รับประทานยาที่มีผลต่อการคั่งของน้ำปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบสั้นได้ เช่น ยาลดน้ำมูก และยาลดความดันประเภทต้านแคลเซียม รวมทั้งผู้สูงอายุ 2 ราย มีการดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้เกิดการถ่ายปัสสาวะเร่งรีบ ได้แก่ ชา กาแฟ และน้ำอัดลมที่มีคาร์บอนเนตประเภทโค้ก และเป๊ปซี่

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมุสลิมทั้งหมด จึงพบว่าการทำละหมาดเป็นการปฏิบัติทางศาสนาที่สำคัญที่ทุกคนต้องกระทำเป็นกิจวัตร ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม วันละ 5 เวลา (เดือน, 2541 ; มานี และคณะ, 2542 ; เสถียร, 2542) แต่พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.7 เท่านั้นที่สามารถทำการละหมาดเป็นกิจวัตรได้ ส่วนที่เหลือนั้นจะเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำละหมาด อันเนื่องมาจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหาสุขภาพ

ชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม

ชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม คือ มีทั้งปัสสาวะเล็ดและราวร่วมกัน มากที่สุดร้อยละ 55.2 รองลงมาเป็นชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม และ

ปีศาจจะวาดกลั้นปีศาจจะไม่ทันร้อยละ 18.4 และ 16.1 ตามลำดับ (ดังตาราง 2) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบว่าภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดผสมพบมากที่สุดร้อยละ 28.8 เช่นเดียวกับการศึกษาของคนอื่นๆที่พบว่า ภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดผสมพบมากที่สุดในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ (Herzog et al., 1989 ; losif et al., 1981 cited by Wyman et al., 1990 ; Thom, 1998) อย่างไรก็ตาม ชนิดของภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ที่พบมากที่สุด อาจพบที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น การศึกษาของจิตะพันธ์กุลและโชวิฑูรกีจ (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) ที่พบผู้สูงอายุที่กลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดปีศาจจะวาดกลั้นปีศาจจะไม่ทันมากที่สุดร้อยละ 56.2 ส่วนบางรายงานพบการกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดปีศาจจะเล็ดมากที่สุด (กฤษญา, 2526 ; สุขชาย และคณะ, 2529 ; มาลินี, 2543 ; Bo et al., 1999 ; Glavin et al., 1999)

ภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดผสม เป็นชนิดที่พบมากที่สุดจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอธิบายได้ว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยผู้สูงอายุจะมีการทำงานของระบบทางเดินปีศาจจะลดลง น้ำหนักของไตจะลดลงร้อยละ 20 ของวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีผลให้หน่วยไตลดลงด้วย ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 35 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เนื้อไตฝ่อลงและมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตก็ลดลงด้วย เป็นผลให้การดูดกลับของสารต่างๆน้อยลง ปีศาจจะที่ถ่ายออกมาจะเข้มข้นมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อจะทำให้มีการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ที่ทำให้มีการถ่ายปีศาจมากเกินไป จึงทำให้ถ่ายปีศาจบ่อย และมักมีปีศาจจะวาดร่วมด้วย (จันทนา, 2530 ; วิไลวรรณ, 2538 ; สุทธิชัย, 2541) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีกล้ามเนื้อหูรูดอ่อนกำลัง ซึ่งเกิดจากการคลอดบุตรหลายครั้งซึ่งพบในการศึกษานี้ จะทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงในอุ้งเชิงกราน และรอบท่อปีศาจจะหย่อน อวัยวะในอุ้งเชิงกรานจึงเคลื่อนต่ำไปจากตำแหน่งเดิม (พิชัย, 2538 ; ปฤศณา, 2539 ; วิทยา, 2533 ; วิไลวรรณ, 2538 ; Tanagho, 1995) อันเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ชนิดปีศาจจะเล็ด

ระดับความรุนแรงของการกลั้นปีศาจจะไม่อยู่

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยผ่านการคลอด 1-11 ครั้ง มีค่ามัธยฐาน 4 ครั้ง โดยพบว่า เคยผ่านการคลอด 4 ครั้งขึ้นไปถึงร้อยละ 58.5 และเกือบทั้งหมดคลอดกับหมอต่ำแยะถึงร้อยละ 98.8 (ตาราง 1) โดยที่ไม่ได้มีการตัดและเย็บฝีเย็บ เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของการกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ พบว่าขึ้นกับจำนวนครั้งของการคลอดผ่านทางช่องคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอด 4-11 ครั้ง จะมีความรุนแรงของการกลั้นปีศาจจะไม่อยู่ที่ระดับมากพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 (ดังตาราง 3 ภาคผนวก ๑) ซึ่งจำนวนครั้งของการคลอดที่มากขึ้น จะยิ่งส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน และก่อให้เกิดอาการปีศาจจะเล็ดที่รุนแรงขึ้น

ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุนิยมดื่มน้ำชา กาแฟสูงถึงร้อยละ 40.8 และ 29.9 ตามลำดับ (ตาราง 1) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยและมีปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน (วิไลวรรณ, 2538 ; McBride, 1996 ; Newman, 1996) รวมทั้งความสะดวกในการไปห้องส้วมซึ่งมีถึงร้อยละ 24.7 ที่ระยะทางห่างเกิน 5 เมตร จากห้องส้วมกับห้องที่พักอาศัยเป็นประจำ และมีถึงร้อยละ 8 ที่ไม่มีความสะดวกในการไปห้องส้วม และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อสูงถึงร้อยละ 57.5 ซึ่งสภาพที่อยู่อาศัยที่ไกลจากห้องส้วม และข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ระดับความรุนแรงของการรดก้นปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม จากการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ส่วนใหญ่มีภาวะรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีความรุนแรงในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 37.9 รองลงมาที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง และเล็กน้อยร้อยละ 36.2 และ 25.9 ตามลำดับ (ตาราง 3) สอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายคนที่ผ่านมา โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินความรุนแรงที่เหมือนกัน ได้แก่ การศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่รดก้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับมากร้อยละ 57.6 และระดับปานกลางร้อยละ 30.2 และผลการศึกษาของจิตะพันธ์กุลและจิวิฑูร กิจ (Jitapunkul & Khovichunkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 54.4 มีระดับความรุนแรงในระดับมาก และร้อยละ 43.9 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ส่วนผลการศึกษาของมาลินี (2543) ก็พบในอัตราใกล้เคียงกัน คือ ความรุนแรงของภาวะรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.1 และระดับปานกลางร้อยละ 41.4

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงที่พบในการศึกษาดังกล่าวกับการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าที่พบในผลการศึกษาของคนอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้เป็นอำเภอที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมที่มีลักษณะเป็นกิ่งเมืองและชนบทที่ไม่มีความเร่งร้อนรีบเร่ง ผู้สูงอายุจะอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ต้องระมัดระวังหรือกังวลเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย รวมทั้งทัศนคติต่ออาการรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ที่คิดว่าเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของการสูงอายุ จึงทำให้ไม่มีความวิตกกังวลต่ออาการที่เป็น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงลดน้อยลง ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สภาพจิตใจมีความสัมพันธ์กับภาวะรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ (เพ็ญศิริ, 2542 ; Ory et al., 1986) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ที่บ้านไม่ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 81.0 (ตาราง 1) ทำให้มีเวลาและโอกาสในการเตรียมความพร้อมไม่ให้เกิดการถ่ายปัสสาวะรดก้นก่อนถึงห้องน้ำได้ดีกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองใหญ่ดังที่เพ็ญศิริ (2542) และมาลินี (2543) ศึกษา

นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปวดข้อน้อยกว่าการศึกษาของคนอื่น รวมทั้งการ

ศึกษาคั้งนี้ผู้สูงอายุมีประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำกว่า โดยพบเพียงร้อยละ 41.4 ในขณะที่เพ็ญศิริ (2542) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุใช้ยาที่มีผลต่อภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่สูงถึงร้อยละ 75.6 และผู้สูงอายุสตรีมีสัดส่วนใหญ่ไม่มุ่งกางเกงใน ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น จึงไม่มีการเบียดผ้าถุงมาก ดังนั้นความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก จึงพบน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ยังขึ้นกับวิธีการจัดการด้วย ทำให้ระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง เพราะผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย (คูอภิปรายผลในเรื่องวิธีการจัดการอาการ)

ระยะเวลาที่มีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมีผลมีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่มาเป็นระยะเวลานาน 1-5 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.8 (ตาราง 4) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ 1-5 ปีมากที่สุด โดยพบร้อยละ 45.9 เช่นเดียวกับในต่างประเทศ โดยพบร้อยละ 16.8 (Gavira - Lglesias et al., 2000) ส่วนผลการศึกษาของจิตะพันธ์กุลและไขวิฑูรภิก (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) พบว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 13 ปีมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถควบคุมการกลั่นปัสสาวะไว้ได้ แต่ไม่ใช่เป็นโรค ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เพิกเฉยต่ออาการ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่ออาการในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักคิดว่าอาการทางกายที่ไม่รุนแรงจะเป็นสภาวะสูงอายุมากกว่าการเป็นโรค ซึ่งการจะเป็นโรคหรือไม่นั้นย่อมขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญด้วย เช่น หากเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจจึงจะถือว่าเป็นโรค แต่ในขณะที่การเจ็บป่วยจากตา หู จะเป็นเพียงอาการของการสูงอายุเท่านั้น (Thomas, Hendriksen, & Edith, 1987)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง คิดว่าภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของการสูงอายุ จึงรอดูอาการ โดยคาดหวังว่าอาการเป็นเพียงเล็กน้อยที่มักเกิดมากขึ้นในช่วงอากาศเย็น ใจ จาม และอาการจะน้อยลงหากอาการใจ จามหายไปโดยไม่ต้องจัดการอะไร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่รับรู้ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องธรรมชาติ และไม่เป็นปัญหา รวมทั้งไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต หรืออาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อย ไม่บ่อย หรือรุนแรงมากพอที่จะไปรักษา จึงมีความหวังที่จะปล่อยให้อาการดีขึ้นโดยธรรมชาติ หรือปราศจากการรักษา (Goldstein et al., 1992 ; Jolleys, 1988 ; Swithinbank et al., 1999)

ดังนั้นการปล่อยปละละเลยนานๆ โดยที่ไม่ได้ปฏิบัติกระทำเพื่อให้อาการลดลงหรือหมดไป จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านกรดำรงชีวิต โดยเฉพาะการประกอบกิจกรรมทางศาสนา และการจะหาทาง

แก้ไขก็ต่อเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1-5 ปี ฉะนั้นจึงพบผู้ที่ประสพภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะเวลา 1-5 ปีมากที่สุด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของต่างประเทศพบว่าผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระยะเวลามากกว่า 5 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53 ในขณะที่พบมีผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระยะเวลา 1-5 ปีรองลงมาคือร้อยละ 38 (Milne, 2000) ทั้งนี้เพราะการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยที่มิลน์ (Milne, 2000) ได้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยแสวงหาการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา จึงพบผู้ที่ประสพกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระยะเวลานานกว่า 5 ปีเป็นส่วนใหญ่เพราะอาการที่เป็นอยู่ไม่เคยได้รับการแก้ไข

ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นสภาวะที่สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในด้านต่างๆ ทั้งด้านกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ โดยประเมินในรูปของผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ จากการถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นและกิจกรรมใดบ้างที่ถูกกระทบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้รับผลกระทบในข้อต่างๆ 0 ถึง 29 ข้อ ค่ามัธยฐาน 11 ข้อ

หากพิจารณาตามผลกระทบ 5 อันดับแรกที่จำนวนผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถูกกระทบที่พบมากที่สุด (ตาราง 5) คือ เรื่องการรับรู้ที่ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล้างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผ้าอ้อมหรือลำตัวเปียอน้ำปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 82.8 โดยจะอยู่ในแบบแผนที่ 1 และเมื่อพิจารณาตามระดับของผลกระทบที่เกิดขึ้นตาม ตาราง 6 จะเห็นว่าส่งผลกระทบในระดับมากที่สุดด้วย คิดเป็นร้อยละ 39.7 ทั้งนี้เป็นเพราะผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายถูกจำกัด จึงไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทันเวลา จึงก่อให้เกิดปัสสาวะราดรดผ้าอ้อมหรือลำตัว จึงเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดผลกระทบ โดยทำให้ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล้างวันละมากกว่า 1 ครั้ง

นอกจากนี้การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายก่อนการทำละหมาด หรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น มุสลิมทุกคนจึงต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด การที่ลำตัวเปียอน้ำปัสสาวะนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่สะอาด จะไม่สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนา หรือละหมาดได้ (เสาวนีย์และรุจิระ, 2522) ทำให้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมต้องอาบน้ำ หรือล้างส่วนล้างวันละหลายครั้ง เพื่อให้ได้ละหมาดครบ 5 เวลา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 89.7 (ตาราง 1) ที่ให้ข้อมูลว่าสามารถทำได้ ทั้งนี้เป็นการสะสมบุญเพื่อโลกหน้าของชาวมุสลิม (ชนิษฐา, 2542) อีกทั้งการละหมาดยังเป็นการปฏิบัติที่สำคัญเพื่อการเดินทางไปสู่สวรรค์ด้วย (เสาวนีย์และรุจิระ, 2522) นอกจากนี้การละหมาดถือว่าเป็นการสร้างพลังอันเข้มแข็ง เป็นการขัดเกลาจิตใจตนเองให้บริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา การได้ทำจิตใจให้สงบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่มีความทุกข์ ความยุ่งยากในชีวิต การประสบปัญหาต่างๆ การละหมาดจะเป็น

เครื่องช่วยที่ดีที่สุด และเป็นการฝึกตนเองให้ตรงต่อเวลา ฝึกความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ฝึกให้อยู่ในระเบียบวินัย ฝึกรักษาความสะอาด และสิ่งสำคัญของการละหมาดก็คือ ความสะอาด (มานี และคณะ, 2542 ; เสถียร, 2542) ฉะนั้นจึงต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาดก่อนการละหมาดตามศาสนาบัญญัติ ก่อนเสมอ เมื่อใดที่มี "นะญิส" ซึ่งหมายถึง สิ่งที่ไม่สะอาด เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ หรืออสุจิ บุคคลจะต้องชำระล้างให้สะอาด และเมื่ออาบน้ำชำระร่างกายสะอาด แต่เกิดเหตุการณ์ เช่น มีปัสสาวะ อุจจาระ ถือว่าเสียน้ำละหมาด หากจะละหมาดหรือประกอบศาสนกิจอื่นๆต้องอาบน้ำชำระใหม่ (เสาวนีย์ และรุจิระ, 2522)

สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับศาสนา และวัฒนธรรมจะส่งผลกระทบต่อผู้ประสบภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า ภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดข้อจำกัดทางศาสนาอย่างสูงสุดในกลุ่มเจิวส์ (Jewish) และกลุ่มมุสลิม และมีความสัมพันธ์กับผู้รักษาความสะอาด (Chalaha & Stanton, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ (perspective) ของผู้ประสบภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทันในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยทำให้ต้องอาบน้ำบ่อยๆคิดเป็นร้อยละ 24 (Brown et al., 1998) ซึ่งกระทบต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้อย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทางศาสนกิจ โดยการละหมาดเป็นกิจวัตร จึงทำให้ต้องอาบน้ำบ่อยๆมากกว่า ดังนั้นภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในระดับมากสูงสุดในเรื่องที่จะต้องอาบน้ำ หรือล้างส่วนล้างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อที่จะชำระร่างกายให้สะอาดก่อนการละหมาด

ส่วนผลกระทบจากภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ผู้สูงอายุระบุว่ากระทบน้อยที่สุด (ตาราง 5) พบว่าภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้หนักลัมเมื่อต้องลุกไปเข้าห้องน้ำ ซึ่งจัดอยู่ในแบบแผนที่ 4 และไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบ จัดอยู่ในแบบแผนที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 1.7 เท่ากัน ซึ่งการได้รับผลกระทบในเรื่องดังกล่าวนี้ น้อย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และความสะดวกในการไปห้องน้ำที่ระยะห่างไม่เกิน 5 เมตร มีถึงร้อยละ 75.3 ส่วนบางรายที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคปวดข้อที่ลุกเดินไม่สะดวก จะเจาะช่องไว้ใกล้ๆตัวสำหรับถ่ายปัสสาวะ ทำให้การหนักลัมเมื่อต้องลุกไปเข้าห้องน้ำพบได้น้อย ส่วนผลกระทบเกี่ยวกับการแต่งกายตามใจชอบ พบได้น้อยเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านเพื่อเลี้ยงหลาน การแต่งกายตามใจชอบเพื่อเข้าสังคมใหญ่ๆมีน้อย ด้วยบทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง อีกทั้งสังคมชนบทจะมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของคนอื่นที่รายงานไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ซึ่งอาศัยอยู่ในชนบทร้อยละ 88 ที่ปฏิเสธว่าภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่กระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และเกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าคนส่วนใหญ่จะมีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อถึงเวลา คืออายุย่างเข้า 85 ปี (Keller, 1999)

อายุดังกล่าวมีอายุมากแล้ว (86 ปี) สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยอาศัยรายได้จากบุตรหลาน ไม่มีการประกอบกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากยืนไม่ไหว จึงงดกิจกรรมต่างๆ เช่น การละหมาด การเดินทางไปประชุมในหมู่บ้าน หรือไปมัสยิด หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับคนภายนอก นอกจากนี้สามารถจัดการกับอาการได้ด้วยการเจาะช่องไว้สำหรับการถ่ายปัสสาวะ จึงสามารถแก้ปัญหาปัสสาวะรดจากการไปห้องน้ำไม่ทันลดลง จึงมีจำนวนครั้งของการมีปัสสาวะรดกลั้นปัสสาวะไม่ทันเพียงเดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้ และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายนี้รู้สึกพอใจกับวิธีที่ใช้จัดการ และคิดว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องธรรมชาติของคนแก่ จึงปรับตัวได้โดยที่ไม่รู้สึกว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะกระทบแต่อย่างใด

วิธีการจัดการอาการ

ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีวิธีการจัดการอาการในระดับที่แตกต่างกัน คือ จะเลือกใช้วิธีการจัดการต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ต่อเนื่องได้เป็นหลัก แต่ไม่ได้กระทำการจัดการเพื่อให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หายขาด หรือลดระดับความรุนแรงลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้จะรับรู้ถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่เป็นปัญหาถึงร้อยละ 60.3 (ตาราง 7 ภาคผนวก ๑) และส่วนใหญ่คิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของการสูงอายุ เป็นเรื่องเล็กน้อยที่ไม่สำคัญ บางกลุ่มบอกว่าพอทนได้ เพราะภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่แสวงหาวิธีการรักษา แต่จะมุ่งเน้นจัดการอาการเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตเท่านั้น

วิธีการที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมเลือกใช้เป็นวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองมากกว่าโดยผู้อื่น โดยเรียงลำดับที่ใช้บ่อย ได้ดังนี้ คือ การเข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้านหรือก่อนละหมาด เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก เข้าห้องน้ำบ่อยๆ การอยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ ดื่มน้ำน้อยลง หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไปเนื่องจากไม่ทราบว่าจะมีห้องน้ำอยู่ที่ใด (ตาราง 8) โดยพบว่า วิธีการจัดการด้วยการเข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด และวิธีเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเปียกจะเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้จัดการอาการเป็นประจำมากที่สุด (ตาราง 9) ซึ่งพบว่า สูงถึงร้อยละ 68.4 และ 50.6 ตามลำดับ ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวที่ใช้จัดการมาก และใช้เป็นประจำ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นญาติ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีบ่อยครั้งที่ผู้ประสบกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ปฏิเสธว่าเป็นปัญหาที่จะต้องพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ แต่จะใช้วิธีจัดการกับตนเองแทนการรักษา และเชื่อว่าเป็นกระบวนการของการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัย (Horzog & Fultz, 1988 cited by Newman, 1996)

นอกจากนี้ผู้ที่มีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่จะมีความวิตกกังวล และการสูญเสียความมั่นใจตนเองจากที่มีปัสสาวะเล็ด รัาด แล้วจะก่อให้เกิดการระหมาดไม่ได้ ต้องอาบน้ำใหม่ หรือการไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่มีสยิดก็จะมีอาการห้ามปัสสาวะเล็ด รัาด เนื่องจากเป็นบาป ทำให้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ประสบภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ เกิดความกลัวว่าขณะเปลี่ยนท่าระหมาดจากท่านั่งเป็นท่านอน จะมีอาการปวดปัสสาวะ จึงทำให้ต้องจัดการกับตนเอง จนแน่ใจว่าจะไม่ถ่ายปัสสาวะอีกแน่นอน จึงจะเริ่มต้นระหมาด หรือออกจากบ้าน แต่หากเมื่อใดที่มีปัสสาวะเล็ด รัาดเกิดขึ้นอีก ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนผ้า แม้ว่า จะเปียกน้ำเพียงเล็กน้อย ก็ถือว่าร่างกายสกปรก ปนเปื้อน จึงพบว่ามีการใช้วิธีการดังกล่าวทั้ง 2 วิธีจัดการเป็นประจำมากกว่าวิธีอื่นๆที่เคยใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของแคพลัน (Kaplan, 2001) ที่พบว่าผู้ที่ประสบภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จะเผชิญปัญหาโดยการ ถ่ายปัสสาวะก่อนออกจากบ้าน แม้ว่า จะรู้สึกปวดปัสสาวะหรือไม่ก็ตาม และเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมอย่างมาก ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) ที่ผู้สูงอายุจะเข้าห้องน้ำล่วงหน้าเพียงร้อยละ 7.8 ทั้งนี้เนื่องจาก เพ็ญศิริ (2542) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มไทยพุทธ ซึ่งไม่มีการระหมาด และมีการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่อยู่ที่บ้าน จึงใช้วิธีการเข้าห้องน้ำล่วงหน้าต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ แต่พบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนจะใช้วิธีการจัดการอื่นมากกว่า โดยใช้วิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกมากที่สุดร้อยละ 63.9 รองลงมาใช้วิธีเข้าห้องน้ำบ่อยๆ พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหนงดกิจกรรมนอกบ้าน รับประทานอาหาร ดื่มน้ำน้อยลง มีการเข้าห้องน้ำล่วงหน้า คิดเป็นร้อยละ 27.8, 25.9, 25.4, 15.1 และ 9.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตะพันธ์กุลและไขวิฑูรภิก (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) พบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการโดยใช้วิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกร้อยละ 45.6 และหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านร้อยละ 20.0

ส่วนวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้จัดการเป็นประจำที่พบว่าแตกต่างจากการศึกษาอื่น คือ วิธีการจัดการโดยการเจาะช่องไว้ใกล้ๆตัวสำหรับถ่ายปัสสาวะ (ลักษณะบ้านจะเป็นบ้านไม้ยกพื้น มีใต้ถุนสูง และมีพื้นดินเป็นดินทรายทำให้ง่ายต่อการดูดซึม จึงมีการเจาะพื้นกระดานไม้ขนาดประมาณ 6"x12" ส่วนมากจะเจาะเป็นช่องไว้ใกล้ๆ กับเตียงนอน เพื่อจะได้ปัสสาวะได้สะดวก) พบว่าใช้เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 7.5 แต่ใช้เป็นบางครั้งเพียงร้อยละ 1.1 เนื่องจากผู้ที่ใช้วิธีดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว คือ โรคหลอดเลือดสมอง (CVA) ซึ่งการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปด้วยความลำบาก จึงแก้ปัญหาด้วยการ เจาะช่องไว้ใกล้ๆที่นอน เพื่อความสะดวกทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมแบบบ้านสวนจะจัดการด้วยการถ่ายปัสสาวะที่พื้นดินทันที และถ่ายปัสสาวะที่สวนเรือนหากไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทัน รวมทั้งไม่ใส่กางเกงใน ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้สะดวก และรวดเร็วขึ้นจึงไม่มีปัสสาวะรดเปียกผ้าถุงมาก จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการที่ผู้สูงอายุใช้สามารถที่จะลดระดับความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดีอีกด้วย

วิธีการจัดการที่ใช้จัดการกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่น้อยมาก ซึ่งพบเพียงไม่กี่ราย คือ การปรึกษาหมอบ้าน โดยหมอบ้านให้ตำรากไม้สมุนไพรหลายชนิด ซึ่งผู้สูงอายุบางรายที่ใช้วิธีการดังกล่าว

ไม่ทราบว่าเป็นชนิดใด แต่ใช้สมุนไพร่วมกับการจัดการตนเองอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก หรือดื่มน้ำน้อยลง เพื่อแก้ปัญหาปัสสาวะเล็ด หรือราดให้หายเป็นปกติ ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพรหากไม่หายก็ไม่ก่อให้เกิดโทษแต่อย่างใด และมีความสะดวกเนื่องจากเป็นหมอในหมู่บ้าน อีกทั้งราคายาถูกอีกด้วย ส่วนวิธีอื่นๆที่ใช้น้อยมาก เช่น ผลិតภัณฑ์ซึมซับ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีชีวิตแบบเรียบง่ายแบบชุมชนชนบทจะไม่มีรถส่วนตัวสักคัน จึงไม่มีใครใช้ผ้าอนามัยหรือผลิตภัณฑ์ซึมซับ มีบางรายเท่านั้น (ร้อยละ 3.4 ตาราง 8) ที่อาการรุนแรงมากก็จะใช้ผ้าเดี่ยว เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) พบเพียงร้อยละ 9.3 และการศึกษาของมาลินี (2543) พบเพียงร้อยละ 10.0 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของต่างประเทศที่ผู้ประสภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักจะใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับมากที่สุด (Diokno et al., 1995 ; Fitzgerald et al., 2000 ; Herzog et al., 1989) รองลงมาเป็นการเรียนรู้สถานที่ตั้งของห้องน้ำ การเปลี่ยนแปลงช่วงการถ่ายปัสสาวะให้เหมาะสม การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มให้เหมาะสม การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Herzog et al., 1989) บ้างก็ใช้สเปรย์ดับกลิ่นตัวร้อยละ 10.9 อยู่ในสถานที่ที่สามารถเข้าห้องน้ำได้สะดวกร้อยละ 93 (Fitzgerald et al., 2000)

สำหรับการจัดการโดยวิธีอื่นๆ (ตาราง 9) โดยการไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ามีเพียงร้อยละ 2.9 ที่ไปพบประจำ ส่วนบางคนไปพบเพียงบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 11.5 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่เริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะวิตกกังวลกลัวว่าจะเป็นโรคใดโรคหนึ่ง จึงไปพบแพทย์ แต่ไม่ได้รับคำแนะนำ และแพทย์เพียงเฉยต่ออาการบอกกล่าว บ้างก็กล่าวว่าได้ยามารับประทานแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงไม่เข้ารับการรักษาอีกเลย แต่ส่วนใหญ่ที่ไม่ไปพบแพทย์เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ แก่แล้ว อับอาย ลำบากใจที่จะพูด และรอให้หายเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะใช้วิธีการจัดการกับอาการตนเองอย่างเรียบง่ายมากกว่าการแสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Herzog et al., 1989 ; Mitteness, 1987 ; Talbot & Cox, 1995 cited by Milne, 2000) รวมทั้งยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9 (Simons, 1985 cited by Goldstein et al., 1992) และร้อยละ 48 (Mitteness, 1987) ที่ระบุว่าแพทย์ไม่สนใจต่อคำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ฉะนั้นผู้ที่ประสภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จึงมักแก้ปัญหาด้วยการจัดการตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวไทยมุสลิม เนื่องจากระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ และการแสวงหาการรักษาในแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการต่อต้าน โดยมีรายงานว่า คนไทยมาเลยในปัตตานีกลุ่มคนส่วนใหญ่มองว่าระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นตัวแทนกลุ่มรัฐบาลซึ่งในประวัติศาสตร์พยายามจะทำลายศาสนาอิสลาม (Golomb, 1987, อ้างตาม พิมวัลย์และสุพจน์, 2539) จึงใช้วิธีการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อมากกว่า อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ประสภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่จะรีรอการรักษา เพราะคิดว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติของการสูงอายุ และอาการไม่รุนแรงจึงรอให้หายเองโดยรอดูอาการก่อนไปพบ

แพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมเมื่อเจ็บป่วยจะเฝ้าดูอาการ หากไม่รุนแรง จะรักษาพยาบาลด้วยตนเองก่อนเป็นอันดับแรก (ชนิษฐา, 2542) และส่วนใหญ่คิดว่ารอดูอาการให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องแสวงหาการรักษา ร้อยละ 73 (Norton et al., 1988)

สำหรับวิธีการจัดการที่ไม่มีผู้ใดเคยใช้เลย คือ การใช้น้ำยาดับกลิ่นตัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รู้สึกว่ามันมีกลิ่นตัว และมีวิธีการอื่นที่ใช้ในการขจัดกลิ่น เช่น การอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างของร่างกายเมื่อเปื้อนน้ำปัสสาวะทุกครั้ง หรือเปลี่ยนผ้าเมื่อเปื้อนน้ำปัสสาวะ ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าสามารถช่วยขจัดกลิ่นได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำยาดับกลิ่นตัว รวมทั้งผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ไม่มีบทบาททางสังคม จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้ และเป็นกรลับเปลื้องหากจะต้องซื้อน้ำยามาขจัดกลิ่น ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยรายได้จากผู้อื่นถึงร้อยละ 81.0 (ตาราง 1) ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เกือบทั้งหมดจึงจัดการตนเอง โดยการล้างทำความสะอาด หรือเปลี่ยนผ้าเมื่อเปื้อนน้ำปัสสาวะ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนอร์ตัน (Norton, 1982) พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้ที่ประสบภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ จะไม่รู้สึกรังเกี้ยวกับกลิ่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้คิดว่าตนเองมีการรักษาความสะอาดเพื่อป้องกันการเกิดกลิ่นจากน้ำปัสสาวะ และมักจะอยู่ที่บ้าน ไม่ใกล้ชิดผู้อื่น

วิธีการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมกลุ่มนี้ไม่ใช้ เพราะไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตะพันธ์กุลและไขวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือถึงแม้ว่าได้รับคำแนะนำพบว่า ผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนมีการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานน้อยมาก คือพบเพียงร้อยละ 2.0 (เพ็ญศิริ, 2542) และการศึกษาในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียง 2 คนที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล (มาลินี, 2543) ซึ่งแตกต่างไปจากผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ที่ประเทศฮอลแลนด์ โดยพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนถึงร้อยละ 60 ที่แสวงหาการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุที่ใช้วิธีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และมีการติดตามผลในระยะต่อมาพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่ม 65 ปี มากกว่าร้อยละ 50 ที่ยังคงฝึกวิธีการดังกล่าวเพื่อแก้ไขภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ (Niewijk & Weijts, 1997 cited by Milne, 2000)

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิดของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม มีแนวโน้มของการใช้จำนวนวิธีการจัดการ 0-3 วิธีเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 11) ซึ่งมีมากกว่าชนิดปัสสาวะเล็ดเวลา

ไอ จาม ในขณะที่เดียวกันจำนวนวิธีการที่ใช้จัดการระหว่าง 4-12 วิธี พบได้มากที่สุดในกลุ่มชนิดปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน และชนิดอื่นๆ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของการก้นปัสสาวะไม่อยู่กับจำนวนวิธีการจัดการอาการด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน และชนิดอื่นๆ จะมีความรุนแรงของอาการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 77.8 ตามลำดับ (ตาราง 2 ภาคผนวก จ) ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม จะมีระดับความรุนแรงของอาการก้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับน้อย ฉะนั้นจำนวนวิธีการจัดการนอกจากขึ้นกับชนิดแล้วยังขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วย

เมื่อเปรียบเทียบถึงการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุใช้วิธีการจัดการอาการหลายวิธี และในอัตราที่สูง โดยเฉพาะในรายที่มีการก้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม คิดเป็นร้อยละ 76.9 ส่วนจำนวนวิธีการจัดการที่รองลงมาจะเป็นชนิดปัสสาวะเล็ด และชนิดปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทันตามลำดับ (Herzog et al., 1989) แตกต่างกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุจะจัดการกับตนเองอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างเมื่อมีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่ทัน

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับระดับความรุนแรงของภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่

ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่เกือบทั้งหมด จะใช้จำนวนวิธีการจัดการอาการโดยรวมมากกว่า 1 วิธี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ประสบภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่บางคนใช้วิธีการจัดการมากกว่า 1 วิธี หรือหลายวิธีร่วมกัน (เพ็ญศิริ, 2542 ; มาลินี, 2543 ; Herzog et al., 1989) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก จะใช้จำนวนวิธีการจัดการ 4-12 วิธี มากที่สุด จำนวน 45 ราย (ตาราง 12) ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับน้อย จะใช้จำนวนวิธีการจัดการน้อยด้วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่กับจำนวนวิธีการจัดการอาการด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีการจัดการอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่งจำนวนวิธีการจัดการนอกจากจะขึ้นกับชนิดแล้วยังขึ้นกับระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยดังได้กล่าวแล้ว จึงทำให้กลุ่มที่มีความรุนแรงมากกว่าจะพยายามหาวิธีการจัดการที่หลากหลายวิธีกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการก้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย จะใช้วิธีการจัดการเพียงไม่กี่วิธีก็สามารถอยู่ได้โดยไม่เดือดร้อนมากนัก สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ โดยพบว่า ไม่ว่าระดับความรุนแรงของภาวะก้นปัสสาวะไม่อยู่จะมากหรือน้อย วิธีที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมใช้ส่วนใหญ่เป็นวิธีที่กระทำเพื่อจะปฏิบัติกิจกรรมทาง

ศาสนา คือ การเข้าห้องน้ำส้วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด และวิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก (ตาราง 8 ภาคผนวก ๑) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงมาก จะใช้วิธีการจัดการอื่นๆเพิ่มเติมด้วย เช่น การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ปวดปัสสาวะเร็วกว่าปกติ ใช้กระโถนแทนการเข้าส้วม ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รับประทานยาตามแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปรีกษาหมอบ้าน ใช้ผ้าเดี่ยว พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหนงดกิจกรรมนอกบ้าน และงดการนั่งยองๆ เป็นต้น วิธีการดังกล่าว อาจมีความแตกต่างไปจากการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่ามีการใช้วิธีถ่ายปัสสาวะตามกำหนดเวลา ถ่ายปัสสาวะล่วงหน้า ฝึกพฤติกรรมการขับถ่ายปัสสาวะ และการเรียนรู้สถานที่ตั้งของห้องน้ำ (Herzog et al., 1989)

โดยทั่วไป วิธีการจัดการโดยการพบแพทย์ หรือแสวงหาการรักษา จะกระทำเมื่อมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ดังเช่นที่พบในการศึกษาของเพญศิริ (2542) คือ ผู้ที่มีระดับความรุนแรงมาก จะมีการปรึกษาแพทย์ หรือแสวงหาการรักษามากที่สุดถึงร้อยละ 83.3 และของเซอร์ซอคและคณะ (Herzog et al., 1989) พบร้อยละ 41.8 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมไปพบแพทย์ ในอัตราที่น้อยมาก (ร้อยละ 11.1-15.9) ไม่ว่าจะมึระดับความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น (ตาราง 6 ภาคผนวก ๑) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิธีการแสวงหาการรักษาในผู้สูงอายุสตรีมุสลิมจะมีการพึ่งหมอบ้าน พึ่งสมุนไพร หรือซื้อยามารับประทานเองก่อนเป็นอันดับแรก ดังผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชนบทเมื่อเจ็บป่วยจะรักษาที่บ้านมากที่สุดโดยการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง ครอบครั้ว และโดยการแนะนำของเพื่อนบ้านก่อนเป็นอันดับแรก รองลงมาจะไปโรงพยาบาล และให้ยาสมุนไพร ตามลำดับ (ขนิษฐา, 2542) และการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนในชนบท จะดูแลตนเองตามอาการก่อนมากที่สุดร้อยละ 55.91 ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปซื้อยา หรือสถานบริการสุขภาพ (กาญจน์และสุวีพร, 2540) รวมทั้งคนไทยมุสลิมเมื่อเจ็บป่วยมักไปรักษากับหมอฟันบ้านก่อนการไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะรับรู้ว่าจะอาการรุนแรงหรือไม่ก็ตาม มักไปร้านขายยาหลังจากพบหมอไสยศาสตร์ และโดยทั่วไปคนไทยมุสลิมจะใช้เวลาในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐนานกว่าคนไทยพุทธ (Golomb, 1987, อ้างตาม พิมพัลย์และสุพจน์, 2539) ประกอบกับผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา และอาศัยรายได้จากบุตรหลาน ซึ่งการศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจแสวงหาการรักษาจากที่มสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาถึงเหตุผลของการไม่แสวงหาการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า บางกลุ่มจะวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายจึงไม่ไปพบแพทย์ (Goldstein et al., 1992) ฉะนั้น การให้บริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะขึ้นกับระดับการศึกษา รายได้ และสภาพความเจ็บป่วย รวมทั้งความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ใช้บริการในพื้นที่ด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ผลจากการศึกษาจะพบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่เริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานไม่เกิน 6 เดือน และมีอาการนานกว่า 5 ปีขึ้นไป จะใช้จำนวนวิธีการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นอยู่ถึง 4-12 วิธีมากที่สุดจำนวน 33 ราย และ 14 ราย ตามลำดับ และใช้วิธีจัดการอาการ 0-3 วิธี จำนวน 26 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ (ตาราง 13) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นานกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน และกลุ่มที่เริ่มมีอาการมานาน 1-5 ปี จะใช้ 0-3 วิธีมากที่สุดจำนวน 51 ราย และ 33 ราย ตามลำดับ และใช้ 4-12 วิธี จำนวน 13 ราย และ 31 ราย ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กับจำนวนวิธีการจัดการอาการ พบว่า ระยะเวลาที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวิธีการจัดการอาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเพียงกลุ่มอาการเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมการกลั้นปัสสาวะไว้ได้ ซึ่งไม่ใช่เป็นโรคที่จะต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน หรือหากปล่อยไว้นานจะก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตดังเช่นโรคอื่นๆ เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อเรื่องไม่สุขสบายทางกาย ที่ลำตัวหรือส่วนล่างเปียกแฉะจากการป้อนน้ำปัสสาวะ หรือไม่สุขสบายใจที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ไม่หายขาด จะกำเริบเวลาอากาศเย็น เป็นหวัด ไซ จาม ก่อให้เกิดความรำคาญ ดังเช่นการศึกษาถึงทัศนคติต่ออาการของโรคในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่จะคิดว่า การที่จะพิจารณาว่าเป็นโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นกับอวัยวะและความรุนแรงของโรค หากอวัยวะที่เป็นไม่สำคัญ หรือไม่รุนแรง ก็จะคิดว่าเป็นไปจากสภาวะการสูงอายุ (Thomas et al., 1987) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม การพิจารณาเลือกจะใช้วิธีการรักษานั้นขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประสบการณ์ในการรักษาพยาบาล โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่เป็น นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและเจ็บป่วยอยู่เป็นประจำ เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเป็นพักๆ จึงตัดสินใจเลือกที่จะรักษาที่บ้าน ถ้าหากไม่สามารถรักษาให้หายได้ก็จะทำใจยอมรับ โดยคิดว่าเป็นเพราะกรรมแต่ปางก่อน หรือเป็นการกำหนดของพระเจ้าที่ทุกคนต้องรับด้วยความยินดี (ชนิษฐา, 2542) ฉะนั้น แม้ว่าจะเพิ่งเริ่มเป็น หรือเป็นมานานจึงไม่ส่งผลให้ผู้ประสบหาวิธีการจัดการเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็น เนื่องจากสามารถอยู่ได้โดยไม่รู้สึกว่เดือดร้อนเพิ่มขึ้น แต่จะเคยชินกับอาการที่เป็นมากกว่า จากการที่มีการรับรู้ว่าเป็นเรื่องของคนสูงอายุ ซึ่งจะพบอาการได้มากขึ้นหากอายุสูงขึ้น จึงทำให้เกิดการยอมรับกับสภาพได้ โดยที่ไม่ได้รบกวนการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้นมากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีอายุ 19-97 ปี พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่สูงขึ้น บางกลุ่มรับรู้ว่ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหา แต่จะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาไว้หลังสุด ในขณะที่บางกลุ่มมีการรับรู้ว่ไม่เป็นปัญหา (Swithinbank et al., 1999) ดังนั้นผู้ที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จึงไม่แสวงหาวิธีการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาแม้ว่

ระยะเวลาผ่านไปนานเท่าใดก็ตาม ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของศาสนาและวัฒนธรรมในกลุ่มสตรีจากเมืองต่างๆ ที่มีต่อความคิดและการปฏิบัติของผู้ที่ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า แม้กลุ่มสตรีมุสลิมและกลุ่มเจิว (Jewish) จะได้รับผลกระทบจากภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ แต่พบรายน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่แสวงหาความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนั้น การแสวงหาความช่วยเหลือของกลุ่มสตรีเหล่านี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการมีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (Chalaha & Stanton, 1999)

โดยสรุปจากผลการศึกษาและอภิปรายเรื่อง อาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบและวิธีการจัดการอาการ ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับชนิดของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่พบมากที่สุด ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการ ผลกระทบ และวิธีการจัดการอาการที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการใช้วางแผนหามาตรการในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิม นอกจากนี้ยังพบว่าผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาของคนอื่นๆ ได้แก่ อัตราความชุกที่พบสูงถึงร้อยละ 57.9 (ค้นหา 323 ราย พบ 187 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเป็นสำคัญ ผู้ที่ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จะจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง ตามวิถีชีวิตที่ดำเนินอยู่ เพื่อให้คงไว้ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางศาสนิกกิจได้อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้กระทำเพื่อให้อาการของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ลดลงหรือหมดไปได้ เนื่องจากความเชื่อ และทัศนคติทั้งจากตัวผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับสภาวะที่เป็นอยู่ ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นเรื่องของการสูงอายุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ รอให้หายเองตามธรรมชาติโดยปราศจากการรักษามากกว่า นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่จากทีมสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพไม่ทราบความหมาย สาเหตุการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ การป้องกัน และการจัดการเพื่อลดอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และมีทัศนคติในการมองว่าภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เป็นอาการของการสูงอายุมากกว่าการเป็นโรค ดังนั้น การให้ความรู้ การปลูกฝังความเชื่อ และทัศนคติแก่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ครอบครัว และผู้ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจัดกระทำไปพร้อมกัน เพื่อลดความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม และมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในบ้านปลายของชีวิต

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิด ระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ วิธีการจัดการอาการเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม โดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ในอำเภอ ฉะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 174 ราย ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตามสัดส่วน (cluster random sampling) ระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2544 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างดังนี้ เป็นผู้สูงอายุสตรีมุสลิมอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (ไม่จำกัดภาษาพูด) มีสติสัมปชัญญะ สามารถติดต่อสื่อสาร ตอบแบบสัมภาษณ์และให้ความร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อ แบบแผนสุขภาพ และชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะมา ปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 3 และชุดที่ 4 มาตรวจสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุ สตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ .94 และ .82 ตามลำดับ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (SPSS/FW) ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาและไม่ได้ ประกอบอาชีพ เจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อมากที่สุด เกือบทั้งหมดคลอดกับหมอดำยาโดยที่ทุกรายไม่ได้ รับการเย็บฝีเย็บของการคลอดครั้งสุดท้าย และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการคลอดมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่มีการทำละหมาดเป็นกิจวัตร เมื่อจำแนก ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า

สูงอายุสตรีมุสลิมในกลุ่มตัวอย่างมีการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.2 ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับมาก และพบว่ามีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่นาน 1-5 ปี มากที่สุด

2. จากการประเมินถึงผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพจากภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมได้ระบุถึงผลกระทบที่เกิดมากที่สุด คือ ทำให้ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปียกน้ำปัสสาวะ (แบบแผนที่ 1 คือ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ) ส่วนผลกระทบที่ระบุว่าจะเกิดน้อยที่สุด คือ มีการหกเลอะเมื่อต้องลุกไปเข้าห้องน้ำบ่อย (แบบแผนที่ 4 คือ กิจกรรมและการออกกำลังกาย) และการที่ไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบจะถูกกระทบน้อยเท่ากัน (แบบแผนที่ 7 คือ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์) ทั้งนี้บางแบบแผนที่ถูกกระทบมากกว่า 1 ข้อ คือ แบบแผนที่ 6 (สติปัญญาและการรับรู้) ได้แก่ รู้สึกกลั่นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/เมื่อสัมผัสความเย็น และมีการย้ำคิดย้ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ นอกจากนี้บางแบบแผนจะถูกกระทบทั้งมากและน้อย คือ แบบแผนที่ 7 โดยเรื่องที่ถูกกระทบมาก คือ รู้สึกอับอายผู้อื่น และเรื่องที่ถูกกระทบน้อยคือ ไม่สามารถแต่งกายตามใจชอบ และมีอยู่ 1 รายที่ไม่ได้รับผลกระทบใดๆเลย

3. วิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ที่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมใช้มากที่สุด คือ วิธีเข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้านหรือก่อนนัดหมาย รองลงมา คือ ใช้วิธีเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก เข้าห้องน้ำบ่อยๆ อยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ ดื่มน้ำน้อยลง และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป ส่วนวิธีใช้น้ำยาดับกลิ่นตัว และฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน พบว่าทุกรายไม่เคยใช้วิธีดังกล่าว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวิธีการจัดการอาการกับชนิด ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ศึกษาที่ละตัวแปร ผลปรากฏว่า จำนวนวิธีการจัดการมีความสัมพันธ์กับชนิด และระดับความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ แต่ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่มีอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาเท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในท้องถิ่นอื่นได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน มีลักษณะบ้านสวน มีการเดินทางไปมาต่างถิ่นน้อย และลักษณะสังคมที่ไม่เร่งรีบเช่นเมืองใหญ่ จึงอาจส่งผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่อยู่ในชุมชนใหญ่ๆ ได้

2. ช่วงเวลาที่ศึกษาซึ่งเป็นช่วงของเทศกาลถือศีลอด ฤดูกาลซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และสภาพความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาในแต่ละกลุ่มให้มีความแตกต่างกันบ้าง เช่น บางคนกำลังเจ็บป่วย ก็จะไม่ถือศีลอด ทำให้

ดื่ม น้ำ หรือรับประทานยาต่างๆที่ส่งผลให้ปัสสาวะบ่อยและเร่งรีบได้ ในขณะที่บางกลุ่มที่ถือศีลอด จะงดดื่ม น้ำทั้งวัน อาจทำให้ปัสสาวะเร่งรีบลดน้อยลง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบอัตราความชุกของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีมุสลิมสูงถึงร้อยละ 57.9 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรจะให้ความสนใจ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เน้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพมีความตระหนักในปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่พบได้มากในผู้สูงอายุสตรีมุสลิม โดยการจัดอบรมให้มีความรู้ ทักษะที่ดี และมีการฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถวางแผนในการป้องกัน และแก้ไขภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้เจ้าหน้าที่ฝึกทักษะในเรื่องการค้นหาผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การประเมินชนิด ระดับความรุนแรง การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือระดับต้น หรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม

1.2 เจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญกับการลดระดับความรุนแรง ของปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสตรีมุสลิมจำนวนมาก โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด การไปประกอบพิธีกรรมที่มัสยิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของมุสลิมทุกคนที่จะต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยทีมสุขภาพควรหามาตรการการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ และครอบครัวในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดระดับความรุนแรงจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.3 พยาบาลควรมีการสอนศึกษาในชุมชน เพื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมและญาติมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยถ่ายทอดให้แก่ผู้นำชุมชน เพื่อสอดแทรกแผนการสอนเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ขณะที่มีการเรียนศาสนาซึ่งจะมีทุกสัปดาห์

1.4 ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวเป็นภาษามลายูท้องถิ่น เป็นสื่อการสอนโดยเน้นการป้องกันการเกิดในกลุ่มหลังคลอด และกลุ่มวัยหมดประจำเดือน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่จะเกิดตามมาในวัยสูงอายุ และเน้นการแก้ไขเพื่อลดอาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่กำลังประสบปัญหา เป็นต้น

1.5 ควรจัดตั้งคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุ หรือกรณีที่มีชมรมอยู่แล้ว อาจจะรวมกับชมรมผู้สูงอายุในสถานอนามัย หรือโรงพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แก้ไขปัญหาให้ลดลง หรือหมดไปตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

1.6 โดยทั่วไปพยาบาลชุมชนจะมีการเยี่ยมบ้าน หากพบผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ควรมีการเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ความรู้ ตลอดจนอธิบายให้สมาชิกที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญในครอบครัวได้รับทราบ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม โดยสร้างทัศนคติว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้มากกว่าการยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติที่พบในผู้สูงอายุ และควรสอนการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เพื่อลดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ที่ประสบปัญหา เนื่องจากขณะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้สอนผู้ประสบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทุกรายจะพึงพอใจ และมีความกระตือรือร้นในการฝึกบริหาร เนื่องจากต้องการให้หายขาด หรือลดอาการ เพื่อจะได้ละหมาด และไปประกอบพิธีกรรมที่มีสละสลวยได้

1.7 สนับสนุนให้มีพยาบาลชำนาญเฉพาะทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ โดยการส่งไปอบรมดูงาน ณ ต่างประเทศ ซึ่งจะมองครุฑที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะ เพื่อการพัฒนาโปรแกรม และแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรบรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการประเมินสภาพปัญหา ชนิด ระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และการดูแลผู้ที่ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในแต่ละชนิด ในหลักสูตรสำหรับนักศึกษาพยาบาลและหลักสูตรวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาอื่นๆ เพื่อจะได้มีความเข้าใจ มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่ประสบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และสามารถให้การวางแผนช่วยเหลือในการป้องกันและแก้ไขภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการลดระดับความรุนแรง หรือแก้ไขภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ บางกลุ่มใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ต่างๆแก่ผู้สูงอายุสตรีมุสลิม ต่อการจัดการกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ เช่น การใช้เทปกับการใช้คู่มือต่อการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และควรมีการศึกษาถึงผลของการละหมาดต่อการลดความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น

3.3 ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่อยู่ในชุมชนเมืองใหญ่ๆ หรือในโรงพยาบาล ที่มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ในการให้ความรู้ และหารูปแบบวิธีการจัดการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

3.4 ควรมีการศึกษาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในกลุ่มสตรีมุสลิมวัยหมดประจำเดือน เพื่อหาแนวทางป้องกัน และลดปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่จะเกิดในวัยสูงอายุ และหารูปแบบในการ

ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝึกขมิบก้นขณะนั่งละหมาดวันละ 5 เวลา โดยทำครั้งละ 5-10 ครั้ง เป็นการป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปิดสภาวะไม่อยู่เมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะมีโอกาสเกิดได้สูงขึ้น

บรรณานุกรม

- กฤษฎา รัตนโอฬาร. (2525). การวินิจฉัยภาวะปัสสาวะเลือดในผู้หญิง. รามาศิบัติเวชสาร, 5(3), 217-225.
- กฤษฎา รัตนโอฬาร. (2526). การรักษาภาวะปัสสาวะเลือดในผู้หญิง. แพทยสารทหารอากาศ, 29(1), 37-42.
- กฤษฎา รัตนโอฬาร. (2528). การรักษาภาวะปัสสาวะบ่อย และเร่งรีบด้วยวิธีการฝึกฝน กระเพาะปัสสาวะ. รามาศิบัติเวชสาร, 8(3), 108-112.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2543). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กาญจณี สิทธิวงศ์ และสุวีพร กมลวัฒน์นุกูล. (2540). รายงานการวิจัยการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของประชาชนในชนบท. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(3), 30-37.
- ชนิษฐา นาคะ. (2542). วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ. (2542). รายงานการประเมินผลการพัฒนาการสาธารณสุขประจำปี 2542 อำเภอจะนะ. ม.ป.ท.
- โครงการจัดตั้งวิทยาลัยอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 20-22 กรกฎาคม 2538. รายงานการสัมมนาทางวิชาการอิสลามเรื่อง อิสลาม: วิถีการดำเนินชีวิต. อัดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2530). ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู (หน่วยที่ 8-15). (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 810-846). นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2530). ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องกลิ่นปัสสาวะ. วารสารพยาบาล, 36(1), 58-69.
- จันทรา เจณณวาสิโน. (2536). กระบังลมหย่อน. ใกล้หมอ, 17(3), 90-91.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์, ยุทธนา อักษรนันท์, และวิญญารัตน์ ตันศิริ. (2531). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรรยรง. (2540). การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เดือน คำดี. (2541). ศาสนศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และกรรองกาญจน์ ศิริภักดี. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 15(2), 46-54.

ถนอมขวัญ ทวีบุรณ. (2542). ทำอย่างไรเมื่อกลิ้นปัสสาวะไม่อยู่. ในถนอมขวัญ ทวีบุรณและพัศมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), การดูแลตนเองในวัยทอง. (หน้า 53-57). กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2537). สังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

ทัศนีย์ นะแสง. (2542). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เหมการพิมพ์.

ถวิชัย งานสันติวงศ์. (2540). SPSS/PC+SPSS FOR WINDOWS: หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: บริษัท 21 เท็นจู้ จำกัด.

นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2538). การพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรีวัยกลางคนและวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาล. 10(2), 37-42.

บรรลु ศิริพานิช และคณะ. (2531). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

ประนอม แสงจันทร์. (2538). การพยาบาลผู้รับบริการที่มีปัญหาการขับถ่าย. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปฤศณา ภูวนันท์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะปัสสาวะเล็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(4), 8-17.

พรวิฑ์ อินทรโกเศษ. (2536). รายงานการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่างๆทางครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเลิศสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พระยาอนุমানราชธน. (2531). หมวดวัฒนธรรม รวมเรื่องเกี่ยวกับวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงศึกษาธิการ.

พันธุ์ ชันติกาโร. (2542). ประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์มุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พัสมณห์ คุ่มทวีพร. (2541). ระบบขับถ่ายปัสสาวะสำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.

พิชัย บุญยะรัตเวช. (2538). การถ่ายปัสสาวะผิดปกติและการรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง. (2539). ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ. ในวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (บรรณาธิการ), รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 4: สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ. (หน้า 57-76). กรุงเทพมหานคร: โอเอส พริ้นติ้งเฮาส์.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: บริษัทอัลลายด์เพรส จำกัด.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). ประชากรและตัวอย่าง. ในเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทัศนีย์ นะแส (บรรณาธิการ), วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 133-161). สงขลา: เทมการพิมพ์.

เพ็ญแข แสงแก้ว. (2541). การวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวิธีการจัดการกับตนเองต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ฟารีซะฮ. ชะฮีดะห์. (2541). สตรีมุสลิมควรเป็นทั้งผู้บริสุทธิ์และผู้มีการศึกษา. (กิติมา อมรหัต, ผู้แปล). ในจรัญ มะลูลีม (บรรณาธิการ), เมื่อดอกไม้บาน: รวมบทความเกี่ยวกับสตรีและเด็กในอิสลาม. (หน้า3-5). กรุงเทพมหานคร: อิสลามิก อะเคเดมี.

มานี ชูไทย, พิสมัย ฮาซาโนน, และสิริยา ยูซุฟี. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้บทบาทตนเองของอิมามต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมุสลิมในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.

มาลินี จิตรนีก. (2543). ชนิด ความรุนแรง ผลกระทบและการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่
อยู่ในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย
ลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ เสรีขจรกิจเจริญ. (2525). ภาวะเจริญพันธ์: การศึกษา
เปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธและไทยมุสลิม 2323 (เอกสารทางวิชาการหมายเลข 60). สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

ลีนา ตั้งกะนะภักย์. (2535). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้าน และแบบ
สมัยใหม่ของมารดามุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

ลักษณะ อินทร์กลับ. (2542). เพศสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 17(4), 5-14.

วชิร คชการ. (2539). Female stress urinary incontinence. วารสารยูโร. 17(21), 19-30.

วชิร คชการ. (2540). Female stress urinary incontinence. วารสารยูโร. 18(1), 1-8.

วชิร คชการ. (2541). Female stress urinary incontinence. วารสารยูโร. 19(1), 1-10.

วิวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และพัชรี ดันศิริ. (2536). ปัญหาที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการ
ขับถ่าย. ในจรัลวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์
ครั้งที่ 3, หน้า 137-179). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้
ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิทยา ธิปาพันธ์. (2533). กลั้นปัสสาวะไม่อยู่. วารสารศูนย์แพทยศาสตร์. 16(4), 186-190.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์. ม. ป. ท.

วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ลิ้นพุกุล, และสมจินต์
เพชรพันธุ์ศรี. (2539). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 13(3), 119-121.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536). พฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุน. วารสารพยาบาล
ศาสตร์. 11(2), 71-73.

วิไลวรรณ สันธิศิริ. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้. ฝ่ายการพยาบาล งาน
การพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์อโรปิติกส์. ม. ป. ท.

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และระวีวรรณ ชุ่มพุกภักดิ์. (2531). ความคิดเห็นของข้าราชการระดับปฏิบัติงาน ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เกี่ยวกับเรื่องประชากรและการอนามัย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพร สฐิตะฐาน. (2533). เอกสารการสอนชุดวิชาความเชื่อและศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 1-7). นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2542). วิธีใช้โปรแกรม SPSS ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ. ม. ป. ท.

ศิริพร ชัมภลลิขิต, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และธีรบุษ ห่านิรติศัย. (2539). แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: เทมการพิมพ์.

ศิริพร เจริญวัฒน์. (2539). ผลของการบริหารกล้ามเนื้อผีเย็บต่อการกลับปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. สารศิริราช, 38(3), 195-199.

สมพันธ์ หิญชีหิณันท์. (2521). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. ในสมพันธ์ หิญชีหิณันท์ และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา. (หน้า 221-240). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และนวนตา อาภาศัพท์กุล. (2530). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่อาศัยในชุมชนแออัด. ม. ป. ท.

สาเหะฮับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ. (2532). การรักษาสุขภาพตามแนวทางอิสลาม. ปัตตานี: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักงานสายสัมพันธ์. (2524). อิสลามกับการวางแผนครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสายสัมพันธ์.

สินีนุช รัตนสมบัติ. (2540). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุชาย สุนทรภา, ธงชัย พรรณลาภ, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, และโชติ พาณิชกุล. (2529). URINARY INCONTINENCE. วารสารยูโร, 9(9), 62-68.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2535). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 11, 821-827.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุนันทา พงศ์ไพบุลย์ และสุนันท์ ศรีวิรัตน์. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยของประชากรและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการได้รับบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสงขลา. งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

สุวณีย์ ศรีสุพรรณดิฐม, พวงเพ็ญ ริมดุสิต, และปรีญา ริมดุสิต. (2523). ผ่าตัดเล็กทางสูติ-นรีเวช. โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิมพ์เนต.

เสถียร พันธรังษี. (2542). ศาสนาเปรียบเทียบ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ.

เสาวณีย์ รุจิระอัมพร-จิตต์หมวด. (2522). วัฒนธรรมอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญผล.

โสภา หอยสังข์. (2541). ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

หมอบ้านนอก. (2543). ข้าวร่วงถึงข้าวรก: ปัญหาปัสสาวะเล็ด. วารสารหมออนามัย, 9(5), 47-51.

อนุพันธ์ ดันติวงศ์. (2538). การถ่ายปัสสาวะปกติในผู้หญิงไทยสูงอายุ. สารศิริราช, 47(10), 903-908.

อาภา ใจงาม. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 162-179). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

อารีรัตน์ สิริวณิชชัย. (2541). ประสบการณ์การดูแลตนเองหลังคลอดของหญิงมุสลิมที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อินทิรา พัวสกุล. (2542). การดูแลทางด้านกายและใจของผู้สูงอายุ. เพื่อนสุขภาพ, 1(11), 25-26.

อุทัยวรรณ ศิลาโท. (2527). การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ: ปัญหาและแนวทางในการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 33(4), 348-353.

อุมร์ฟารุค อะบูบักร์ ทารี. (2541). การศึกษาของสตรีในอิสลาม. (กิติมา อมรทัต, ผู้แปล). ใน จรัญ มะลูลีม (บรรณาธิการ), เมื่อดอกไม้บาน: รวมบทความเกี่ยวกับสตรีและเด็กในอิสลาม. (หน้า 7-11). กรุงเทพมหานคร: อิสลามิก อะเคเดมี.

Anderson, J. M. & Elfert, H.(1989). Managing chronic illness in the family: Women as caretakers. Journal of Advanced Nursing, 14, 735-743.

Ashworth, P. D., & Hagan, M. T. (1993). The meaning of incontinence: A qualitative study of non geriatric urinary incontinence sufferers. Journal of Advance Nursing, 18, 1415-1423.

Bartholomew, L. K., et al. (1993). Performance objectives for the self management of cystic fibrosis. Patient Education and Counseling, 22, 15-25.

Bo, K., Talseth, T., & Home, L. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercise, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. British Medical Journal, 318(182), 487-493.

Boonsue, P., Yuenyao, P., & Pengsaa, P. (1995). The effectiveness of bladder training with or with out medications: In relieving bladder dysfunction. Thai Cancer Journal, 21(2), 51-56.

Breakwell, S. L., & Walker, S. N. (1988). Difference in physical health, social interaction, and personal adjustment between continence and incontinence homebound aged women. Journal of Community Health Nursing, 5(1), 19-31.

Brown, J. S., et al. (1998). Urge incontinence: The patient' s perspective. [CD-ROM]. Journal of Women's Health, 7(10), 1263-1269. Abstract from: MEDLINE.

Brown, J. S., et al. (1998). Urge incontinence: The patient's perspective. [CD-ROM]. Journal of Women's Health, 7(10), 1263-1269. Abstract from: MEDLINE.

Burgio, K. L., & Goody, P. S. (1997). Behavioral interventions for incontinence in ambulatory geriatric patients. The American Journal of the Medical Sciences, 314(4), 257-261.

Burgio, L. D., Jones, L. T., & Engel, B. T.(1988). Studying incontinence in an urban nursing home. Journal of Gerontological Nursing, 14(4), 40-45.

Caudle, P., & Chen, S. (1992). Care of women. In M. J. Clark (Ed.), Nursing in the community. (pp. 491-521). Norwalk: Appleton & Lange.

Cella, M. (1988). The nursing costs of urinary incontinence in a nursing home population. Nursing Clinics of North America, 23(1), 159-168.

Chaliha, C., & Stanton, S. L. (1999). The ethnic cultural and social aspects of incontinence. [CD-ROM]. International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction, 10 (3), 166-170. Abstract from: MEDLINE.

Consensus Conference. (1989). Urinary incontinence in adults. JAMA, 261(18), 2685-2690.

Controlling urinary incontinence. (1997). New England Journal of Medicine. www.onhealth.com/conditions/in-depth/item%2C2354-1-1.asp

Costa, P., & Mottet, N. (1997). Assessing the impact of urinary incontinence in a female population. European Urology, 32(suppl. 2), 25-27.

Couture, J. A., & Valiquette, L. (2000). Urinary incontinence. ANNALS of Pharmacotherapy, 34(5), 646-655.

Creason, N. S., Burgener, S. C., & Farrand, L. (1992). Guidelines for assessment of incontinence in elderly institutionalized women. Geriatric Nursing, March/April, 76-79.

Dandy, D. (1999). Assessment tool promotes continence after childbirth. Nursing Times, 95(28), 42-43.

Diokno, A. C., Brock, B. M., Brown, M. B., & Herzog, A. R. (1986). Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. The Journal of Urology, 136, November, 1022-1025.

Dioko, A. C., et al. (1995). Epidemiology and psychosocial aspects of incontinence. Urologic Clinics of North America, 22, 481-485.

Dowell, C. J., Bryant, C. M., Moore, K. H., & Simsons, A. M. (1999). Calculating the direct costs of urinary incontinence: A new test instrument. [CD-ROM]. BJU-International, 83 (6), 596-606. Abstract from: MEDLINE.

Dring, R. (1989). The informal caregiver responsible for home care of the individual with cognitive-dysfunction following brain injury. Journal of Neuroscience Nursing, 21(1), 42-45.

Eliopoulos, C. (1993). Gerontological Nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Eliopoulos, C. (1997). Gerontological Nursing. (14th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Engberg, S. J., McDowell, B. J., Burgio, K. L., Watson, J. E., & Bell, S. (1995). Self-care behaviors of older woman with urinary incontinence. Journal of Gerontological Nursing, 21(8), 7-14.

Fantl, J. A. (1998). Behavioral intervention for community-dwelling individuals with urinary incontinence. UROLOGY, 51(suppl. 2A), 30-33.

Fitzgerald, S.T., Palmer, M. H., Berry, S., & Hart, K. (2000). Urinary incontinence impact on working women. AAOHN Journal, 48(3), 112-118.

Fonda, D. (1997). Promoting continence as a health issue. European Urology, 32 (suppl. 2), 28-32.

Freeman, L. (1999). Continence care: Home and dry. Nursing Times, 95(26), 44-45.

Gavira-Lglesias, F. J., et al. (2000). Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of Spanish rural population. [CD-ROM]. Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences, (55)4, M207-214. Abstract from: MEDLINE.

Ghoniem, G. M. (2000). Surgical management intrinsic sphincter deficiency in women. [CD-ROM]. Current Opinion Urology, 10(3), 245-250. Abstract from: MEDLINE.

Glavind, K., Mouritsen, A. L., & Lose, G. (1998). Treatment of stress and urge incontinence in women. [CD-ROM]. Ugeskr-Laeger, 160(2), 157-162. Abstract from: MEDLINE.

Glavind, K., Mouritsen, A. L., & Lose, G. (1999). Management of stress and urge incontinence in women. [CD-ROM]. Acta Obstet Gynecol Scand, 78, 75-81. Abstract from: MEDLINE.

Goldstein, M., Hawthorne, M. E., Engberg, S., McDowell, B. J., & Burgio, K. (1992). Urinary incontinence people do not seek help. Journal of Gerontological Nursing, 18(4), 15-20.

Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Hampel, C., Wienhold, D., Benken, N., Eggersmann, C., & Thieroff, J. W. (1997). Prevalence and natural history of female incontinence. European Urology, 32(suppl. 2), 3-12.

Herzog, A. R., Fultz, N. H., Normolle, D. P., Brock, B. M., & Diokno, A. C. (1989). Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community. Journal American Geriatrics Society, 37(4), 339-347.

Hu, T. W. (1990). Impact of urinary incontinence on health care costs. Journal American Geriatrics Society, 38(3), 292-295.

Jackson, S. (1997). The patient with an overactive bladder symptoms and quality of life issues. UROLOGY 50(suppl. 6A), 18-22.

Jacobs, M. M., & Geels, W. (Eds.). (1985). Signs and symptoms in nursing: Interpretation and management. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Jansen, P. (1999). Section six: Urinary disorder secondary to other disease process. In P. L. Swearingen & D. G. Ross (Eds.), Manual of Medical-Surgical Nursing Care: Nursing interventions and collaborative management. (14th ed., pp. 177-193). St. Louis: Mosby.

Janssen, T. L., & Weel, C. V. (1998). Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. British Journal of General Practice, 48, 1735-1738.

Jitapunkul, S., & Khovidhunkit, W. (1998). Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey Slum. Journal Medical Association Thailand, 81(3), 160-168.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandrasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey Slum. Journal of the Medical Association Thailand, 77(5), 231-238.

Jolleys, J. V. (1988). Reported prevalence of urinary incontinence in women in general practice. British Medical Journal, 296, 1300-1302.

Kaplan, M. M. (2001). Coping with urinary incontinence. Urology Associates of West Broward. Caregiver. Com. Inc.

Keller, S. L. (1999). Urinary incontinence: Occurrence, knowledge, and attitudes among women aged 55 and older in a rural Midwestern setting. [CD-ROM]. Journal Wound Ostomy Continence Nursing, 26(1), 30-38. Abstract from: MEDLINE.

Kogan, H. N., & Betrus, P. A. (1984). Self-management: A nursing mode of therapeutic influence. Advantage in Nursing Science, 6(4), 55-73.

- Lagro-Janssen, T. L., Smits, A. J., & Weel, C. V. (1990). Women with urinary incontinence: Self-perceived worries and general practitioners' knowledge of problem. British Journal of General Practice, *40*, 331-334.
- Larson, P. J., et al. (1994) . A model for symptom management. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, *26*(4), 272-276.
- Mahony, C. (1997). The impact of continence problems on self-esteem. Nursing Times, *93*(52), 58-60.
- Mcbride, R. E. (1996). Assessing and treating urinary incontinence. Home health care, *14*(1), 27-32.
- McDowell, B. J., Engberg, S., Weber, E., Brodak, L., & Engberg, R. (1994). Successful treatment using intervention of urinary incontinence in homebound older adult. Geriatric Nursing, *15*(6), 303-307.
- Meiner, S., Levy, R., & Mueth, E. (1996). Behavioral management of altered patterns of urinary incontinence elimination in women. Medsurg Nursing, *5*(1), 11-19.
- Milne, J. (2000). The impact of information on health behaviors of older adults with urinary incontinence. Clinical Nursing Research, *9*(2), 161-176.
- Mittiness, L. S. (1987). The management of urinary incontinence by community-living elderly. Gerontologist, *27*, 185-193.
- Moody, M. (1990). Incontinence: Patient problems and nursing care. Oxford: Heinemann Nursing.
- Newman, D. K. (1996). Urinary incontinence management in the USA: The role of the nurse. British Journal of Nursing, *5*(2), 78-88.
- NIH Consensus Statement 1988 Oct 3-5 ; 7(5): 1-32. Urinary incontinence in adult. [www. text. nlm.nih.gov/nih/cdc/www/71txt.html](http://www.text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/71txt.html)
- Nishizawa, O. (1997). Discussion: Assessment of symptoms in patients with an overactive bladder. UROLOGY *50*(suppl. 6A), 23-24.
- Norton, C. (1982). The effects of urinary incontinence in women. International Rehabilitation Medicine, *4*(1), 9-14.
- Norton, P. A., MacDonald, L. D., Sedgwick, P. M., & Stanton, S. L. (1988). Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. British Medical Journal, *297*, 1187-1189.

- Ory, M. G., Wyman, J. F., & Yu, L. (1986). Psychosocial factor in urinary incontinence. Clinics in Geriatric Medicine, 2(4), 657-671.
- Ouslander, J. G. (1981). Urinary incontinence in the elderly. The Western Journal of Medicine, 135(6), 482-491.
- Palmer, M. (1994). Level 1: Assessment and management of urinary incontinence in nursing home. Nurse Practitioner Forum, 5(3), 152-157.
- Palmer, M. H., Fitzgerald, S., Berry, S. J., & Hart, K. (1999). Urinary incontinence in working women: An exploratory study. Women & Health, 29(3), 67-82.
- Palmer, P. M., Bone, L. R., Fahey, M., Mamom, J., & Steinwachs, D. (1992). Detecting urinary incontinence in older adults during hospitalization. Applied Nursing Research, 5(4), 174-180.
- Palmer, R. M. (1999). Geriatric assessment. Medical Clinics of North America, 3(6), 1503-1523.
- Penn, C., et al. (1996). Assessment of urinary incontinence. Journal of Gerontological Nursing, 22(1), 8-19.
- Pierson, C. A., & Mishler, M. A. (1999). Interventions for clients with urinary problem. In D. D. Ignatavicius & M. L. Workman (Eds.), Medical-Surgical Nursing Across the health Care Continuum. Volume 2. (3rd ed., pp.1827-1838). London: W. B. Saunders company.
- Resnick, N. M. (1985). Management of urinary incontinence in the elderly. The New England Journal of Medicine, 313(13), 800-805.
- Rowe, J., et al. (1989). Reaching a consensus on incontinence. Geriatric Nursing, March/April, 78-80.
- Rutledge, D.L. (1995). "RAP"id Assessment of UI. Unpublished manuscript. n. p.
- Sampelle, C. M., et al. (1997). Continence for women: Evidence-base practice. JOGNN, 26(4), 375-384.
- Sampelle, C. M., et al. (1998). Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 91(3), 406-412.
- Sandvic, H. last updated 16.03. 96. Cost and consequences of incontinence. www.uib.no/isf/people/doc/cost.htm

Seim, A., Hermstad, R., & Hunakaar, S. (1998). Female urinary incontinence: Long term follow up after treatment in general practice. British Journal of General Practice, 48, 1731-1734.

Skoner, M. M. (1994). Self management of urinary incontinence among women 31 to 50 years of age. Rehabilitation Nursing, 19(6), 339-343.

Sorofman, B., Tripp-Rimer, T., Lauer, G. M., & Martin, M. E. (1990). Symptom self-care. Holistic Nursing Practice, 4(2), 45-55.

Steers, W. D., & Zorn, B. H. (1997). Urinary incontinence. In M. I. Resnick & R. A. Older (Eds.), Diagnosis of Genitourinary Disease. (2nd ed., pp. 517-528). New York: Thieme.

Swithinbank, L. V., et al. (1999). Urinary symptoms and incontinence in women: Relationships between occurrence, age, and perceived impact. British Journal of General Practice, 49, 897-900.

Taft, C. (1999). A team approach to managing urinary incontinence. Geriatric Nursing, 20(2), 94-97.

Tanagho, E. A. (1995). Urinary incontinence. In E. A. Tanagho & J. W. McAninch (Eds.), Smith's General Urology. (14th ed., pp. 536-551). London: A Simon & Schuster company.

Temml, C., Haidinger, G., Schmidbauer, J., Schatzl, G., & Madersbacher, S. (2000). Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. [CD-ROM]. Neurourology and Urodynamics, 19(3), 259-271. Abstract from: MEDLINE.

Thom, D. (1998). Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community effects of differences in definition, population characteristics, and study type. [CD-ROM]. Journal America Geriatric Society, 46(4), 473-480. Abstract from: MEDLINE.

Thomas, G. J., Hendriksen, C., L and, E., & Edith, S. (1987). Is growing old a disease? A study of the attitudes of elderly people to physical symptoms. Journal Chronic Disease, 40(12), 1095-1098.

Thomas, H. A., Plymat, K. R., Blannin, J., & Meade, T. W. (1980). Prevalence of urinary incontinence. British Medical Journal, 281, 1243-1245.

Tunink, P. M. (1988). Alteration in urinary elimination. Journal of Gerontological Nursing, 14, 25-30.

Valerius, A. J. (1997). The psychosocial impact of urinary incontinence age 25 to 45 years. [CD-ROM]. Urological Nursing, 17(3), 96-103. Abstract from: MEDLINE.

Vetter, N. J., Jones, D. A., & Victor, C. R. (1981). Urinary incontinence in the elderly at home. Lancet, December, (5), 1275-1277.

Wilson, P. D., Herbison, R. M., & Herbison, G. P. (1996). Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 103, 154-161.

Woodtli, M. A. (1993). Assessing urge incontinence in elderly women. Geriatric Nursing, 14(1), 19-22.

Wyman, J. F., Fantl, J. A., McClish, D. K., & Bump, R. C. (1998). Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. General Obstetrics and Gynecology, 179(4), 999-1007.

Wyman, J. F., Harkins, S. W., & Fantl, J. A. (1990). Psychosocial impact of urinary incontinence in the community – Dwelling population. Journal American Geriatrics Society, 38(3), 282-288.

Wyman, J. F., Harkins, S.W., Choi, S. C., Taylor, J. R., & Fantl, J. A. (1987). Psychosocial impact of urinary incontinence in women. Obstetrics and Gynecology, 70(3), 378-381.

Yarnell, J. G., Voyle, G. J., Richards, C. J., & Stephenson, T. P. (1981). The prevalence and severity of urinary incontinence in women. Journal of Epidemiology and Community Health, 35, 71-74.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์อาการกล้ามเนื้อสภาวะไม่
อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบและวิธีการจัดการอาการ

1. แพทย์หญิงรัตนา ลีลาวัดมน่า ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์อดิสร อภิวัฒน์การุณ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. แพทย์หญิงมณฑิรา มฤคทัต ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ดร. ขนิษฐา นาคะ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
5. อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉันชื่อ จุรี จอนนุ้ย เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบและวิธีการจัดการอาการตนเองต่อภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิม จึงใคร่ขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ถ้าหากคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอสัมภาษณ์และสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อสุขภาพ ความพอใจต่อชีวิตความเป็นอยู่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนวิธีการจัดการแก้ปัญหาต่อภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มมุสลิมที่ประสบภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ตลอดจนการเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ด้วยตนเองต่อไป ไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อคุณ และคุณมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลใดๆต่อการรับบริการทางสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากคุณเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในรูปของข้อมูลผู้สูงอายุสตรีมุสลิม

ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยประการใด ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของคุณ และดิฉันจะสอนวิธีฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อแก้ไขภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่หากคุณต้องการ

จุรี จอนนุ้ย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

อาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบและวิธีการจัดการ
คำชี้แจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ

ชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

รหัสผู้สัมภาษณ์ ()

สำหรับผู้วิจัย

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ () () อยู่ในตำบล.....หมู่บ้าน.....

() () A1-A2

1. อายุ.....ปี () () A3-A4
2. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก () A5
3. จบการศึกษาสูงสุดชั้น () ประถม () มัธยม () อาชีวะ () A6
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆระบุ.....
10. ปัจจุบันท่านมีการทำละหมาดทุกวันหรือไม่
() ทำ.....ครั้ง/วัน () A55
() เลิกทำแล้ว เพราะ.....
16. ท่านเริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตั้งแต่เมื่อใด () A61
() ไม่เกิน 6 เดือน () มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน
() 1-5 ปี () เกิน 5 ปี ขึ้นไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง

ใช้ถามเฉพาะผู้ให้ประวัติมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับอาการของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ท่านมีอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)

	ไม่มี	มี	
1. ปัสสาวะเล็ด			
1.1 ปัสสาวะเล็ดพร้อมกับการไอ จาม หัวเราะหรือออกแรง.....			()B1
1.2 ปัสสาวะเล็ดออกมาจำนวนน้อยหรือปัสสาวะเป็นหยดๆเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ.....			()B2
3. ปัสสาวะซึมออกโดยไม่รู้ตัว			
3.1 ปัสสาวะซึมโดยควบคุมไม่ได้ร่วมกับอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก (ต้องเบ่งมาก หรือนานกว่าจะออก ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่ง).....			()B5
4.6 ปัสสาวะรดเนื่องจากมีความเจ็บปวดเกิดแก่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง จนไม่อยากเคลื่อนไหว เช่น ปวดเข่า.....			()B13

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

- ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ ()B15.
 - () เล็กน้อย (ไม่ก็หยดเปียกผ้าถุงปาโต๊ะไม่เกิน 1 ฝ่ามือหรือไม่เกิน 1/2 ช้อนโต๊ะ)
 - () มาก (เปียกผ้าถุงปาโต๊ะมากกว่า 4 ฝ่ามือหรือมากกว่า 2 ช้อนโต๊ะ)
2. ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ()B16
 - () เล็กน้อย/เดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ

คำชี้แจง

1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่เป็นผลกระทบ ที่ตรงกับสิ่งที่เคยเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นในปัจจุบันตรงกับผู้สูงอายุมากที่สุด

2. การที่ท่านมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีอาการปัสสาวะเล็ด รัด) ทำให้มีผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุในเรื่องอะไรบ้าง และมีผลกระทบดังกล่าวมาน้อยเพียงใด

หมายเหตุ ไม่มีผลกระทบ หมายถึง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่มีผลกระทบอะไรเลย และไม่ทำให้

ผู้สูงอายุเดือดร้อน

ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ	ไม่มี	มี		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
<p>เมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้มีผลต่อตัวท่านดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลเสียต่อสุขภาพอย่างหนึ่งของตนเอง 2. ในขณะที่เข้าห้องน้ำต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อให้สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา 3. ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้งเนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปื้อนน้ำปัสสาวะ <p>9. เคยมี/มีท้องผูก</p> <p>10. ทำงานหนักได้น้อยลง เนื่องจากจะทำให้มีปัสสาวะเล็ด</p> <p>38. ไม่สามารถประกอบพิธีกรรม เช่น การถือศีลอด การไปมัสยิดได้ตามปกติ</p>				

ชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง

1. ให้ผู้สูงอายุระบุวิธีการจัดการเมื่อมีอาการของปัสสาวะเล็ด รั่ว ที่ผ่านมา (ตอบได้หลายข้อ) และเหตุผลของการใช้วิธีการจัดการดังกล่าวในช่องหมายเหตุ (ถ้ามี)
2. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ตามวิธีการที่ผู้สูงอายุใช้จัดการเมื่อมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้ผู้สูงอายุตอบตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติ หรือเคยปฏิบัติต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ว่าใช้วิธีการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

หมายเหตุ ไม่เคยใช้ หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการใดๆ ในการจัดการเมื่อมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

วิธีการจัดการ	ไม่เคยใช้	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้เป็นประจำ
1. ดื่มน้ำน้อยลง			
2. ใช้ผลิตภัณฑ์ซึมซับ หรือผ้าอนามัย หรือผ้าเตี่ยว			
3. เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก			
12. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ปวดปัสสาวะเร็วกว่าปกติ			
13. ใช้น้ำยาดับกลิ่นตัว โดยระบุนิด.....เช่น โบมะกรูด กิฟฟารีน			
18. ให้ญาติช่วยเหลือโดยพูดคุยติดต่อกับเจ้าหน้าที่			
19. จัดการโดยวิธีอื่นๆ ระบุ.....			

ภาคผนวก ง
คู่มือสำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมในจังหวัดสงขลา: ผลกระทบและวิธีการจัด

การ

คำชี้แจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ

ชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์.....อยู่ในตำบล.....หมู่บ้าน.....

1.อายุ.....ปี

(อายุกี่ปี, ปีนี้ปีมะโรง วิธีการนับให้นับปีที่ผู้สูงอายุเกิดแล้วนับต่อไปเรื่อยๆจนกระทั่งถึงปีมะโรงในปัจจุบัน ปีที่ผู้สูงอายุใช้ คือ ขวด หลู ขาน เกาะ โรง สิงห์ เมีย แมว วอก กา จอ กุน)

2.สถานภาพสมรส โสด คู่ ม่าย/หย่า/แยก

(แฟนมีไหม)

3.จบการศึกษาสูงสุดชั้น ประถม มัธยม อาชีวะ ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆระบุ.....

(เรียนจบชั้นไหน)

10.ปัจจุบันท่านมีการทำละหมาดทุกวันหรือไม่

 ทำ.....ครั้ง/วัน เลิกทำแล้ว เพราะ.....

(ตอนนี้ยังทำละหมาดครบทุกวันไหม บางคนเรียกมะหยัง หรือสะมะหยัง)

16. ท่านเริ่มมีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ตั้งแต่เมื่อใด

 ไม่เกิน 6 เดือน มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน 1-5 ปี เกิน 5 ปี ขึ้นไป

(เริ่มกลั้นเยี่ยวไม่อยู่ตั้งแต่ครั้งแรกมานานเท่าไร, กี่วัน หรือกี่เดือน หรือกี่ปี)

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง

1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่เป็นผลกระทบ ที่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
2. การที่ท่านมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีอาการปัสสาวะเล็ด รด ราว) ทำให้มีผลกระทบต่อตัวท่านในเรื่องอะไรบ้าง และมีผลกระทบดังกล่าวมากน้อยเพียงใด
(เยี่ยวเล็ด ราว ทำให้เกิดผลเสีย หรือทำให้รู้สึกเดือดร้อนมากน้อยแค่ไหน ให้ลองนึกช่วงที่เยี่ยวปกติกับเมื่อมีอาการเยี่ยวเล็ด ราว ก่อให้ มะ (แม่) เดือดร้อนยังงัยบ้าง)

ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อแบบแผนสุขภาพ	ไม่มี	มี		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
<p>เมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้มีผลต่อตัวท่านดังนี้ (เมื่อมีเยี่ยวเล็ด ราว ทำให้เดือดร้อนยังงัยบ้าง)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลเสียต่อสุขภาพอย่างหนึ่งของตนเอง (คิดว่ามีผลเสียต่อสุขภาพ) 2. ในขณะที่เข้าห้องน้ำต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อให้สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา 3. ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้งเนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปียกน้ำปัสสาวะ 4. . 5. . 6. . 7. . 8. . 9. เคยมีมีท้องผูก 10. ทำงานหนักได้น้อยลง เนื่องจากจะทำให้ปัสสาวะเล็ด 11. . 12. . 13. . 14. . 15. . 16. . 17. . 18. . 19. . 20. . 21. . 22. . 23. . 24. . 25. . 26. . 27. . 28. . 29. . 30. . 31. . 32. . 33. . 34. . 35. . 36. . 37. . 38. ไม่สามารถประกอบพิธีกรรม เช่น การถือศีลอด การไปมัสยิดได้ตามปกติ 				

ชุดที่ 4 แบบประเมินวิธีการจัดการอาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
คำชี้แจง

1. ให้ผู้สูงอายุนิ่ววิธีการจัดการเมื่อมีอาการของปัสสาวะเล็ด รัด ที่ผ่านมา(ตอบได้หลายข้อ) และเหตุผลของการใช้วิธีการจัดการดังกล่าวในช่องหมายเหตุ (ถ้ามี)
2. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ตามวิธีการที่ผู้สูงอายุใช้จัดการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้ผู้สูงอายุตอบตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติ หรือเคยปฏิบัติต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ว่าใช้วิธีการดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

(แก้ปัญหาอย่างไรเมื่อมีเยี่ยวเล็ด รัด มะช่วยบอกว่าได้หาวิธีแก้ไขกับเรื่องเยี่ยวเล็ด รัด ยังไงบ้าง)
การถามจะต้องให้ผู้สูงอายุบอกว่าเขาใช้วิธีการใดบ้าง หลังจากนั้น จึงค่อยถามวิธีที่มีในแบบสอบถาม เพราะวิธีที่ผู้สูงอายุบอกมา น่าจะใช้บ่อยเป็นประจำ ส่วนวิธีอื่นๆ อาจเลือกใช้บางครั้งตามโอกาส

วิธีการจัดการ	ไม่เคยใช้	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้เป็นประจำ
1. ดื่มน้ำน้อยลง			
9. เข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด (เข้าห้องน้ำก่อนที่จะละหมาด หรือเดินทางไปที่ยื่น ทั้งๆที่ตอนนั้นไม่รู้สึกปวดเยี่ยว หรือปวดไม่มาก)			
19. การจัดการโดยวิธีอื่นๆ ระบุ..... (อื่นๆมีอีกไหม เช่น บางคนจะเจาะช่องไว้เยี่ยวเพราะไปห้องน้ำไม่ทัน บางคนหากระโถนตั้งไว้ใกล้ตัว)			

หลังสัมภาษณ์เสร็จกล่าวขอบคุณ และบอกว่าปัญหาของเขาสามารถแก้ไขให้อาการน้อยลง หรือหาย หรือไม่ให้เป็นมากขึ้นได้ โดยการฝึกเกร็งสะโพก ผู้วิจัยจะสอนและแนะนำวิธีการฝึกปฏิบัติให้

ภาคผนวก จ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามปริมาณและความบ่อยของการเกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่			รวม
	เล็กน้อย (<1/2 ช้อนโต๊ะ)	ปานกลาง (1/2-2ช้อนโต๊ะ)	มาก (>2ช้อนโต๊ะ)	
เล็กน้อย (เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่านี้)	45(25.9)	14(8.0)	3(1.7)	62(35.6)
ปานกลาง (เดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป)	27(15.5)	22(12.6)	30(17.2)	79(45.4)
มาก (เกือบทุกวัน หรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป)	3(1.7)	5(2.9)	25(14.4)	33(19.0)
รวม	5(43.1)	41(23.6)	58(33.3)	174(100.0)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามชนิดและระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ชนิดของภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	ระดับความรุนแรง						รวม	
	มาก		ปานกลาง		น้อย		จำนวนราย	ร้อยละ
	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวนราย	ร้อยละ		
ปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม	2	6.3	13	40.6	17	53.1	32	100.0
ปัสสาวะรด	14	50.0	13	46.4	1	3.6	23	100.0
ผสม	36	37.5	36	37.5	24	25.0	96	100.0
อื่นๆ	14	77.8	1	5.6	3	16.7	18	100.0
รวม	66	37.9	63	36.2	45	25.9	174	100.0

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอด และระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

จำนวนครั้งของการคลอด	ระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่					
	มาก	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	น้อย	ร้อยละ
1-3 ครั้ง	24	33.8	21	29.6	26	36.6
4-11 ครั้ง	42	42.0	42	42.0	16	16.0
รวม	66	38.6	63	36.8	42	24.6

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามชนิดและผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ

ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ	ชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่			
	stress	urge	mixed	other
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ต้องอาบน้ำหรือล้างส่วนล่างวันละมากกว่า 1 ครั้งเนื่องจากผ้าถุงหรือลำตัวเปื้อนน้ำปัสสาวะ	24(6.7)	25(17.4)	78(54.2)	17(11.8)
2. รู้สึกกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเห็นห้องน้ำ/เมื่อสัมผัสกับความเย็น	14(11.3)	23(18.6)	75(60.5)	12(9.7)
3. มีการย่ำคิดย่ำทำโดยการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ	22(19.0)	23(19.8)	64(55.2)	7(6.0)
4. ไม่สามารถระดมมาได้ตรงตามเวลา	22(19.1)	10(8.7)	68(59.1)	15(13.0)
5. รู้สึกอับอายผู้อื่น	21(19.3)	16(14.7)	67(61.5)	5(4.6)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจำนวนวิธีการจัดการอาการ

ชนิดของภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวนวิธีการจัดการอาการ			
	0-3 วิธี		4-12 วิธี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Stress	16	50.0	16	50.0
Urge	12	42.9	16	57.1
Mixed	54	56.3	42	43.8
Other	1	5.6	17	94.4

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับความรุนแรง และวิธีการจัดการอาการ

วิธีการจัดการอาการ	ระดับความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด	52	78.8	59	93.7	37	82.2
2. เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก	61	92.4	55	87.3	18	40.0
3. เข้าห้องน้ำบ่อยๆ	26	39.4	29	46.0	20	44.4
4. อยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ	29	43.9	18	28.6	10	22.2
5. ดื่มน้ำน้อยลง	22	33.3	16	25.4	14	31.1
6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป เนื่องจากไม่ทราบว่าห้องน้ำอยู่ที่ใด	26	39.4	18	28.6	8	17.8
7. หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล	27	40.9	15	23.8	9	20.0
8. พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหน/งดกิจกรรมนอกบ้าน	26	39.4	15	23.8	6	13.3
9. ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	15.1	10	15.9	5	11.1
10. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	12.1	8	12.7	3	6.7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามการรับรู้สภาพของปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การรับรู้สภาพของปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหา	69	39.7
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่เป็นปัญหา	105	60.3
รวม	174	100.0

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุสตรีมุสลิมที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกตามระดับความรุนแรง และวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

วิธีการจัดการเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	ระดับความรุนแรงและวิธีการจัดการ			
	ระดับความรุนแรงน้อย (0-3 วิธี)		ระดับความรุนแรงมาก (4-12 วิธี)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เข้าห้องน้ำล่วงหน้าก่อนออกจากบ้าน หรือก่อนละหมาด	22	75.9	34	75.6
เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก	8	27.6	42	93.3
เข้าห้องน้ำบ่อยๆ	7	24.1	25	55.6
ดื่มน้ำน้อยลง	6	20.7	19	42.2
อยู่ในที่ที่ใกล้ห้องน้ำ	2	6.9	24	53.3
ให้ญาติช่วยเหลือโดยพูดติดต่อเจ้าหน้าที่	2	6.9	3	6.7
หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะรั่ว	1	3.4	6	13.3
หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ไม่เคยไป	1	3.4	26	57.8
หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล	1	3.4	25	55.6
พยายามอยู่ที่บ้านไม่ไปไหน/งดกิจกรรมนอกบ้าน	-	-	26	57.8
ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-	-	9	20.0
รับประทานยาตามแพทย์สั่ง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-	-	8	17.8
ใช้กระโถนแทนการเข้าส้วม	-	-	6	13.3
งดการนั่งยองๆ	-	-	5	11.1
หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่กระตุ้นให้ปวดปัสสาวะเร็วกว่าปกติ	-	-	3	6.7
ใช้ผ้าเตี๋ย	-	-	3	6.7
ปรึกษาหมอบ้าน	-	-	1	2.2

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางจรี จอนนุ้ย
วัน เดือน ปีเกิด 10 ตุลาคม 2510

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาล และผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส	2531
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2537
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	2538
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2544

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงาน

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา
พ.ศ.2531-ปัจจุบัน