

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

วสันต์ชาย สุรมาตย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

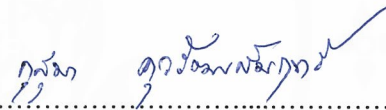
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน



นาย วสันต์ชาย สุธรมัตย์
ผู้วิจัย



อาจารย์ กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทย์ วิเศษสินธุ์,
พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



อาจารย์ วรรณภา ประไพพานิช,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์, พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

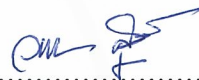
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



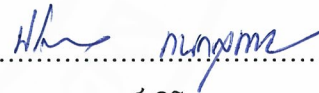
รศ.ดร.สมพร ชินโนรส,
วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นาย วสันต์ชาย สุรมาตย์
ผู้วิจัย



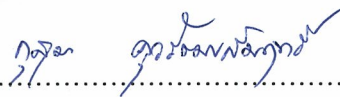
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทย์ วิเศษสินธุ์,
พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



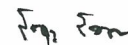
อาจารย์ วรรณภา ประไพพานิช,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์ กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน, พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ วิทย์ วิเศษสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ.ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิทย์ วิเศษสินธุ์ รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส คุณนงนุช ประสิทธิ์วิไล คุณวิภาพร ภูมมางกูร และคุณสุจินดา ไชยพยอม ที่กรุณารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณทิพย์เนตร งามกาละ ที่กรุณาเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล จนสามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วน ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านในงานบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานด้วยความมีมิตรไมตรีเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยคด ที่ให้โอกาสให้ผู้ศึกษาได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง ที่สนับสนุนให้ผู้ศึกษาจัดสรรเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างสะดวก รวมทั้งเป็นกำลังใจให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา ญาติพี่น้อง ที่มีส่วนช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษา และทำยที่สุดประโยชน์ของการศึกษานี้ ผู้ศึกษาขออุทิศส่วนกุศลให้นางมานิตย์ สุรมาตย์ มารดาที่ล่วงลับอันเป็นที่รักยิ่งซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ศึกษาสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

วสันต์ชาย สุรมาตย์

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE OF MALE PATIENTS
WITH OVERACTIVE BLADDER SYNDROME

วสันต์ชาย สุรมาตย์ 4937110 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, Ph.D. (NURSING), วรณภา ประไพพานิช, Ph.D. (NURSING), วิทย์ วิเศษสินธุ์, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยใช้กรอบแนวคิด แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Advanced Symptom Management Model) พัฒนาโดยดอดด์ และคณะ (Dodd, et al., 2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่ได้รับการรักษาหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกสัปดาห์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 110 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แบบสอบถามการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วย แพทย์พยาบาล และผู้ดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's product moment - correlation coefficient ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 42 ถึง 80 ปี อายุเฉลี่ย 65.85 ปี (S.D. = 8.28) อาการรบกวนที่พบมากที่สุด คือ อาการปัสสาวะเร่งรีบเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือน หรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อย (100%) ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาการรบกวนที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุดคือ ต้องตื่นเพื่อขับถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง (Mean = 3.61 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการของตนเองมากที่สุดคือ ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง (94.5%) รับรู้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยแพทย์มากที่สุดคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค (70.0%) กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่พยาบาลใช้มากที่สุดคือ การให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา (54.5%) กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่ผู้ดูแลใช้มากที่สุดคือ ดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน และให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ (80.9%) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของกลุ่มอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = -.617$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการตระหนักรู้ถึงอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน / ประสบการณ์การมีอาการ / กลวิธีการจัดการกับอาการ / คุณภาพชีวิต

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE OF MALE PATIENTS WITH OVERACTIVE BLADDER SYNDROME

VASUNSHINE SURAMATY 4937110 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KUSUMA KHUWATSAMRIT, Ph.D.
(Nursing), WONNAPHA PRAPAIPANICH, Ph.D. (NURSING),
WIT VISESHSINDH, M.D., F.A.C.S.

ABSTRACT

This descriptive research aimed at investigating symptom experiences, symptom management strategies, quality of life, and the relationship between symptom severity and quality of life of male patients with overactive bladder syndrome based on the conceptual framework of Advanced Symptom Management Model by Dodd and colleagues (2001). The study group consisted of 110 male patients with overactive bladder syndrome who sought treatment at the outpatient unit of the urology clinic an university hospital, Bangkok from March to December 2009. Data were collected by means of administered questionnaires including a demographic characteristics questionnaire, an overactive bladder questionnaire divided into two forms (symptom severity and health-related quality of life), and a questionnaire on symptom management strategies by patients, doctors, nurses, and their caregivers. Data were analyzed using descriptive and correlation statistics (Pearson's product moment - correlation coefficient).

The subjects ranged in age from 42 to 78 years ($\bar{x}$ = 65.85, S.D.=8.23). The most frequent bothersome symptom was urinary urgency (100%). The severity of syndrome was moderate. The most severe symptom was nighttime urination ($\bar{x}$ = 3.61). As for management strategies by themselves, the most frequent (94.5%) strategy used was going to the toilet before going to bed, going out, and travelling. As regards symptom management strategies by doctors, nurses, and their caregivers, the doctors gave them knowledge about the disease (70 %), nurses taught them to use medications according to the treatment plans and suggested what the effects were (54.5%), while their caregivers, wives (46.4%) and sons or daughters (30.9%) supported their daily activities (80.9%) as well as support their social activities and emotional status. The findings showed that the subjects' overall quality of life was at a moderate level. Finally, the severity of symptoms had significant adverse relation with their quality of life (r = -.617, p < .01)

The findings of this study can be used as a guideline to raise nurses' awareness of symptom experiences and symptom management strategies so they will able to provide more appropriate and effective nursing to male patients with overactive bladder syndrome.

KEY WORDS : SYMPTOM EXPERIENCES / MANAGEMENT STRATEGIES
AND QUALITY OF LIFE OF OVERACTIVE BLADDER
SYNDROME

141 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
คำถามในการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามศัพท์	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
การถ่ายปัสสาวะในเพศชาย	10
กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	11
คำจำกัดความ	11
พยาธิสรีรวิทยา	12
สาเหตุของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	13
กลไกการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	14
อุบัติการณ์/ความชุก	15
การวินิจฉัย	16
ผลกระทบจากอาการรบกวนในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	18

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd, et al., 2001)	20
ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	25
กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	27
คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	35
ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิต	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรเป้าหมาย	41
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	42
สถานที่ศึกษา	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย	46
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	50
ส่วนที่ 2 อาการรบกวน และความรุนแรงของการมีอาการ	55
ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล	57
ส่วนที่ 4 ผลของอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	60
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	61
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	63
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	72
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	73
ข้อจำกัดของการศึกษา	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	76
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	94
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก	คำชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
ภาคผนวก ข	หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
ภาคผนวก ค	การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ภาคผนวก ง	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ภาคผนวก จ	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
	- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
	- แบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
	- แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ
	- แบบสอบถามคุณภาพชีวิต
	- Scoring Manual for the OAB-q
ภาคผนวก ฉ	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ
ประวัติผู้วิจัย	141

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	51
4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการ กระเพาะปัสสาวะไวเกิน	56
4.3	จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล	58
4.4	พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)	61
4.5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรุนแรงของ กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)	62

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มี กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน	6

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Overactive bladder syndrome) เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการกักเก็บปัสสาวะโดยมีอาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) เป็นอาการนำซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) ร่วมด้วยก็ได้ มักพบร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย (frequency) และอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) โดยที่กลุ่มอาการนี้ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติจากสาเหตุอื่น (Abrams & Wein, 2000; Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier, Ulmsten, et al., 2002; Blaivas, 2002) ผู้ป่วยอาจมีอาการรบกวนข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน และต้องมีอาการเรื้อรังอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป (Abrams, et al., 2002)

การสำรวจอุบัติการณ์กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของทวีปยุโรป 6 ประเทศในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 16.6 (Milsom, Abrams, Cardozo, Roberts, Thüroff, & Wein, 2001) ในสหรัฐอเมริกาสำรวจพบประชากรกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไปมีกลุ่มอาการดังกล่าวร้อยละ 16.5 (Stewart, Van Rooyen, Cundiff, Abrams, Herzog, et al., 2003) และในทวีปเอเชียประเทศญี่ปุ่นมีการสำรวจในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปพบกลุ่มอาการดังกล่าวร้อยละ 12.4 (Homma, Yamaguchi, & Hayashi, 2005) นอกจากนี้มีการสำรวจอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มสตรีในประเทศไต้หวัน (Chen, Lin, Hu, Chen, & Lin, 2003) และกลุ่มพยาบาลในประเทศไทย (วิทยา ธิฐาพันธ์ และคณะ, 2545) พบอุบัติการณ์ดังกล่าวร้อยละ 19 และ 21.3 ตามลำดับ ในกลุ่มเพศชายจากการศึกษาในทวีปเอเชีย 11 ประเทศ พบว่ากลุ่มเพศชายในประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 63 และมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับสองรองจากประเทศไต้หวัน (Moorthy, Lapitan, & Lim, 2003) แต่เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไม่ใช่ปัญหาที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยจึงยอมรับความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ (Irwin, Milsom, Kopp, Abrams, & Cardozo, 2005; Milsom, 2006) มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้อง

(Scottish intercollegiate guidelines network, 2004; Homma, et al., 2005; Irwin, et al., 2005) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของประชากรทั่วไปที่มีการรายงานในปัจจุบันน่าจะต่ำกว่าที่เป็นจริง

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ และการดำเนินชีวิต (Abrams, et.al., 2000; Liberman, Hunt, Stewart, Wein, Zhou, & Herzog, et al., 2001; Stewart, Herzog, & Wein, 2001; Stewart, et al., 2003; Hu, Wagner, Bentkover, LeBlanc, Zhou, & Hunt, 2004) ทำให้ผู้ที่มิมีปัญหาดังกล่าวต้องหากกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยเองตามการรับรู้ประสบการณ์ และความเข้าใจที่แตกต่างกันไป (Burgio, Ives, & Locher, 1994) หรือรับการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบว่า ผู้ที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวจะเลือกกลวิธีการจัดการโดยสวมใส่ผ้าอ้อมกันซึม ถ่ายปัสสาวะก่อนออกจากบ้าน ก่อนนอน และก่อนเดินทาง หลีกเลี่ยงอาหารหรือยาที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ฝึกขมิบก้นกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (Sujinda Chaiparyorm, 2007) สำหรับกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจทางยูโรพลศาสตร์ (Urodynamics) เพื่อค้นหาสาเหตุความผิดปกติและบ่งชี้ยืนยันว่าเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอย่างชัดเจน มีการรักษาผู้ป่วยด้วยยา การผ่าตัด การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (วชิร ชขการ, 2546) สำหรับกลวิธีการจัดการกับอาการโดยพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุดคือ แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Sujinda Chaiparyorm, 2007) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ดูแลยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าว

ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเมื่อไม่ได้รับการรักษาและการจัดการอย่างถูกวิธี จะทำให้เกิดอาการรบกวนมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Kobert, Kirchberger, & Malone-Lee, 1999; O'coner, Johannesson, Hass, & Kobrit-Nguyen, 1998) โดยพบว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ หรือไม่สามารทำใจยอมรับได้ บางรายมีข้อจำกัดในการเดินทางหรือตัดสินใจการเดินทางไกลตลอดชีวิต (Kirbyw, Artibani, Cardozo, Chapple, Diaz, De Ridder, et al., 2006) นอกจากนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับผู้ที่ไม่มียากลุ่มอาการ (Liberman, et al., 2001; Stewart, et al., 2003) และกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Suvit Bunyavejchevin & Somneuk Veeranarapanich, 2005) พบว่า ผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มียากลุ่มอาการ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิต

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวในต่างประเทศมีการศึกษาทั้งในเพศหญิงและเพศชาย แต่ในประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มเพศชายที่ได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบว่ามีน้อย นักวิจัยบางท่านจึงเสนอแนะว่าควรจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Sujinda Chaiparyorn, 2007) เพื่อให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดังกล่าวในเพศชายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ บทบาทของเพศชายในสังคมไทยมีความหลากหลาย ทั้งบทบาทในครอบครัว สังคม การเมือง ส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้านเพื่อรับผิดชอบครอบครัว (ภัสสร ลิมานนท์, 2541) นอกจากนี้ ปัจจุบันเพศชายมีอายุขัยเพิ่มขึ้น และยังมีสุขภาพแข็งแรง (World Population data sheet, 2007; United Nations, 2007; สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2547; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ทำให้สามารถประกอบอาชีพและทำงานนอกบ้านได้แม้เกษียณอายุแล้ว ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีกลุ่มอาการ กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ และคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำการศึกษาในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Advanced Symptom Management Model) พัฒนาโดยดอดด์ และคณะ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Janice Humphreys, et al., 2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแบบจำลองนี้กล่าวว่าอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความทุกข์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุของการมีอาการและทำการรักษา โดยแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (outcomes)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการที่บุคคลเผชิญอยู่ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ ได้แก่ 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือ

ผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ตำแหน่ง ความบ่อย และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะมิติด้านการรับรู้อาการ และประเมินความรุนแรงของการมีอาการของผู้ป่วยเพศชายต่อกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ตามที่ International Continence Society ให้คำนิยามไว้ว่า ประกอบด้วยอาการปัสสาวะเร่งรีบ อาการปัสสาวะเล็ดราด อาการปัสสาวะบ่อย และอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Abrams, et al., 2002) ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าอาการดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกันจะรบกวนการดำเนินชีวิตของตน เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงการมีกลุ่มอาการทั้งหมดนี้ได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่สร้างโดย คอยน์ และคณะ (Coyne, Revicki, Hunt, Corey, Stewart, & Bentkover, 2002) สำหรับประเมินการมีอาการและความรุนแรงของการมีอาการ ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูงกว่าจะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าตามลำดับ (Sujinda Chaiparyorm, 2007)

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธีต่างๆ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จัดการกับใคร กลวิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไร ที่ไหน ทำไมต้องใช้กลวิธีการจัดการแบบนั้น ใช้อย่างไร และบ่อยแค่ไหน โดยการศึกษาครั้งนี้ จะศึกษากลวิธีที่ผู้ป่วยเพศชาย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลใช้จัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทั้งหมด

กลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล กลุ่มหนึ่งไม่ได้แสวงหาการรักษาเนื่องจากคิดว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย อีกกลุ่มหนึ่งแสวงหาการรักษา มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลที่ดูแล รวมทั้งปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการมีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่บุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการโดยแพทย์จะเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้ 4 ประเภทคือ 1) การใช้ยา 2) การไม่ใช้ยา 3) การผ่าตัด และ 4) การรักษาอื่นๆ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวมการใช้กลวิธีการจัดการที่กล่าวมาทั้งหมด ในส่วนกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยพยาบาล จำแนกได้ 2 ประเภท คือ 1) การดูแลโดยวิธีไม่ใช้ยา

และ 2) การดูแลโดยวิธีใช้ยา การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษากลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการดังกล่าวทั้ง 2 ประเภท ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งนอกเหนือจาก แพทย์ และพยาบาล ผู้ดูแลทำหน้าที่ในด้าน 1) การให้การดูแลโดยตรง 2) การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 3) การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนทางการเงิน (Horowitz, 1985 อ้างใน David, 1992) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษากลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยผู้ดูแลดังกล่าวทุกด้าน

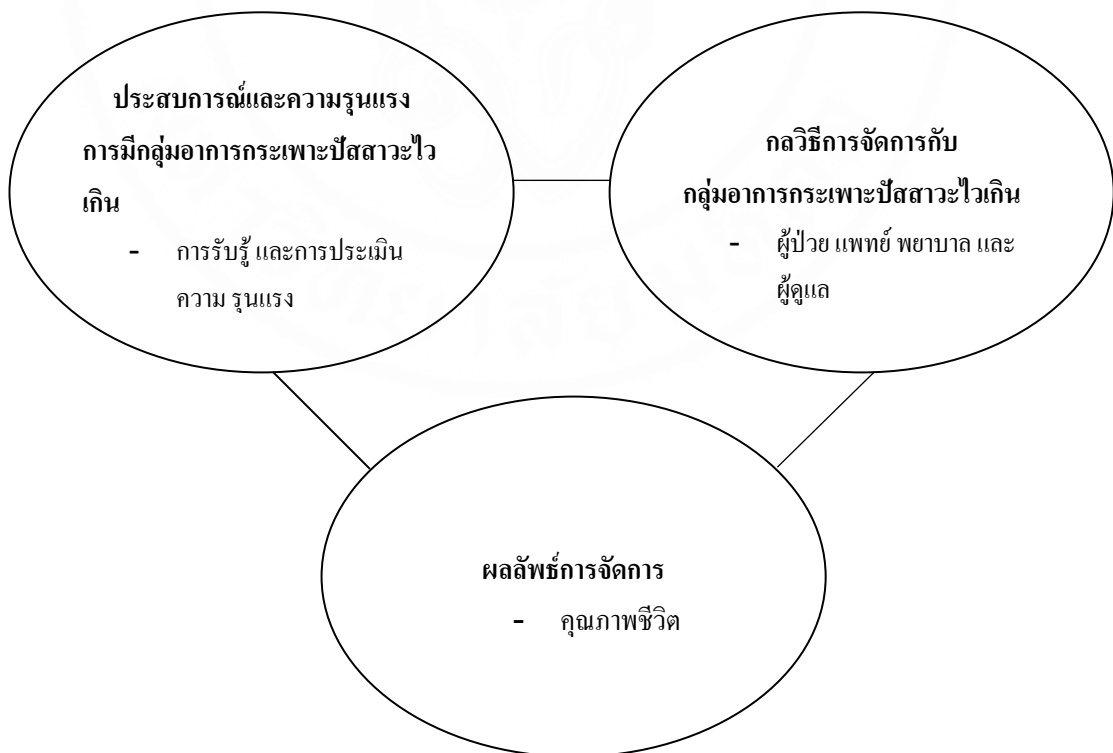
3. ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (outcomes) เป็นการรับรู้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการกับอาการในบุคคลแต่ละคน แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่าผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการจะครอบคลุมองค์ประกอบ 8 ด้าน คือ 1) สภาพอาการ (symptom status) 2) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) 3) สภาพอารมณ์ (emotional status) 4) การดูแลตนเอง (self-care) 5) อัตราตาย (mortality) 6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) 7) คุณภาพชีวิต (quality of life) และ 8) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity & co - morbidity) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบของผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อน การมีอาการรบกวนเรื้อรังย่อมมีผลกระทบด้านลบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Kirbyw, et al., 2006) โดยที่คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินความรู้สึกด้านบวกและลบต่อสภาพอาการจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเองซึ่งตรงกับแนวคิดที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550)

คุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทั่วไป และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเฉพาะ (Cramer & Spilker, 1998 อ้างใน พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเฉพาะที่สร้างโดยคอยน์ และคณะ (Coyne, et al., 2002) ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ 1) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) ด้านความวิตกกังวล 3) ด้านการนอนหลับ และ 4) ด้านการเผชิญปัญหา ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนต่ำกว่า (Sujinda Chaiparyorm, 2007)

อีกประการหนึ่ง แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (2001) กล่าวว่ายังมีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อโน้ตสั่นหลักทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) หมายถึง ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพัฒนาการ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) หมายถึง ประเพณี วัฒนธรรม

โครงสร้างทางกายภาพบ้านที่อยู่อาศัย และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) หมายถึง ความเสี่ยง ระยะเวลาความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทั้ง 3 ปัจจัย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอีกด้วย เนื่องจาก ดังที่กล่าวข้างต้นว่าการมีประสบการณ์การมีอาการ บอกให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคมมากน้อยตามความรุนแรงของการมีอาการที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลลัพธ์ทางด้านลบต่อสุขภาพโดยที่คุณภาพชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ สามารถประเมินเพื่อบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของการมีอาการได้



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีอาการอย่างไร และกลุ่มอาการมีความรุนแรงอย่างไร
2. ผู้ป่วยเพศชายมีกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยทั่วไปอย่างไร และรับรู้การจัดการกับกลุ่มอาการโดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลอย่างไร
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยทั่วไปเป็นอย่างไร
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วยเพศชาย
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วยเพศชาย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกลวิธีการจัดการกับอาการโดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินครั้งนี้ จะทำให้เกิดองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการพยาบาล การดูแลและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในประเทศไทย ซึ่งยังมีข้อมูลหรือรายงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย

นิยามศัพท์

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Over active bladder syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการรบกวนที่เกิดจากความผิดปกติการกักเก็บปัสสาวะ ประกอบด้วยอาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) เป็นอาการนำ หรืออาจมีอาการปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) ปัสสาวะบ่อย (frequency) ปัสสาวะตอนกลางคืน (nocturia) รวมด้วย โดยต้องมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

ปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) หมายถึง รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะจนแทบกลั้นไม่ได้ต้องรีบเข้าห้องน้ำ

ปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) หมายถึง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้เมื่อปวด ทำให้ปัสสาวะราดก่อนถึงห้องน้ำ

ปัสสาวะบ่อย (frequency) หมายถึง ถ่ายปัสสาวะมากกว่า 8 ครั้งใน 24 ชั่วโมง

ปัสสาวะตอนกลางคืน (nocturia) หมายถึง ตื่นขึ้นเพื่อถ่ายปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ละคืน

นิยามตัวแปร

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยประเมินจากแบบสอบถามการมี

อาการ Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ของคอยน์ และคณะ (Coyne et al., 2002) แบ่งระดับความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเป็น 3 ระดับคือ ความรุนแรงน้อย ความรุนแรงปานกลาง และความรุนแรงมาก

กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเพศชาย ตัดสินใจใช้จัดการบรรเทาอาการที่เกิดจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน รวมทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกลวิธีการจัดการกับอาการโดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดของดอดด์ และคณะ(2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง ความพึงพอใจหรือการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านวิธีการเผชิญปัญหา ด้านความวิตกกังวล ด้านการนอนหลับ และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยประเมินจากแบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ของ คอยน์และคณะ (Coyne, et al., 2002) แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตไม่ดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตดี

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัว คอยทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ หรือเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังไม่มีญาติ ผู้ดูแล หมายถึง เพื่อนบ้าน หรือคนรับใช้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. การถ่ายปัสสาวะในเพศชาย
2. กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
 - คำจำกัดความ
 - พยาธิสรีรวิทยา
 - สาเหตุของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
 - กลไกการควบคุมการถ่ายปัสสาวะในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
 - อุบัติการณ์/ความชุก
 - การวินิจฉัย
 - ผลกระทบจากอาการรบกวนในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
3. แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd, et al., 2001)
4. ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
5. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
6. คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
7. ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิต

การถ่ายปัสสาวะในเพศชาย

ระบบการทำงานของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างในเพศชาย ประกอบด้วย กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ หูรูดบริเวณ bladder neck, membranous urethra และหูรูดบริเวณ rhabdosphincter ที่ต่อมลูกหมาก การขับถ่ายปัสสาวะถูกควบคุมโดยประสาทไขสันหลังและสมองส่วนก้านสมอง ประสาทไขสันหลัง ควบคุมการเปิดปิดหูรูดต่างๆ ในกระเพาะปัสสาวะ สำหรับ

สมองส่วนก้านสมองควบคุมการทำงานประสานกันระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับหูรูด (วชิร คุชการ, และอุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2548)

การขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือขั้นตอนการกักเก็บปัสสาวะ และขั้นตอนของการถ่ายปัสสาวะ ในขั้นตอนของการกักเก็บปัสสาวะ(storage phase) กระเพาะปัสสาวะทำหน้าที่เป็นถุงเก็บปัสสาวะที่ผลิตมาจากไต และส่งผ่านมาทางหลอดไต กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor muscle) สามารถยืดตัวออกเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะมีความสามารถในการเก็บปัสสาวะมากขึ้นโดยที่แรงดันในกระเพาะปัสสาวะจะต่ำอยู่ตลอดเวลา ในระยะของการกักเก็บปัสสาวะหูรูดทุกแห่งจะปิดสนิทเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำปัสสาวะไหลราดออกมาและไหลย้อนกลับไปสู่ไต หากยังไม่พร้อมที่จะถ่ายปัสสาวะแม้จะมีปริมาณปัสสาวะมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะจะยังคงยืดตัวออกเพื่อกักเก็บปัสสาวะต่อไป ร่างกายจึงสามารถกลั้นปัสสาวะไว้ได้ (วชิร คุชการ, 2545)

สำหรับขั้นตอนของการถ่ายปัสสาวะ สมองจะสั่งการหลังจากรับรู้ถึงความตึงตัวที่ผนังกระเพาะปัสสาวะและอยู่ในสภาวะที่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ หรือแม้แต่ว่ากระเพาะปัสสาวะยังไม่เต็ม หากต้องการถ่ายปัสสาวะ สมองจะสั่งการลงผ่านทางไขสันหลังและระบบประสาทส่วนปลาย สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นลำดับแรกคือ หูรูดจะคลายตัว ตามมาด้วยการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้ขับปัสสาวะออกมาจนหมด ในสภาวะการถ่ายปัสสาวะปกติจะไม่มีน้ำปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะเลย นอกจากนี้หากต้องการหยุดถ่ายปัสสาวะกลางคันร่างกายสามารถทำได้โดยจะมีการสั่งการให้หูรูดชั้นนอกบีบตัว (วชิร คุชการ, 2545) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะและการกลั้นปัสสาวะอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจของมนุษย์

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Overactive Bladder syndrome)

1. คำจำกัดความ

อาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะเป็นที่รู้จักในวงการแพทย์มาช้านาน เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) แต่มีอาการบางประเภทที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของความผิดปกติได้จากปัญหาดังกล่าว International Continence Society (ICS) จึงได้บัญญัติคำสำหรับอาการเหล่านี้ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1988 ว่าเป็น อาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และนิยามความหมายว่า อาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน จัดเป็นอาการของโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยการตรวจทางยูโรพลศาสตร์เพื่อยืนยันว่ากล้ามเนื้อ detrusor มีการบีบตัวมากเกินไปโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อ detrusor ทำให้ความสามารถในการกักเก็บปัสสาวะของกระเพาะ

ปัสสาวะลดลง กำหนดเวลาการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (Hu, et al., 2004) และเกิดอาการที่รบกวนผู้ป่วย ได้แก่ ถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequency) มากกว่าวันละ 8 ครั้ง ปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) และปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) ซึ่งอาการรบกวนเหล่านี้นี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหรือเกิดหลายอาการร่วมกัน โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นผลจากโรคในกลุ่มเมตาบอลิก หรือพยาธิสภาพที่เกิดกับกระเพาะปัสสาวะเฉพาะที่ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นีว หรือ interstitial cystitis (Abrams, & Wein, 2000; Stewart, et al., 2003) จากการกำหนดความหมายของอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยสมาคม ICS ในครั้งนั้นทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความตระหนักถึงอาการดังกล่าวมากขึ้น (Abrams, et al., 2002) ทั้งนี้สมาคม ICS ได้จัดประชุมสมาชิกอย่างสม่ำเสมอและปรับปรุงเพิ่มเติมคำนิยามของอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมาโดยลำดับ ต่อมาในปี ค.ศ.2002 สมาคม ICS ได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมว่าอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการรบกวนของการถ่ายปัสสาวะเร่งรีบ เป็นอาการสำคัญหรืออาการเด่น นอกจากนั้นยังมีการปัสสาวะบ่อย และได้เพิ่มอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน เข้ามาเป็นอาการรบกวนอีกอาการหนึ่ง ส่วนอาการปัสสาวะเล็ดราดอาจเป็นอาการที่เกิดร่วมกับอาการข้างต้นหรือไม่เกิดก็ได้ อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากโรคหรือพยาธิสภาพที่ระบุได้ชัดเจน แต่นักวิชาการบางกลุ่มได้กล่าวว่าหากพบอาการรบกวนของการถ่ายปัสสาวะที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท สามารถวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้ (Milsom, et al., 2001) อย่างไรก็ตามการตรวจทางยูโรพลศาสตร์ไม่อาจทำได้กับผู้ป่วยทุกราย การซักประวัติอาการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติสามารถคัดกรองผู้ป่วยในขั้นต้นได้ ดังนั้นคำนิยามกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจึงเป็นการวินิจฉัยตามอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น (วชิร คุชการ, 2545)

สรุป กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตามที่ ICS กำหนด เป็นความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะแบบเรื้อรัง อาการที่ผิดปกติจะรบกวนผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วยอาการสำคัญคืออาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) ปัสสาวะบ่อย (frequency) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ซึ่งอาจมีอาการปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) เป็นอาการร่วม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้

2. พยาธิสรีรวิทยา

การถ่ายปัสสาวะเกิดจากการทำงานประสานกันของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เนื่องจากเมื่อกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระยะกักเก็บปัสสาวะ กระแสประสาท (neural impulse) จะส่งผ่าน pelvic nerves และไขสันหลังที่ระดับ lumbosacral ไปยัง subcortical และ cortical center ในสมอง ในระหว่างนี้ระบบประสาทส่วนกลางซึ่งอยู่เหนือไขสันหลังจะยับยั้งการถ่ายปัสสาวะทำให้

กระเพาะปัสสาวะกักเก็บได้โดยไม่รู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ เนื่องจาก cortical center ใน frontal lobe ช่วยยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะออกไป ดังนั้นถ้า cortical center สูญเสียการทำงานที่จากยาหรือจากโรค จะทำให้ความสามารถในการยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะออกไปเกิดความบกพร่อง

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน เกิดจากกระเพาะปัสสาวะหรือกล้ามเนื้อ detrusor มีการบีบตัวในระยะกักเก็บปัสสาวะที่ไวกว่าปกติจนไม่สามารถควบคุมการกักเก็บได้ จึงเกิดการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือปัสสาวะเล็ดราด (วชิร วิชาการ, 2545; Newman & Giovannini, 2002)

3. สาเหตุของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ส่วนมากมักจะไม่ทราบสาเหตุ ได้มีการตั้งทฤษฎีสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไว้ 2 ประการ คือ จากระบบประสาท (neurogenic theory) และจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (myogenic theory) (วชิร วิชาการ, 2545; Brading, 1997; De Groat, 1997)

3.1 สาเหตุจากระบบประสาท

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทมีหลายประการ ทำให้กระเพาะปัสสาวะที่มีการบีบตัวผิดปกติตามหลังโรคทางระบบประสาทเรียกว่า Neurogenic detrusor overactivity สาเหตุทางระบบประสาทอาจเกิดได้ตั้งแต่สมอง ก้านสมอง ซึ่งทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากไขสันหลังส่วน sacrum ที่ 2-4 ยังทำงานอยู่แต่โอกาสที่กระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวมากกว่าปกติจะเกิดได้มาน้อยเพียงใดขึ้นกับความรุนแรงและตำแหน่งของรอยโรค โรคของไขสันหลังรวมถึงเส้นประสาทส่วนปลายก็สามารถทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวผิดปกติได้เช่นกัน หรือกรณีที่มีรอยโรคอยู่ระหว่างก้านสมองส่วน pons กับไขสันหลังส่วน sacrum อาจจะมีการทำงานของกระเพาะปัสสาวะกับหูรูดไม่ประสานกัน (detrusor-sphincter dyssynergia) สาเหตุทางระบบประสาท อาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มแรงกระตุ้นกระแสปะสาจากกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีกระแสปะสาส่งออกมาจากกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น จะทำให้มีการตอบสนองจากระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น ตัวอย่างเช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson) เป็นโรคของสมองที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวผิดปกติได้ถึงร้อยละ 70-100 เนื่องจากขาดกระแสปะสาที่ส่งมายับยั้งการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ

ผู้ป่วยที่มีการบีบตัวผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ จะมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราด แต่จะไม่มีปริมาณน้ำปัสสาวะตกค้าง ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของหูรูดไม่ประสานกันร่วมด้วยจะมีน้ำปัสสาวะตกค้างร่วมด้วย

3.2 สาเหตุจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ

เกิดจากการเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะขึ้นมาเองจากการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้ไวต่อการกระตุ้น สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น ผู้ชายที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ถึงแม้ได้แก้ไขภาวะอุดกั้นแล้วแต่ยังพบว่ากระเพาะปัสสาวะยังมีการบีบตัวไวกว่าปกติ ทั้งนี้เกิดจากการที่มีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงมาเป็นระยะเวลานาน จะเกิดการทำลายปลายประสาทที่ลงมาควบคุมบางส่วน จึงทำให้เซลล์กล้ามเนื้อแต่ละเซลล์มีความไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น และยังทำให้ศักย์ไฟฟ้าระหว่างเซลล์มีการถ่ายเทหากันจึงทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวอยู่นอกเหนือการควบคุมได้

สรุป การเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินส่วนมากมักจะไม่ใช่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ปัจจัยที่อาจส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน อาจเกิดจากมีโรคทางระบบประสาท เช่น โรคทางสมอง โรคทางไขสันหลัง หรือมีสิ่งกระตุ้นที่กระเพาะปัสสาวะมากขึ้น เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ การขาดฮอร์โมนหลังวัยหมดประจำเดือน เคยได้รับรังสีบริเวณกระเพาะปัสสาวะ ก้อนมะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะและการอุดกั้นของกระเพาะปัสสาวะ

4. กลไกที่ทำให้เกิดการบีบตัวก่อนเวลาในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

กลไกที่แน่ชัดยังไม่ทราบชัดเจน แต่จากการศึกษาหลายรายงาน (De Groat, 1985 อ้างใน วิทยา ธิฐาพันธ์, 2546; Moor, Gilpin, Dixon, Richmond, & Sutherst, 1992 ;Brading, 1997) สามารถสรุปสมมติฐานของกลไกที่ทำให้เกิดการบีบตัวก่อนเวลาได้ดังนี้

4.1 ความบกพร่องของสมองในการสั่งการ เชื่อว่าเมื่อมี voiding reflex ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถส่งคำสั่งผ่าน sympathetic efferent fiber มายับยั้งการถ่ายปัสสาวะได้ จึงยังคงมี primitive voiding reflex อยู่

4.2 ความบกพร่องในการส่งสัญญาณ sympathetic system มายับยั้งการถ่ายปัสสาวะ เชื่อว่าเมื่อมี voiding reflex สมองส่วน pontine micturition center ยังสามารถสั่งการได้ตามปกติ แต่ sympathetic nervous system มีปัญหาไม่สามารถส่งสัญญาณมาตาม sympathetic efferent จึงไม่สามารถยับยั้งการถ่ายปัสสาวะได้

4.3 ความบกพร่องของช่วงเวลาในการปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ เชื่อว่าเมื่อมี voiding reflex นั้น sacral micturition center จะส่งสัญญาณไปยัง pontine micturition center สมองจึงสั่งการลงมาควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยผ่านทาง sympathetic nervous system ดังนั้นหากสมองรับสัญญาณจาก pontine micturition center ไม่ได้หรือได้ในเวลาที่

ไม่เหมาะสม ส่งสัญญาณไปยัง sympathetic fiber ซ้ำกว่าที่ควรเป็น ทำให้ไม่ทันที่จะควบคุมการถ่ายปัสสาวะที่กำลังถูกสั่งการโดย sacral micturition center

4.4 ความบกพร่องของปริมาณสัญญาณ sympathetic ที่จะควบคุม parasympathetic เชื่อว่า ในสตรีที่มีปัญหาบางอย่าง เช่น ผนังช่องคลอดบาง (vaginal atrophy) มีการติดเชื่อในทางเดินปัสสาวะ ภาวะเหล่านี้จะเพิ่มปริมาณสัญญาณของ parasympathetic afferent ไปยัง sacral micturition center มากขึ้น ทำให้ sacral micturition center ส่งสัญญาณผ่าน parasympathetic efferent เพื่อตอบสนองมากขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่สัญญาณจาก sympathetic efferent ที่จะควบคุมการถ่ายปัสสาวะยังส่งมาเท่าเดิม ผลก็คือจะเกิดการถ่ายปัสสาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้

5. อุบัติการณ์/ ความชุก

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบได้ในคนทุกเพศ ทุกวัย พบมากในผู้หญิง และอาการเพิ่มขึ้นตามอายุ มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์/ความชุกในกลุ่มประชากรในทวีปต่างๆ เช่น การศึกษาในทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย ดังนี้

5.1 การศึกษาในอเมริกาและยุโรป

มิลซัม และคณะ (Milsom, et al., 2001) ศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งเพศหญิงและเพศชายชาวยุโรป 6 ประเทศ คือ ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี สเปน สวีเดน และอังกฤษ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 16,776 ราย พบว่ามีผู้ที่มียกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 16.6 และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

แจน และคณะ (Jan, Tibor, Monaz, Donald, Jan, & Jan, et al., 2002) ศึกษาในผู้หญิงชาวสโลวาเกีย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 356 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 10.2

สจ๊วตและคณะ (Stewart, et al., 2003) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายชาวอเมริกันในสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,204 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 16.9 และ 16.0 ตามลำดับ

เทมม์ และคณะ (Temml, Heidler, Ponholzer, & Madersbacher, 2005) ศึกษาในกลุ่มประชากร(อายุ 20-91 ปี) เพศหญิง 1,219 ราย เพศชาย 1,199 ราย พบว่ามีผู้ที่มียกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 16.8 และ 10.2 ตามลำดับ

หากพิจารณาภาพรวมของอุบัติการณ์/ความชุกกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีการประมาณจำนวนผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายในอเมริกาและยุโรปจะอยู่ในราว 33 ล้านคน และ 49 ล้านคนตามลำดับ (Milsom, et al., 2001; Stewart, et al., 2003) คน หรือ

ผู้หญิงร้อยละ 7.6 และเพศชายร้อยละ 2.6 ได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการดังกล่าว (Stewart, et al., 2003)

5.2 การศึกษาในเอเชีย

ลาพิแทน และ ไช (Lapitan & Chye, 2001) ศึกษาในผู้หญิงเอเชีย 11 ประเทศ จำนวน 5,502 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 53.1 ซึ่งนับว่าเป็นอุบัติการณ์ที่สูงกว่าสหรัฐอเมริกาและยุโรป

เชน และคณะ (Chen, et.al., 2003) ศึกษาในผู้หญิงชาวไต้หวันอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 1,253 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 18.6

โฮมมา และคณะ (Homma, et al., 2005) ศึกษาในประชากรประเทศญี่ปุ่น อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 4,570 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 12.4 อุตบัตินการณ์ในเพศหญิงและเพศชายร้อยละ 11 และ 14 ตามลำดับ และพบว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 37 ในกลุ่มประชากรที่อายุมากกว่า 80 ปี

มอร์ที และคณะ (Moorthy, et al., 2003) ศึกษาในชาวเอเชีย 11 ประเทศ ที่มารับบริการในคลินิกโรคทางเดินปัสสาวะ เป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายอายุ 18-70 ปี จำนวน 2,369 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 29.9

5.3 การศึกษาในประเทศไทย

วิทยา ธิฐาพันธ์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาในพยาบาลเพศหญิงในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 300 ราย พบว่ามีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินร้อยละ 21.3

6. การวินิจฉัย

การวินิจฉัยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินต้องอาศัยหลักฐานหลายอย่างประกอบกัน โดยมีหลักการสำคัญดังนี้

6.1 การซักประวัติ เป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญที่สุดที่จะช่วยในการประเมินอาการ ความรุนแรง ผลกระทบ การซักประวัติที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคประกอบด้วย

6.1.1 ประวัติการถ่ายปัสสาวะ คือ อาการปัสสาวะเร่งรีบ และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราด ปัสสาวะตอนกลางคืน (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2546) มีผู้สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการของผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน เช่น คอยน์ และคณะ (Coyne, et al., 2002) และนิวแมน และ จีโอแวนนินี (Newman & Giovannini, 2002) ซึ่งช่วยให้คัดกรองอาการผิดปกติเบื้องต้นได้ครอบคลุมมากขึ้น

6.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกรานหรือช่องคลอด (จิตติมา มโนชัย, 2547) การผ่าตัดนิ้ว

6.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัจจัยให้เกิดอาการในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น เบาหวาน เบาเจ็ด ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (วชิระ คชการ, 2546) โรคระบบประสาท ประวัติการคลอดบุตรยาก ประวัติการหมดประจำเดือน ประวัติการใช้ยาขับปัสสาวะ (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2546) ประวัติการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

6.1.4 ประวัติการจับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากระบบประสาท อาจจะทำให้การขับถ่ายปัสสาวะ และการทำงานของทวารหนักผิดปกติได้ (Largo-Janssen, Debruyne, & Van Weel, 1991)

6.2 การตรวจร่างกาย ควรมีการตรวจร่างกายระบบที่สำคัญ ดังนี้

6.2.1 สภาพโดยทั่วไป มีโรคหรือความผิดปกติที่สังเกตได้หรือไม่ เช่น อาการซึมเศร้า สมองเสื่อม ทำทางการเคลื่อนไหวที่อาจแสดงถึงความผิดปกติของกระดูกไขสันหลัง ทำให้เดินช้า อาจไปห้องน้ำไม่ทันจนปัสสาวะเล็ดราดได้

6.2.2 การคลำกระเพาะปัสสาวะ มีลักษณะโป่งเนื่องจากมีน้ำปัสสาวะเต็มหรือไม่ หากคลำได้ หรือเคาะที่บ่งแสดงว่ามีปัสสาวะตกค้าง ดังนั้นอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราดไม่ได้เกิดจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินแต่อาจเกิดจากปัสสาวะไม่หมดหรือมีปัสสาวะสั้น (วชิระ คชการ, 2546)

6.2.3 การตรวจภายในในผู้ป่วยเพศหญิงเพื่อประเมินว่ามีความผิดปกติในอุ้งเชิงกรานและช่องคลอดที่ทำให้เกิดโรคได้หรือไม่ เช่น ลักษณะช่องคลอดที่มีลักษณะฝ่อบาง มดลูกหรือผนังช่องคลอดหย่อน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มารองรับอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ก้อนในช่องท้อง(วิทยา ธิฐาพันธ์, 2546)

6.2.4 การตรวจระบบประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่ง reflex ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น bulbocavernosus reflex, anal reflex เป็นต้น

6.3 การตรวจปัสสาวะเพื่อแยกความผิดปกติจากโรคอื่น เช่น นิ่วหรือการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ

6.4 การตรวจเลือด เช่น blood urea nitrogen, creatinine, calcium

6.5 การสวนปัสสาวะดูปริมาณปัสสาวะตกค้าง (postvoid residual urine) หากผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะตกค้างเกิน 100 ซีซี. หลังการปัสสาวะสุดต้องสืบค้นต่อว่ามีความผิดปกติที่ทำให้ปัสสาวะออกไม่หมดด้วยอุลตราซาวนด์ (วชิระ คชการ, 2546)

6.6 การตรวจทางยูโรพลศาสตร์ (urodynamics) เพื่อประเมินสภาพทางกายภาพและสรีระการทำงานของระบบปัสสาวะส่วนล่าง ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะ (ดำรงพันธ์ วัฒนโชติ, 2545) การตรวจ cystometry เป็นการตรวจที่ช่วยให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำมากขึ้น (วชิระ ชกการ, 2546) ลักษณะการตรวจยูโรพลศาสตร์แบบ cystometry เป็นการวัดความจุ แรงดันในกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงความจุของน้ำปัสสาวะที่เหลือค้างหลังถ่ายปัสสาวะ เป็นการดูการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะว่ามีการบีบตัวที่ผิดปกติหรือไม่ หรือมีความผิดปกติในส่วนของการรับความรู้สึก

สรุปการวินิจฉัยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นการวินิจฉัยตามอาการ หากต้องการทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางยูโรพลศาสตร์เป็นสำคัญ ซึ่งจะทำได้ในผู้ป่วยบางรายเท่านั้นตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

7. ผลกระทบจากอาการรบกวนในกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง ไม่ทำอันตรายจนถึงกับเสียชีวิต มีการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กิจกรรมทางด้านกายภาพ การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และการนอนหลับ (Abrams, et.al., 2000) มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่มีอาการถ่ายปัสสาวะถี่ลดเพศชายอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36 พบว่าการมีอาการส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตในระดับมาก และร้อยละ 23 พบว่าการมีอาการไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (Milsom, et al., 2001)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อร่างกาย สังคม จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

7.1.1 ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดจากต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เช่น จากการศึกษาของ จอลลีย์ และคณะ (Jolleys, Donovan, & Nanchahal, 1994) ซามูเอลสัน (Samuelsson, Victor, & Tibblin, 1997) สจ๊วต และคณะ (Stewart, et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีการนอนหลับลดลง คอยน์ และคณะ (Coyne, Zhou, Bhattacharyya, Thompson, Dhawan, & Versi, 2003) ศึกษาในประชากรชาวสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,204 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.8 และร้อยละ 42.2 ต้องลุกเดินเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง และมากกว่า 2 ครั้ง ตามลำดับ จำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะมีนัยสำคัญกับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยพักผ่อนได้

7.1.2 ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ลื่นล้ม เนื่องจากต้องเดินเข้าห้องน้ำบ่อย หรือเกิดจากความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ จากการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown, Vittinghoff, Wyman, Stone, Nevitt, Ensrud, et al., 2000) พบว่าสตรีสูงอายุที่มีปัสสาวะเล็ดราดมีการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักได้บ่อยขึ้น

7.1.3 ทำให้ร่างกายขาดน้ำ เกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญที่ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง จึงลดจำนวนน้ำดื่มลง และไม่ดื่มน้ำเลยถ้าต้องเดินทางไกล เช่น การศึกษาของสวิทินแบงค์ และคณะ (Swithinbank, Hashim, & Abrams, 2005) พบว่าสตรีที่ลดจำนวนน้ำดื่มลงจะทำให้จำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเร่งรีบลดลง

7.1.4 ทำให้เกิดแผลกดทับและการติดเชื้อที่ผิวหนัง เกิดจากการที่มีน้ำปัสสาวะไหลตลอดเวลา ผิวหนังเกิดการระคายเคืองเป็นเหตุให้เกิดแผลขึ้นได้ (อาภา ใจงาม, 2536) และการศึกษาของเคลล์เฮอร์ (Kelleher, 2002) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีการติดเชื้อที่ผิวหนังร้อยละ 8

7.2 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน การนัดหมาย ไม่กล้าเดินทางโดยรถประจำทาง ไม่กล้าไปเยี่ยมเพื่อนหรือเยี่ยมครอบครัว เพราะอาการปัสสาวะบ่อย (Newman & Giovannini, 2002) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัสสาวะเล็ดราด ทำให้ผู้หญิงวัยทำงานมีความยากลำบากในการเดินทาง (Van Der Vaart, De Leeuw, Roovers, & Heintz, 2002) บางรายงานพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 3 ต้องเปลี่ยนงานใหม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายจะตัดสินใจเปลี่ยนงานมากกว่าเพศหญิง โดยผู้ป่วยจะพิจารณาจากที่ตั้งของสถานที่ทำงาน ชั่วโมงทำงาน และอาจเลือกการเลิกทำงานหรือเกษียณอายุก่อนกำหนด (Irwin, et al., 2005)

7.3 ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะมีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของตนเองที่มีอาการปัสสาวะราดคล้ายเด็ก ทำให้อาย รู้สึกไม่สบายตัว มีกลิ่นปัสสาวะเป็นที่น่ารังเกียจของผู้อื่น และไม่กล้าไปปรึกษาผู้อื่นจึงต้องทนกับอาการเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้บางรายยังคิดว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไม่สามารถรักษาได้และเกิดในผู้สูงอายุ (Newman & Giovannini, 2002) บางรายวิตกกังวลว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล บางรายเกิดภาวะซึมเศร้า (Zorn, Montgomery, & Pieper, 1999) จึงพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากสังคม ไม่กล้าเดินทางเพราะกลัวว่าไม่มีห้องน้ำเมื่อต้องการถ่ายปัสสาวะ เชียฟฟารีโน และคณะ (Chiaffarino, Parazzini, Lavezzari, & Giambanco, 2003) ศึกษาผลกระทบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการ

กระเพาะปัสสาวะไวเกินและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิงชาวอิตาลี จำนวน 1,062 ราย พบว่า สุขภาพทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สจ๊วต และคณะ (Stewart, et al., 2003) ศึกษาในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,204 ราย พบว่าผู้ป่วย กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตลดลง

7.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ทูบาโร (Tubaro, 2004) สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าดูแล สำหรับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีมูลค่าถึง 12,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี

จะเห็นได้ว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ไม่ใช่โรคร้ายแรงแต่เนื่องจากเป็น อาการเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยในเรื่องที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ หรือปัสสาวะเล็ดราด ทำให้กระทบต่อความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิด ความวิตกกังวล ความกลัว หวาดระแวง และเกิดความยุ่งยากในการใช้ชีวิตประจำวัน การเดินทาง การทำงาน ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณ สำหรับการรักษาและดูแลต่อตัวโรคและต่อผลกระทบเป็นจำนวนเงินมหาศาล จัดเป็นภัยเงียบต่อ สุขภาพที่ควรให้ความสนใจมากขึ้น

แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการสร้างโดย ลาร์สัน และคณะ แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโกเมื่อปี 1994 ตั้งชื่อว่าแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ต่อมาดอดด์ และคณะ(2001) ได้พัฒนาแบบจำลองของลาร์สันให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น มีการจัดตั้งเป็นศูนย์วิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ เรียกว่า Research Center for Symptom Management (RCSM) ที่มหาวิทยาลัยดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ของบุคลากรด้านสุขภาพ และส่งเสริมผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แบบจำลองนี้ถูกนำไป ศึกษาวิจัยในหลายหน่วยทดลอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบขับถ่ายปัสสาวะ มีการศึกษา ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไต (Dodd, Lee, & Carrieri, 2006) ส่วนใน ประเทศไทยมีการนำแบบจำลองดังกล่าวมาการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่มีอาการกระเพาะปัสสาวะไว เกิน (Sujinda Chaiparyorm, 2007)

ดอดด์ และคณะ (2001) ปรับปรุงแบบจำลองการจัดการกับอาการขึ้นจากผลงานการวิจัย โดยกล่าวว่าอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลส่งผลให้เกิด ความไม่พึงพอใจ ความทุกข์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องพบแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและทำการรักษา (Dodd, et al., 2001)

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองการจัดการกับอาการมี 5 ประการ (Dodd, et al., 2001, 669-670) คือ

- 1) การจัดการกับอาการอยู่บนพื้นฐานที่ว่าอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่บุคคลแต่ละคนประสบสามารถบอกเล่าหรือรายงานด้วยตนเองได้
- 2) บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงาน ที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ
- 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ เช่น เด็กทารก ผู้ป่วยมีอาการเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง เป็นต้น ให้สันนิษฐานว่าสิ่งที่ผู้ดูแลแปลความหมายจากผู้ป่วยนั้นตรงกับประสบการณ์ของผู้ป่วยจริง
- 4) กลวิธีการจัดการกับอาการสามารถมุ่งเป้าหมายไปที่บุคคล กลุ่มคน ครอบครัว หรือสภาพแวดล้อมที่ทำงาน
- 5) กลวิธีการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

แบบจำลองการจัดการกับอาการ ดอดด์ และคณะ (2001) ได้อธิบายถึงมโนคติทางการพยาบาล ดังนี้

บุคคล คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และสรีรวิทยา เป็นปัจจัยภายในที่บุคคลใช้ตอบสนองต่อประสบการณ์จากอาการ รวมถึงระยะพัฒนาการและวุฒิภาวะ ปัจจัยด้านบุคคลอาจเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ

สุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยเฉพาะในแต่ละบุคคล รวมทั้งปัจจัยภายนอกด้านความเสี่ยง อุบัติเหตุ ความพิการ ปัจจัยด้านสุขภาพมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากอาการที่เกิดขึ้น ความเสี่ยงของการเกิดอาการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากการทำงาน ผลข้างเคียงของการรักษา หรือผลที่เกิดตามมาของอาการจากโรคเดิมที่ยังเป็นอยู่ จึงสามารถคาดหวังว่าจะเกิดอาการได้ และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการได้ หรือลดอาการให้น้อยลงได้จากการบำบัด แบบจำลองนี้อ่อนุญาตให้ประเมินปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การประเมินผลและการตอบสนองของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือบริบทภายในอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมได้แก่เครือข่ายสนับสนุนของบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางด้านวัฒนธรรมได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม การกระทำที่เป็นเอกลักษณ์ประจำกลุ่ม เชื้อชาติ หรือทางศาสนา จากการวิจัยพบว่าเมื่อบุคคลมีประสบการณ์จากอาการจะมีผลต่อการเลือกกลวิธีการจัดการ และต่อผลลัพธ์ของอาการ

การพยาบาล คอดด์และคณะ(2001) ไม่ได้กล่าวไว้โดยตรง

แบบจำลองการจัดการกับอาการที่คอดด์ และคณะ (2001) พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน 3 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) กลวิธีการจัดการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (symptom status and outcomes) อธิบายโดยละเอียดในแต่ละองค์ประกอบได้ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

คอดด์ และคณะ (Dodd, et al., 2001, 671-673) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การรับรู้ต่ออาการ การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น กระบวนการทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง เกิดซ้ำๆกัน และอาจเกิดขึ้นพร้อมกันในเวลาเดียวกันได้ การเข้าใจความสัมพันธ์ของกระบวนการทั้งหมดนี้มีความจำเป็นต่อการกำหนดกลวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ เช่น เกิดความเข้าใจว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นลางร้ายต่อสุขภาพ บุคคลจะรับรู้อาการนั้นมีความรุนแรงในระดับสูง กลวิธีการจัดการกับอาการนั้นจะแตกต่างจากอาการที่รับรู้ว่ามี ความรุนแรงในระดับที่ต่ำกว่า

1.1 การรับรู้อาการของบุคคล (Perception of symptoms) หมายถึง บุคคลสังเกตการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือพฤติกรรมของตนเอง อาจประเมินได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การตอบแบบสอบถาม จนถึงการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมิน แต่ละวิธีอาจมีข้อจำกัดแตกต่างกันไป เช่น การใช้แบบสอบถามอาจไม่เหมาะกับบริบทของผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงต้องใช้งบประมาณมาก ไม่สามารถนำมาใช้กับประชากรได้ทุกคน เป็นต้น นอกจากนี้อาจพบข้อจำกัดในการประเมินการรับรู้อาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย กลุ่มผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งการรับรู้อาการของผู้ดูแลที่แปลความหมายแตกต่างจากบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้อาการจึงส่งผลต่อการกำหนดกลวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพด้วย

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) เป็นการตัดสินใจของบุคคลต่อลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การประเมินความรุนแรง ตำแหน่ง อาการในลักษณะชั่วคราว

ความถี่ และผลที่เกิดจากการมีอาการ รวมถึงการประเมินอันตรายหรือความผิดปกติที่เกิดจากการรักษาอาการด้วย คุณภาพการประเมินอาการในผู้ที่เคยมีประสบการณ์การมาก่อน จะดีกว่าผู้ที่ยังไม่มีเคยมีประสบการณ์ในแบบเดียวกันนั้น (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) คือการตอบสนองทางด้านสรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม ในอาการหนึ่งอาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ด้าน

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย สุขภาพและการเจ็บป่วย (ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะสุขภาพในขณะนั้น และโรคหรือการบาดเจ็บ)

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการรับรู้ การยอมรับของผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบ กลวิธีการจัดการมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การดูแลของสหวิชาชีพ และการดูแลตนเอง การจัดการเริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการตามมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการบำบัดซึ่งอาจมุ่งไปที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายๆปัจจัยของประสบการณ์การมีอาการเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ กลวิธีการจัดการต้องตอบคำถามว่าจะปฏิบัติเรื่องใด กับใคร ทำเมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และมากน้อยเพียงใด การบำบัดขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ที่มีต่อการจัดการกับอาการนั้นด้วย กลวิธีการจัดการกับอาการได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (ลักษณะทางกายภาพของบริบท สังคม วัฒนธรรม) บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากกลวิธีการจัดการที่นำมาใช้

การจัดการกับอาการไม่ได้มุ่งไปที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ต้องมุ่งไปที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างมีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับการมีอาการมาก่อน จะช่วยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (peer advisors) ให้แก่ผู้ป่วยที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการได้เป็นอย่างดี มีการศึกษากลวิธีการจัดการในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับที่ปรึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ปรึกษาผู้ป่วยปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล ผู้ชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับที่ปรึกษาร่วมด้วยสามารถฟื้นหายจากโรคได้เร็วกว่า นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับประสบการณ์ในการจัดการ

กับอาการมากขึ้น และปฏิบัติงานช่วยเหลือพยาบาลได้เป็นอย่างดี (Rankin, Carroll, Arnstein, Robinson, Buselli, & Capasso, et al., 1997)

กลวิธีการจัดการกับอาการ ยังมีประเด็นที่ต้องมีการศึกษาเพื่อทดสอบแบบจำลองอีกมาก เช่น ระยะเวลา ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงผู้ที่ตัดสินใจกำหนดลักษณะการบำบัด ประเด็นสำคัญที่ คอคด์และคณะ (2001) ให้ความสนใจคือ ความร่วมมือในการบำบัด (Adherence) และความสอดคล้องของกลวิธีการบำบัดกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังรูปภาพที่ 2.1 แต่อย่างไรก็ตามคุณสมบัติของบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพมีอิทธิพลสำคัญต่อความร่วมมือในการบำบัดอาการของผู้ป่วย

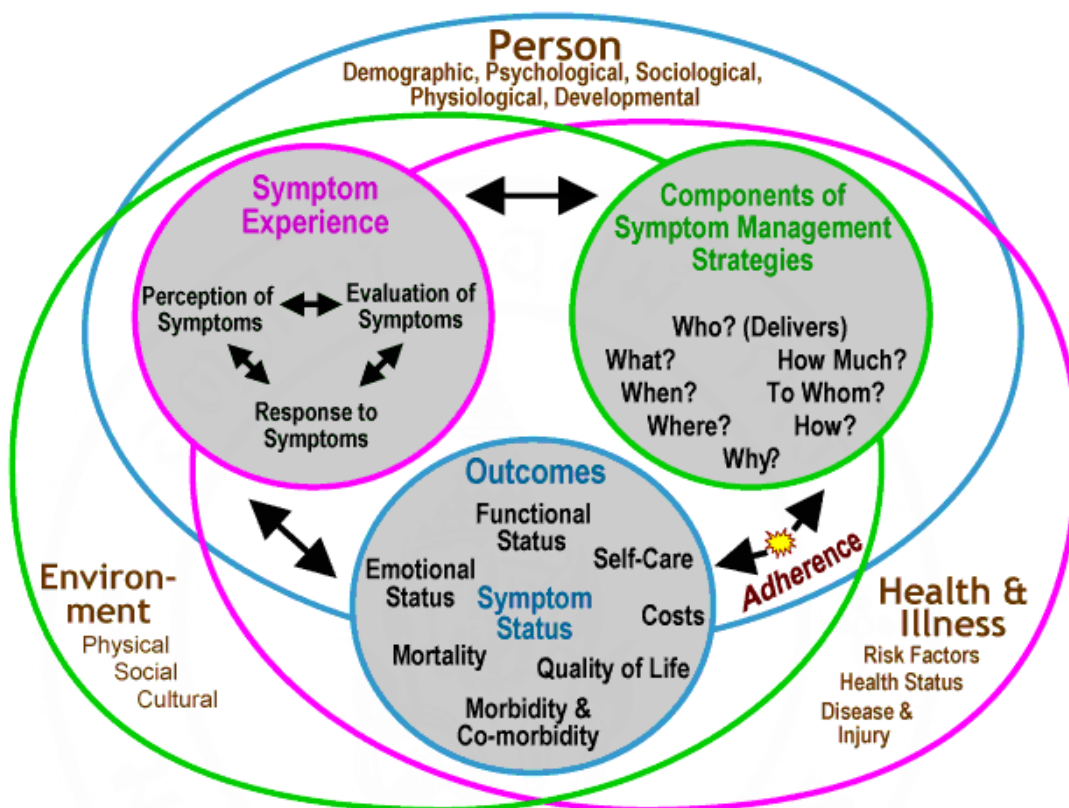
3. ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (symptom status and outcomes)

ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการเป็นผลรวมของกลวิธีการจัดการกับอาการกับประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 8 ด้าน ได้แก่ 1) สภาพอาการ (symptom status) 2) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) 3) สภาพอารมณ์ (emotional status) 4) การดูแลตนเอง (self-care) 5) อัตราตาย (mortality) 6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) 7) คุณภาพชีวิต (quality of life) และ 8) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity & co - morbidity) ตัวชี้วัดทั้งหมดมีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน และมีความสัมพันธ์กับสถานะของอาการที่เป็นตัวชี้วัดหลักของผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการคือปัจจัยส่วนบุคคล (คุณลักษณะส่วนบุคคล สภาพจิตใจ การดำรงตนในสังคม ลักษณะทางกายภาพ และพัฒนาการ)

การศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการ ยังมีประเด็นที่ต้องการการพิสูจน์เพิ่มเติม เช่น การประเมินผลลัพธ์ควรประเมินโดยใคร การดูแลตนเองต่อกลวิธีการจัดการกับอาการ แนวคิดเกี่ยวกับอาการจากมุมมองในหลายสาขาอาชีพ เช่น มุมมองด้านอาชีวอนามัย เป็นต้น

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน เช่น Sujinda Chaiparyorm (2007) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ การจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้หญิง

SYMPTOM MANAGEMENT MODEL



รูปที่ 2.1 The revised symptom management conceptual model

ที่มา : Dodd, et al.(2001), <http://nurseweb.ucsf.edu/www/rcsm.htm>, retrieved April 4, 2007

ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

อาการ (Symptoms) หมายถึงสิ่งที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงเปลี่ยนแปลงไปจากการทำหน้าที่ปกติที่ผู้ป่วยเคยประสบและรับรู้ (Hegyvary, 1993) ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีหน้าที่สำคัญที่จะจัดการกับอาการและกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้เอง หากการจัดการกับอาการไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ จะเกิดผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบบุคลากรทางสุขภาพ (Dodd, Lee, & Carrieri, 2006) อาการเป็นข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงาน (Lewis, Heitkemper, & Dirkson, 2004) และบุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับรายละเอียดของข้อมูลเหล่านั้นเป็นอย่างยิ่ง

อาการของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ประกอบด้วยอาการมากกว่า 1 อาการ ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเหล่านี้ทำให้เกิดความรำคาญ (bothersome symptom) จากการศึกษาต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีอาการแตกต่างกัน ดังนี้

มิลซัม และคณะ (Milsom, et al., 2001) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 6 ประเทศในยุโรป เป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายร้อยละ 42 เพศหญิงร้อยละ 58 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะเล็ดราด ร้อยละ 85, 54 และ 36 ตามลำดับ ผู้ที่มีอาการแบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียวมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่จะมีอาการมากกว่า 1 อาการ ในตัวอย่างเพศชายจะมีอาการปัสสาวะเล็ดราดน้อยกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทมม (Thom, 1998) พบอุบัติการณ์ของการมีอาการปัสสาวะเล็ดราดเพศชายร้อยละ 5 เพศหญิงร้อยละ 12

วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ (2545) ศึกษาในพยาบาลเพศหญิงโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 300 ราย พบว่ามีอาการปัสสาวะเร่งรีบอย่างเดีย্বর้อยละ 32.8 ส่วนอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะเล็ดราดมีจำนวนร้อยละ 23.4 และ 11.4 ตามลำดับ

Sujinda Chaiparyorn (2007) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มารับบริการคลินิกคัดกรองระบบทางเดินปัสสาวะ ห้องตรวจยูโรไดนามิกส์และคลินิกนรีเวชและอวัยวะสืบพันธุ์ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และคลินิกคัดกรองระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางวัน ร้อยละ 95.5 และ 92.7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมิลซัม และคณะ (Milsom, et al., 2001) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ (2545)

ในทางคลินิกอาการปัสสาวะเล็ดราดจะได้รับความสนใจจากแพทย์มากกว่าอาการอื่น แต่ไม่ใช่อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะเร่งรีบ (Milsom, et al., 2001) ผู้ป่วยบางรายพยายามสร้างความเคยชินกับอาการเหล่านี้โดยคิดว่าเป็นอาการที่ไม่สามารถรักษาได้ (วชิร ชขการ, 2545) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินประกอบด้วยอาการสำคัญคือ ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนและปัสสาวะเล็ดราด อาการที่พบในผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเพียงมีอาการเดียว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการหลายอาการร่วมกันได้ ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เมื่อทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า เพศชายจะมีอาการปัสสาวะเล็ดราดน้อยกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจสันนิษฐานได้ว่า

อาจเกิดจากเพศชายมีความยาวของท่อปัสสาวะมากกว่า และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูด กระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง จึงสามารถควบคุมไม่ให้เกิดอาการปัสสาวะเล็ดราดได้มากกว่า

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

จากแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอคต์ และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการ ประกอบด้วกลวิธีการจัดการด้วยตนเอง และการจัดการโดยผู้อื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลวิธีการจัดการเพื่อแก้ไขกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีหลายวิธีดังนี้

1. กลวิธีการจัดการด้วยตนเอง

กลวิธีการจัดการด้วยตนเองหรือการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วย รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการประเมินความรุนแรงของอาการ และความจำเป็นที่ต้องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะกำหนดเป้าหมายของการจัดการอย่างมีขั้นตอน ตามความรู้หรือประสบการณ์ที่มี แล้วจึงลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ เมื่อเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่แสวงหาการรักษา เนื่องจากคิดว่าเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ เป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ จึงเลือกใช้วิธีการอยู่เฉยๆ ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จึงเลือกวิธีเข้ารับการรักษ เช่น จากการศึกษาของมิลซัม และคณะ (Milsom, et al., 2001) พบว่าผู้ที่มียกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมาพบแพทย์ร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของริคโค และคณะ (Ricci, Baggish, Hunt, Stewart, Wein, & Herzog, et al., 2001) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกัน 4,896 ราย พบว่าผู้ที่มียกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเข้ารับการรักษากับแพทย์ร้อยละ 43 แต่ทั้งนี้อัตราการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอาจมีความแตกต่างกันตามลักษณะประชากรและภูมิศาสตร์ เช่น จากการศึกษาของ ฮอมมา และคณะ พบว่าชาวญี่ปุ่นร้อยละ 23 เข้ารักษากับแพทย์ (Homma, et al., 2005)

วิธีการที่ผู้มียกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเลือกใช้ในการดูแลตนเองส่วนใหญ่ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น พยายามไม่ออกนอกบ้าน อยู่ในที่ซึ่งไม่ไกลจากห้องน้ำ หลีกเลี่ยงที่จะอยู่หรือไปในสถานที่ที่มีอากาศชื้นหรือเย็น เปลี่ยนผ้าเมื่อเปียก ปล่อยให้ปัสสาวะรด เสื้อผ้าแล้วค่อยเปลี่ยนเมื่อรู้สึกไม่สุขสบาย สวมใส่เสื้อผ้าที่ถอดง่าย เข้าห้องน้ำบ่อยๆ เข้าห้องน้ำล่วงหน้า ปัสสาวะก่อนออกนอกบ้าน ก่อนเดินทาง ก่อนนอน ปรับเวลาเข้าห้องน้ำ ใช้แผ่นซึมซับ

หรือผ้าอ้อม ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายปัสสาวะ คั้นน้ำน้อยลง หลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันท้องผูก รวมถึงการซื้อยาจากร้านขายยารับประทานเอง และการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Newman & Giovannini, 2002; Pradujkanchana, 2006; Sujinda Chaiparyorn, 2007)

2. กลวิธีการจัดการโดยบุคลากรทางสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล)

การจัดการโดยบุคลากรทางสุขภาพ แบ่งเป็นวิธีการใหญ่ได้ 4 วิธี ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยการใช้ยา

มียาหลายกลุ่มที่พบว่าสามารถรักษาหรือบรรเทาอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้ แต่ยาที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ยากลุ่ม antimuscarinic หรือ anticholinergic และยาลดอาการซึมเศร้า (Anderson, 1997)

2.1.1 ยากลุ่ม antimuscarinic หรือ anticholinergic เป็นยาที่มีข้อมูลยืนยันว่าสามารถใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้ผล จนเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย (Alloussi, 1991 อ้างใน วชิระ คชการ, 2546) เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ โดย parasympathetic จะลงมาควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะผ่านทาง muscarinic receptor ซึ่งกระเพาะปัสสาวะมี receptor ชนิด M3 แต่ receptor ชนิด M3 นี้ยังพบในอวัยวะอื่นๆ อีก เช่น ต่อมน้ำลาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท เป็นต้น ทำให้ยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายเหนียว

ตัวอย่างยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้กัน

Tolterodine เป็นยาที่ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างกว้างขวาง มีการศึกษาจากหลายรายงานที่พบว่ายาชนิดนี้สามารถลดอาการปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะเล็ดราดได้ถึงร้อยละ 80-90 เนื่องจากยามีความเฉพาะเจาะจงกับกระเพาะปัสสาวะมากกว่ายาชนิดอื่น (Abrams, Freeman, Anderstrom, & Mattiasson, 1998; Millard, Tuttle, Moore, Susset, Clarke, & Dwyer, 1999)

Oxybutynin เป็นยากลุ่ม anticholinergic ได้รับการยอมรับให้ใช้รักษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตัวแรกในสหรัฐอเมริกา โดยได้มีรายงานว่าลดอาการได้ร้อยละ 83-90 (Abrams & Wein, 1998; Millard, et al., 1999)

Trospium เป็นยากลุ่ม anticholinergic ซึ่งมีการใช้กันอย่างกว้างขวางในยุโรป แต่ไม่มีใช้ในสหรัฐอเมริกา (วชิระ คชการ, 2546)

Propiverdine มีฤทธิ์ทั้ง anticholinergic และ calcium antagonist พบว่ามีประสิทธิภาพของยาเท่าเทียมกับ Oxybutynin (Keam & Perry, 2004)

2.1.2 ยาลดอาการซึมเศร้า ซึ่งที่นิยมใช้ในการรักษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินคือ Tricyclic antidepressant เช่น Imipramine และ Doxepine ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์หลายอย่าง ราคาไม่แพง พบอาการข้างเคียงได้เช่นเดียวกับอาการข้างเคียงของยากลุ่ม anticholinergic เช่น ง่วง

สรุปได้ว่า ข้อดีของการรักษาด้วยการใช้ยา คือ มีหลักฐานการวิจัยและการทดสอบยาอ้างอิงที่เชื่อถือได้ว่าสามารถใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้ดี เช่น สามารถลดอาการได้ถึงร้อยละ 80-90 มีการพัฒนาชนิดยา ประสิทธิภาพและคุณภาพของยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการข้างเคียงของการใช้ยา รวมถึงต้องการให้ยาออกฤทธิ์เฉพาะที่กับกระเพาะปัสสาวะเท่านั้น ส่วนข้อด้อยของการรักษาด้วยยา คือ ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอยาวนาน เนื่องจากยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลแน่นอน การรับประทานยาจึงไม่ใช่การแก้ไขที่สาเหตุ ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เกิดอาการข้างเคียงจาก antimuscarinic และ anticholinergic effect มีการสะสมของยาเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน ยาบางตัวมีราคาแพง ผู้ป่วยจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรักษาเชิงพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการรักษาเชิงพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรความจุของกระเพาะปัสสาวะและลดอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ การรักษาประกอบด้วย

2.2.1 การให้ความรู้ ความเข้าใจต่อผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจกลไกการเกิดอาการผิดปกติ

2.2.2 การปรับปริมาณน้ำดื่มและเครื่องดื่ม ปริมาณน้ำดื่มที่มากเกินไปจะทำให้ปัสสาวะบ่อย ส่วนเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟหรือน้ำผลไม้ จะมีฤทธิ์เป็นยาขับปัสสาวะ เช่น การศึกษาของ Hiransai (2002) ได้ทำการศึกษาผลของคาเฟอีนต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินชาวไทย จำนวน 12 คน เพศหญิง 9 คน ชาย 3 คน อายุ 21-40 ปี โดยใช้เครื่องมือตรวจทาง urodynamics คือ cystometry วัดปริมาณน้ำปัสสาวะต่อความรู้สึกละอองปัสสาวะและวัดค่าความดันกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับตรวจทาง uroflowmetry เพื่อวัดเวลาที่ใช้ในการถ่ายปัสสาวะ อัตราการไหลของปัสสาวะ และปริมาณปัสสาวะ เปรียบเทียบผลที่วัดได้ก่อนและ 30 นาทีหลังการดื่มสารละลายคาเฟอีน 4.5 มก./น้ำหนักตัว 1 กก. และเปรียบเทียบกับเครื่องดื่มน้ำเปล่า ผลการศึกษาพบว่า คาเฟอีนมีผลขับ

ปัสสาวะ และมีผลต่อการทำงานของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง โดยเพิ่มความไวในการรับรู้ระยะเวลาเริ่มปวดปัสสาวะ อัตราการไหลของปัสสาวะเพิ่มขึ้น และปริมาณของปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดอาการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ เช่น อาการปวดปัสสาวะมากจนไม่สามารถกลั้นไว้ได้ รวมทั้งการถ่ายปัสสาวะที่บ่อยขึ้น คนที่มีปัญหาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติควรหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ

2.2.3 กำหนดเวลาถ่ายปัสสาวะ เมื่อเริ่มมี voiding effect ให้กลั้นไว้ชั่วคราวเพื่อยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะ โดยการฝึกยืนนิ่งๆ หายใจลึกๆ เริ่มทำทีละน้อยยืดเวลาถ่ายปัสสาวะออกไป 15-30 นาที

2.2.4 การบันทึกการถ่ายปัสสาวะ (Voiding diaries) เป็นวิธีการช่วยในการวินิจฉัยโรคเพื่อค้นหาสาเหตุความผิดปกติหรือก่อนทำการรักษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ควินน์ และคณะ (Quinn, Goka, & Richardson, 2003) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบันทึกการถ่ายปัสสาวะโดยวิธีใช้การจดบันทึก (paper diaries) กับการใช้เครื่องบันทึก (electronic diaries) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94 เห็นว่าการใช้เครื่องบันทึกง่ายต่อการปฏิบัติ บันทึกได้ถูกต้องตรงตามเวลา สามารถวิเคราะห์ได้ง่ายว่าการถ่ายปัสสาวะนั้นเกิดจากความผิดปกติแบบใด

2.2.5 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (perineal/ sphincteric exercises หรือ pelvic floor muscles / Kegel exercise) คือการเกร็งและคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหรือการขมิบกกล้ามเนื้อเชิงกราน ซึ่งจะให้มี reflex ย้อนกลับไปยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ อย่างไรก็ตาม การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ต้องใช้เวลาฝึกนานถึง 3 เดือนจึงจะได้ผล (Doughty, 1991 อ้างใน ปลูกศนา ภูวนันท์, 2539) และจะได้ผลน้อยในผู้ป่วยเพศชาย (วชิร คุชการ, 2546) นอกจากการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยตนเองแล้ว แบรดชอว์ และคณะ (Bradshaw, Barker, Radley, & Chapple, 2003) ศึกษาทดลองกระตุ้นกล้ามเนื้อ detrusor ด้วยคลื่นแม่เหล็ก (magnetic stimulation) เรียกชื่อว่า (MSPF : Magnetic Stimulation of the Pelvic Floor) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในคนปกติช่วงที่กระเพาะปัสสาวะมีการสะสมน้ำปัสสาวะและรู้สึกอยากถ่าย (natural filling) ซึ่งจะมีน้ำปัสสาวะประมาณ 150-250 ซีซี. กับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แล้ววัดปริมาณความจุของน้ำปัสสาวะหลังการกระตุ้น ผลการทดลองพบว่า การใช้ MSPF จะช่วยลดความแรงของการหดตัวของกล้ามเนื้อ detrusor การหดตัวของกล้ามเนื้อ detrusor จะทำให้ sphincter บริเวณ bladder neck เปิดออก เกิดการไหลของปัสสาวะ ดังนั้นการใช้ MSPF จึงลดความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะและเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะได้ แต่ MSPF ยังมีค่าแปรปรวนตามความรู้สึกในผู้ป่วยปัสสาวะเร่รัง จึงยังไม่สามารถสรุปได้ในขณะนี้ว่าจะนำมาใช้ลดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ (ฉวีวรรณ พงษ์สุณันท์, 2544)

2.2.5 การปรับวิถีชีวิตและอาหาร จากการศึกษาของ ดัลลอสโซ และคณะ (Dallosso, McGrother, Matthews, & Donaldson, 2003) สรุปว่าขนมปังและผักจะช่วยลดอาการของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยเฉพาะคนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดอาการได้มากกว่าคนที่ไม่สูบ 1.44 เท่า

สรุปได้ว่า ข้อดีของการรักษาเชิงพฤติกรรม คือ ลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นการปรับพฤติกรรม และการฝึกฝนตนเอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ และกำหนดวิธีการรักษาด้วยตนเองได้ ป้องกันความเสี่ยงที่จะได้รับอาการข้างเคียงและพิษของยา บางวิธีเป็นการแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินโดยตรง เช่น การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเชิงกรานและหูรูดของกระเพาะปัสสาวะ ส่วนข้อดีของการรักษาเชิงพฤติกรรม คือ ใช้เวลานานจึงจะเห็นผล การบันทึกเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยุ่งยาก ไม่เข้าใจเหตุผลการบันทึกเพียงพอ ข้อมูลที่บันทึกมีความคลาดเคลื่อน แต่วิธีการดังกล่าวอาจเหมาะสมกับชาวตะวันตกที่ประชาชนมีการศึกษาดี และมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยในการบันทึก

2.3 การผ่าตัด

เป็นการช่วยเพิ่มพื้นที่ของกระเพาะปัสสาวะ มีการผ่าตัดหลายวิธี เช่น colporrhaphy, periurethral injections, hydrodistension, suburethral sling และ cystourethroscopy (Hu, et al., 2004) ในปัจจุบันนิยมใช้ลากลึงกล้ามเนื้อมาช่วยขยายกระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะมีความจุมากขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองต้องสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดแขนงประสาทไขสันหลัง (rhizotomy) สามารถลดอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะราด และเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะได้ แต่การผ่าตัดทำได้ยากกว่า ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะจึงไม่เป็นที่นิยมแพร่หลาย (วชิร ละคร, 2545)

2.4 การรักษาอื่นๆ เช่น การกระตุ้นไฟฟ้า สามารถทำได้โดยการสอดขั้วนำไฟฟ้าเข้าไปในช่องกระดูกสันหลังบริเวณ S3 แล้วต่อกับเครื่องมือในการปรับสมดุลกระแสประสาท ซึ่งมีแบตเตอรี่ติดอยู่ สามารถทำให้อาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราดดีขึ้น (วชิร ละคร, 2545)

International Consultation on Incontinence หรือ ICI ได้สร้างแนวทางการรักษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในระดับนานาชาติ แนวทางการรักษาในปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พิมพ์เผยแพร่เมื่อปี ค.ศ.2005 ซึ่งประเทศต่างๆ ได้นำแนวทางการรักษานี้ไปปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ ข้อกำหนดทางจริยธรรมท้องถิ่น และความเห็นของแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ทำให้แนวทางการรักษาของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน (Kirbyw, et al., 2006) อย่างไรก็ตามการนำแนวทางการรักษาระดับนานาชาติไปปฏิบัติยังพบปัญหาอยู่บ้าง เช่น ยัง

ไม่มีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อให้ทีมสุขภาพได้นำไปรักษาผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน (Teunissen, Van den Bosch, Van Ween, & Largo-Janssen, 2006) บางประเทศพยายามจัดให้ทีมแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติแต่ยังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร (Health council of the Netherlands, 2001) บางประเทศพบว่าแพทย์ขาดความตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ทีมผู้ดูแลขาดความรู้และขาดการพัฒนาให้มีความชำนาญ (Kirbyw, et al., 2006) นักวิชาการจึงได้เสนอแนะว่าองค์กรสากลที่ทำหน้าที่กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินควรต้องพยายามผลักดันทั้งด้านการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินดังกล่าว การจัดการศึกษาฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางสุขภาพในนานาประเทศ เพื่อให้มีทัศนคติต่อกลุ่มอาการดังกล่าวอย่างถูกต้อง มีความรู้ความชำนาญ สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทั่วโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kirbyw, et al., 2006)

3. กลวิธีการจัดการของผู้ดูแล

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ทำให้บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นต้องให้การช่วยเหลือ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่เป็นหลักและมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรงคือญาติหรือบุคคลในครอบครัว (มัลลิกา มดีโก, 2530 อ้างในนิลวัฒน์ วัชรภิชาดิ, 2543; ยูฟาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

มีผู้ให้คำจำกัดความของผู้ดูแล (Caregiver, Informal caregiver) ไว้หลายท่าน เช่น หมายถึง ผู้ที่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิดทางเครือญาติหรือมีความผูกพันทางอารมณ์ (Schoenfelder, Swanson, Specht, Maas, & Johnson, 2000) เป็นผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักนอกเหนือจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (Mintz, 2002) การดูแลจึงไม่ได้หวังรับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญเพื่อต้องการช่วยเหลือผู้ที่กำลังเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพาที่บ้านหรือในชุมชน (David, 1992) โดยผู้ป่วยจะชี้บอกว่าบุคคลใดทำหน้าที่ผู้ดูแลของตนได้ (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992) ลักษณะที่สำคัญของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิต 2) ผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือต้องการการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป โดยข้อจำกัดเหล่านั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถนะ 3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัล 4) การให้การช่วยเหลือเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชนที่อาศัยอยู่ (ยูฟาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Barer & Johnson, 1990) จากความหมายและลักษณะของผู้ดูแลข้างต้น

สามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลได้ 2 ประเภทคือ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) และผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) โดยกำหนดตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้รับการดูแล หากปฏิบัติต่อผู้รับการดูแลโดยตรงจะจัดเป็นผู้ดูแลหลัก แต่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางอ้อม เช่น เป็นผู้จัดการเรื่องต่างๆ ให้ หรือปฏิบัติโดยตรงกับผู้รับการดูแลเป็นครั้งคราว จะจัดเป็นผู้ดูแลรอง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Gopinath & Chaturvedie, 1992)

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลมีความหลากหลายตามลักษณะของผู้รับการดูแล สภาพการเจ็บป่วย ระดับความอ่อนแอทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้สรุปกิจกรรมการให้การช่วยเหลือหรือมีกลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยของผู้รับการดูแลได้ 4 รูปแบบ (Horowitz, 1985 อ้างใน David, 1992) คือ

3.1 การให้การดูแลโดยตรง เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น อาบน้ำ ป้อนอาหาร ขับถ่าย เป็นต้น รวมถึงดูแลในการเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

3.2 การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น ความถี่ของการพาผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมเพื่อการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม

3.3 การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถาบันบริการทางสุขภาพ เช่น ช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากแผนการรักษา

3.4 การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้รับการดูแล (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; จารึก ธานีรัตน์, 2545; นันทพร ศรีน้อม, 2545; Krach, & Brooks; 1995; Grant, 1996; Grant, Grandon, Elliott, Giger, & Weaver, 2004;) ดังนี้ ให้การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากข้อจำกัดของผู้รับการดูแล กระตุ้นให้ผู้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการฟื้นหายจากภาวะความเจ็บป่วยตามแผนการรักษา ให้การสนับสนุนบรรเทาความเครียดรวมถึงการให้กำลังใจ เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้รับการดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ สนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา การซื้อหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและค่าใช้จ่ายส่วนตัว ให้การดูแลจัดและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ผู้รับการดูแลมีความปลอดภัย จัดหาสถานบริการสุขภาพให้ผู้รับการดูแลได้รับบริการที่เหมาะสมตามสภาพการเจ็บป่วย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลวิธีในการจัดการของผู้ดูแลมีลักษณะของการจัดการแบบองค์รวม (Kespichayawattana, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการของผู้ดูแล ซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เกิดจากการเรียนรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่ง

ปัจจุบันแพทย์ และพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Kespichayawattana (1999) กล่าวว่า กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ดูแล ประกอบด้วย การจัดการกับอาการทางกาย การจัดการทางด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ

บรรจง คำหอม (2539) กล่าวว่า กลวิธีการจัดการของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้รับการดูแลที่มีบาดแผลหลังการผ่าตัด คือ การทำแผลให้ที่บ้าน นำผู้รับการดูแลไปล้างแผลหรือตัดไหมที่สถานบริการสุขภาพ

กนกพร สุคำวัง (2546) กล่าวถึงกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้รับการดูแลหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย การกระตุ้นเตือนให้ผู้รับการดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่อยู่ในท่าที่เป็นข้อห้ามหลังการผ่าตัด ช่วยเหลือผู้รับการดูแลขณะฝึกเดินหรือออกกำลังกาย จัดยาให้รับประทานเพื่อป้องกันการได้รับยาคลาดเคลื่อน

ผู้รับการดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ มักประสบปัญหาจากความเสื่อมตามวัยของระบบการทำงานในร่างกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้กลวิธีในการช่วยเหลือให้เกิดความสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ดูแลผิวหนังเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ จัดท่านอนเพื่อลดการกั้งของเสมหะ ในทางเดินหายใจ บริหารเพื่อลดการเกิดข้อติดและท้องผูก จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยเพื่อลดการพลัดตกหรือการเกิดอุบัติเหตุ

จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแลบรรเทาจากอาการรบกวนที่เกิดจากความเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงต้องมีการะงานที่เพิ่มขึ้นหลายด้านตามความต้องการของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ดูแลส่วนใหญ่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล กลวิธีการจัดการของผู้ดูแลจึงมีลักษณะการดูแลแบบองค์รวม

กล่าวได้ว่า กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งหมด การจัดการกับอาการจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้น เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง มีปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหลายประการ เช่น ความอดทนของผู้ป่วย วิธีการฝึกฝนที่ไม่ถูกต้อง ขาดความต่อเนื่อง ความเชื่อว่าต้องรักษาด้วยยาจึงจะได้ผล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เพียงพอ และส่วนใหญ่ยังคิดว่าไม่ใช่โรคร้ายแรงไม่ต้องพบแพทย์ (Wilson, Brown, Shin, Luc, & Subak, 2001) การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากไม่สามารถหักห้ามความต้องการและความเคยชินของตนเองได้ บางรายงานการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุบางรายละเลยที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาและการปรับพฤติกรรมเนื่องจากส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่บ้าน อยู่ใกล้ห้องน้ำและไม่จำเป็นต้องออกสังคม จึงไม่กังวลถึงกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Yamaguchi, 2004)

ปัจจัยที่ลดโอกาสประสบความสำเร็จของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ทักษะในการสอนการฝึกทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ไม่มีเวลาเพียงพอในการติดตามประเมินผลการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ระบบสุขภาพขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อในระดับชุมชน ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินยังไม่แพร่หลาย ต้องค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ตและเป็นภาษาต่างประเทศจึงเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาความรู้สำหรับบุคลากร

คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้าง มีความหลากหลายและแตกต่างในรายละเอียด แนวคิดคุณภาพชีวิตเริ่มมีขึ้นตั้งแต่สมัยอริสโตเติล (Aristotle) ซึ่งเป็นนักปรัชญา กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ความผาสุก (Zhan, 1992) ส่วน สุภางศ์ จันทวานิช และวิศนี ศิลตระกูล (2539) มีความเห็นว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นแนวคิดที่ยากจะนิยามให้เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันในสังคมทั่วไปด้วยเหตุผลคือ การรับรู้และตีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ภาษา สังคม และค่านิยม แต่อย่างไรก็ตามค่อนข้างเป็นที่ยอมรับตรงกันว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของความพึงพอใจ และความผาสุกในชีวิต หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน คุณภาพชีวิตในทัศนะทางการแพทย์ เช่น ทัศนะของโอเร็ม (Orem, 1985) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (Kuyken, 1995 อ้างใน กัญญารัตน์ ชูชาติ และคณะ, 2553: 129) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่ คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความ

หลากหลายขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลที่มีต่อองค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (Cambell, et al., 1796 อ้างใน พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2550)

มีผู้ให้ความหมายขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน เช่น เฟอร์รานส์ และ เพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) กล่าวว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพและหน้าที่ (health & functioning) เศรษฐสังคม(socioeconomic) จิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual) และครอบครัว สำหรับพาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว นอกจากนี้ ชาน (Zhan, 1992) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยความพึงพอใจในเรื่องทั่วไป ความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษาและรายได้ หรือเศรษฐกิจ ความต้องการในด้านต่างๆ ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็ จะทำให้บุคคลมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากมุมมองของนักวิชาการที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่าสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในทัศนะของผู้วิจัย หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อสภาวะสุขภาพของตนในขณะนั้น สามารถรับรู้และอธิบายความรู้สึกของตนเองได้ว่ามีความสุข ความพึงพอใจต่อสุขภาพ และมีความสามารถในระดับใด สามารถตอบสนองความรู้สึกของตนได้ด้วยการปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้บริบทภายในและภายนอกตน ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงสามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดความผาสุกของผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต จึงมีผลทำให้ไม่มีเครื่องมือวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตที่จัดว่ามีความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นที่ดีที่สุดตามไปด้วย ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย หรือผู้นำไปใช้ ซึ่งสามารถประเมินได้หลายแนวทาง เช่น พิจารณาจากโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่

2.1 การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถาม

เดียวสรุปคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดซึ่ง แคนทริล (Cantril, 1963 อ้างใน เตือนใจ เสงี่ยม, 2542) ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อ ปัญหาสัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่างๆให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2.2 การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้ สามารถแสดงให้เห็นว่าทำไมคนเราจึงพอใจและไม่พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีผลจากองค์ประกอบต่างๆมากมาย เช่น สถานภาพส่วนบุคคล แบบแผนการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ส่วนการที่ผู้วิจัยเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบขึ้นอยู่กับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วยและการรักษาย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติ และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่างๆของชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างมากที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะเข้าใจว่าการมีอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการมีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นมุมมองของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หรือการบริการสาธารณสุขอย่างเข้าใจความเป็นมนุษย์ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้นควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญกับตัวโรค

3. เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่แปลเป็นภาษาไทย และนิยมนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคต่างๆ ได้แก่ SF-36 (Short form 36) เป็นการประเมินแบบโครงสร้างหลายมิติ ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางกายภาพ ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านอาการปวด ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ด้านพลังงาน(vitality) ด้านการทำหน้าที่ในสังคม ด้านอารมณ์ และด้านสุขภาพจิต มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิต 100 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด (Suvit Bunyavejchevin, & Somnuek Veeranarapanich, 2005) ผล

การทดสอบค่าความตรงและความเที่ยงในเครื่องมือชุดนี้มีความน่าเชื่อถือและยอมรับได้ (Kongsakon & Silpakit, 2000)

เดมน์กวิชัยใช้เครื่องมือที่พัฒนามาก่อนหน้านั้นเพื่อวัดผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน เช่น วัดคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ SF-36 วัดสภาวะทางด้านอารมณ์ (Emotional status) ด้วยเครื่องมือ The Center for Epidemiological Studies-Depression subscale (CES-D) เป็นต้น แต่ยังไม่มีเครื่องมือที่สามารถวัดผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการครอบคลุมผู้ป่วยทั้งที่มีและไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราด ในปี ค.ศ. 2002 คอยน์ และคณะ (Coyne, et al., 2002) จึงได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะไวเกินขึ้นเรียกว่า Overactive bladder questionnaire (OAB-q) สามารถนำไปใช้วัดผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการในกลุ่มผู้ป่วยได้ทั้งที่มีและไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราด และปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้ง ในปี ค.ศ. 2004 (Coyne, Lai, Zyczynski, Kopp, Avery, & Abrams, 2004) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรม 2) ด้านความวิตกกังวล 3) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านการนอนหลับ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยคิดเป็นคะแนนคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของ คอยน์และคณะ (Coyne, et al., 2002) แปลโดย Sujinda Chaiparyorm (2007) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สตีเวอร์ท และคณะ (Stewart, et al., 2001) ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีระดับคะแนนต่ำกว่า มีอาการซึมเศร้ามากกว่า และคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่มีกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิเบอร์แมน และคณะ (Lieberman, et al., 2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรอาศัยในเขตชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสุ่มตัวอย่างแบบ age stratification ใช้ SF-20 เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางกายภาพ การทำหน้าที่ตามบทบาท สุขภาพจิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอาการปวดตามร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านในระดับต่ำ

Sujinda Chaiparyorm (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศหญิงที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินและรับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 110 ราย ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ คอยน์และคณะ (Coyne, et al., 2002) ที่สามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพ 4 ด้าน คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความวิตกกังวล ด้านการนอนหลับ และด้านการเผชิญปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนอยู่ในระดับดี

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินหลายรายงานระบุตรงกันว่ามีเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Health related Quality of Life) และจากการประเมินด้วยเครื่องมือดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะมีคุณภาพชีวิตลดลง

ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิต

ตามได้กล่าวข้างต้น แบบจำลองการจัดการกับอาการที่ดอดด์ และคณะ (2001) อธิบายว่า ประสิทธิภาพการมีอาการกับผลลัพธ์การจัดการกับอาการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยอาการเป็นความปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายหรือพฤติกรรม บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเองแล้วมีการประเมินถึงความรุนแรงจากอาการดังกล่าว ความรุนแรงของอาการจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วย อาการที่มีผลกระทบด้านลบต่อบุคคลนั้นมาก บุคคลจะประเมินว่ามีความรุนแรงมาก ส่วนคุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ของการมีอาการ และกลวิธีการจัดการกับอาการ สามารถประเมินตามความรู้สึกและบ่งบอกระดับความผาสุกของตนภายใต้บริบทของการมีอาการที่ผิดปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีอาการรบกวนที่เกิดจากความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และพบรายงานวิจัยที่สนับสนุนว่า หากความรุนแรงของการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากขึ้นจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เช่น

ฮอมมา และ โกโตะ (Homma & Gotoh, 2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน จำนวน 194 คน กลุ่มตัวอย่างอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพของการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือ Overactive bladder Symptom Score (OABSS) ที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอมมา และคณะ (Homma, Yoshida & Seki, 2006) ประเมินความรุนแรงของการมีอาการเป็น 3 ระดับคือ อาการรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก และใช้เครื่องมือ Short-Form 36 (SF 36) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วยสถิติ spearman rank test พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.27 ซึ่งหมายความว่าความรุนแรงของการมีอาการมีทิศทางตรงกันข้ามกับ

คุณภาพชีวิตโดยรวม นั่นคือหากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการมากขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมจะลดลง

จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นว่าการศึกษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในเพศชายในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากฐานข้อมูลการศึกษาวิจัยของประเทศไทยยังไม่มีรวบรวมไว้เป็นระบบเหมือนในต่างประเทศ พบมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในผู้ป่วยเพศชายเพียง 1 รายงาน เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่ทำการศึกษาในคลินิกของสถานบริการ แต่ไม่ได้ศึกษาการจัดการกับกลุ่มอาการและผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเพศชายในต่างประเทศใช้กลวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างจากเพศหญิงในบางเรื่อง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การมีกลุ่มอาการของผู้ป่วยเพศชาย กลวิธีที่ใช้จัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยว่ามีการจัดการที่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผู้ป่วยเพศชายมีคุณภาพชีวิตอย่างไร และความรุนแรงของการมีอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งผลการค้นพบจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ย่อมจะนำประโยชน์ให้แก่วิชาชีพพยาบาลในด้านการพัฒนาองค์ความรู้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทุกรายที่มารับบริการหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 110 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
 2. มีอาการรบกวนของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราดมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป
 3. รู้สึบดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ ไม่พบอาการสับสนโดยประเมินการรับรู้ และความเข้าใจจากแบบการตรวจสุขภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental State Examination; MMSE) ของกรมสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
 4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ รู้เรื่องและเข้าใจ
 5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา
1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อของระบบการขับถ่ายปัสสาวะ และมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ
 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีคิดของ Cohen (1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และค่า correlation coefficient = 0.27 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยบัญญัติไตรยางศ์ ได้จำนวน = 110 ราย

สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างใน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามวันและเวลาให้บริการ ดังนี้ ในเวลาราชการวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00 น.-12.00 น. นอกเวลาราชการวันจันทร์ วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 17.00 น.-20.00 น. และวันเสาร์ เวลา 09.00-12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามวิธีการจัดการกับอาการ โดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

รายละเอียดในแต่ละเครื่องมือ มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากเอกสาร ตำรา และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูล อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาของการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษากับแพทย์ เหตุผลที่เข้ารับการรักษาลิทธิการรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา เครื่องดื่มที่รับประทานประจำ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลโดยตรง และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

2. แบบสอบถามอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แบบสอบถามชุดนี้ใช้ประเมินความรุนแรงผู้รับบริการที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตามอาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ของ คอยน์ และคณะ (Coyne, et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุจินดา ไชยพยอม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมอาการ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะเร่งรีบ และปัสสาวะเล็ดราด แต่ละข้อให้เลือกตอบตามมาตรฐานประมาณค่าของลิเกิร์ต 6 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีเลย
คะแนน 2	หมายถึง	น้อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	บางครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	บ่อยครั้ง
คะแนน 5	หมายถึง	บ่อยมาก
คะแนน 6	หมายถึง	บ่อยมากที่สุด

นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณความรุนแรงของการมีอาการ โดยคำนวณรายข้อและภาพรวม แปลงค่าเป็นร้อยละ ตามวิธีการคำนวณในภาคผนวก ง. ร้อยละที่มีค่ามากหมายถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าการมีความรุนแรงมากกว่าร้อยละที่มีค่าคะแนนน้อย ในการศึกษาแบ่งระดับความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินออกเป็น 3 ระดับ (Sujinda Chaiparyorm, 2007: 37) ได้แก่

ร้อยละ 0-39	หมายถึง	ความรุนแรงเล็กน้อย
ร้อยละ 40-69	หมายถึง	ความรุนแรงปานกลาง
ร้อยละ 70-100	หมายถึง	ความรุนแรงมาก

คุณภาพของแบบสอบถาม คอยน์ และคณะ (2002) ได้นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในชุมชนและผู้รับการตรวจในคลินิกโรคไตบดเคี้ยว ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 254 และ 736 ราย ตามลำดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .94 ตามลำดับ (Coyne, et al., 2002) และสุจินดา ไชยพยอม ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคโดยรวม .72 (Sujinda Chaiparyorm, 2007) สำหรับการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอหรือแผนกผู้ป่วยด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.83 แล้วปรับปรุงแบบสอบถามตามที่

ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำตรงกันอย่างน้อย 3 ใน 5 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองศึกษากับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกสัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .89 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .91

3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยตัวผู้ป่วยเอง การจัดการกับกลุ่มอาการโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และคำราที่เกี่ยข้อง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือกจำนวน 21 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-21 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 22 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ

3.2 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยแพทย์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือก แบ่งเป็น 4 กลวิธีใหญ่ 1) กลวิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยา มีจำนวน 8 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-7 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 8 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ 2) กลวิธีการรักษาโดยการใช้ยา มีจำนวน 2 ตัวเลือก เลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก 3) การรักษาด้วยการผ่าตัด และ 4) การรักษาอื่นๆ มีจำนวนอย่างละ 1 ตัวเลือก

3.3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือก แบ่งเป็น 2 กลวิธีใหญ่ 1) การดูแลโดยวิธีไม่ใช้ยา มีจำนวน 6 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-5 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 6 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ 2) การดูแลโดยการให้ยา มีจำนวน 1 ตัวเลือก โดยตัวเลือกที่ 2 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ

3.4 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นแบบตัวเลือกจำนวน 9 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-8 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 9 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ

คุณภาพของแบบสอบถามผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรคระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอหรือแผนกผู้ป่วยด้านสัลยกรรมระบบปัสสาวะ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index ของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.85

ความตรงของเนื้อหาแต่ละส่วนเท่ากับ 0.87, 0.84, 0.67 และ 1 ตามลำดับ แล้วปรับปรุงแบบสอบถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำตรงกันอย่างน้อย 3 ใน 5 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองศึกษากับผู้ป่วยเพศชายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกสัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาสัมประสิทธิ์ของ ครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .81 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .87

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ของ คอยน์และคณะ (Coyne, et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุจินดา ไชยพยอม ประกอบ ด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ วิธีการเผชิญปัญหา ด้านความวิตกกังวล ด้านการนอนหลับ และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

4.1 ด้านวิธีการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คือคำถามข้อที่ 1,3,8,13,14,18,24 และ 25

4.2 ด้านความวิตกกังวล ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ คือคำถามข้อที่ 4,5,6,11,15,17 และ 21

4.3 ด้านการนอนหลับ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คือคำถามข้อที่ 2,7,9,16 และ 22

4.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คือคำถามข้อที่ 10,12,19,20 และ 23

แต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรฐานประมาณค่าของลิเกิร์ต 6 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีเลย

คะแนน 2 หมายถึง น้อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง บ่อยครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง บ่อยเกือบตลอดเวลา

คะแนน 6 หมายถึง ตลอดเวลา

นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณคุณภาพชีวิต โดยคำนวณรายด้านและภาพรวม แปลงค่าเป็นร้อยละ ตามวิธีการคำนวณในภาคผนวก ก ร้อยละที่มีค่ามากหมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าร้อยละที่มีค่าคะแนนน้อย ในการศึกษาที่แบ่งระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินออกเป็น 3 ระดับ (Sujinda Chaiparyorm, 2007: 37-38) ได้แก่

ร้อยละ 0-39	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี
ร้อยละ 40-69	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
ร้อยละ 70-100	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

คุณภาพของแบบสอบถาม OAB-q คอยน์ และคณะ (2002) ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในชุมชนและผู้ป่วยที่มารับการตรวจในคลินิกโรคอุจจาระผิดปกติอเมริกา จำนวน 254 และ 736 ราย ตามลำดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ .96 ด้านวิธีการเผชิญปัญหาเท่ากับ .94 ด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .93 ด้านการนอนหลับเท่ากับ .94 และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ .89 (Coyne, et al., 2002) และสุจินดา ไชยพยอม ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ .95 (Sujinda Chaiparyorm, 2007) การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรกระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโรกระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอหรือแผนกผู้ป่วยด้านศัลยกรรมระบบปัสสาวะ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.84 แล้วปรับปรุงแบบสอบถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำตรงกันอย่างน้อย 3 ใน 5 แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองศึกษากับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบปัสสาวะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .79 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยในคน และผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยเก็บข้อมูล 1 คน ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยไม่ปิดบัง ให้โอกาสซักถามจนกลุ่มตัวอย่างพอใจ
2. ให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา
4. คำนึงถึงความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจโรคตามขั้นตอนจนครบถ้วน หรือมีการบรรเทาอาการรบกวนจากการขยับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างให้จะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างไม่ว่ากรณีใดๆ และข้อมูลที่ได้จะไม่ถูกเปิดเผย
6. ผู้วิจัยแสดงท่าทีที่สุภาพอ่อนโยนต่อกลุ่มตัวอย่าง หลีกเลี่ยงคำถามที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกในแง่ลบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นวางแผนและเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือแนะนำตัวของนักศึกษา
3. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกคัดกรองระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
5. ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลคือ เลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลทางการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้เครื่องมือวิจัยในแต่ละส่วนจนมั่นใจว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน และทดลองเก็บข้อมูลในเวลาเดียวกัน 1 วัน ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลสอบถามในประเด็นที่สงสัย

ขั้นตอนการ

1. ศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยชายที่มารับบริการแผนกหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยแผนก ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. คัดกรองผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจากแบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (เครื่องมือชุดที่ 2) ตามคำจำกัดความของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดให้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาและตอบแบบสอบถาม โดยยึดตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
3. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามลำดับดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (เครื่องมือชุดที่ 1) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล (เครื่องมือชุดที่ 3) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (เครื่องมือชุดที่ 4) โดยใช้ เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะใช้วิธีการอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบ
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามชุดที่ผู้ป่วยตอบเอง แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานฐานนิยม
2. การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และความรุนแรงของกลุ่มอาการ วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ

4. คุณภาพชีวิต วิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ด้วยสถิติ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำคะแนนที่ได้มาปรับแก้ (transform score) ตามภาคผนวก ง. แล้วจำแนกระดับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ ร้อยละ

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's product moment - correlation coefficient

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความ รุนแรงของการมีอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน ผลการวิจัยประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 อาการอาการรบกวน และความรุนแรงของการมีอาการ

ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ผลของอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 42 ถึง 80 ปี อายุเฉลี่ย 65.85 ปี (S.D. = 8.28) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 70 ไม่มีรายได้ต่อเดือน สำหรับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.9 (S.D. = 2.89) ร้อยละ 47.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.4 มีกลุ่ม อาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินนาน 1-5 ปี และร้อยละ 60.9ได้รับการรักษาอาการกระเพาะปัสสาวะ ไวเกินนาน 1-5 ปี เช่นกัน เหตุผลที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 34.5 มีมากกว่า 1 เหตุผล ร้อยละ 23.6 เข้ารับการรักษานี้เนื่องจากคำแนะนำจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน/ญาติ สิทธิการรักษา ร้อยละ 53.6 ชำระ เงินเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.3 รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 59.1 ไม่มียาหรือ สารที่รับประทานเป็นประจำนอกจากยาที่แพทย์สั่ง ส่วนผู้ดูแลร้อยละ 46.4 เป็นภรรยา และ สภาพแวดล้อมรวมถึงที่อยู่อาศัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีห้องน้ำในบ้านตนเอง สามารถเข้า

ห้องน้ำได้สะดวก จำนวนห้องน้ำเพียงพอกับจำนวนผู้ต้องการใช้ในเวลาเดียวกัน และร้อยละ 90.9 ห้องน้ำอยู่ใกล้กับห้องทำงาน/ห้องนอน ข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
พิสัย = 42-80; ค่าเฉลี่ย = 65.85; S.D = 8.28		
40-45 ปี	7	6.4
46-50 ปี	3	2.7
51-55 ปี	3	2.7
56-60 ปี	3	2.7
60 ปีขึ้นไป	94	85.5
สถานภาพสมรส		
โสด	9	8.2
คู่	83	75.5
หม้าย	8	7.3
หย่า/แยก	10	9.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	19	17.3
ประถมศึกษา	44	40.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	5.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	13.6
ประกาศนียบัตร	5	4.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	21	19.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66	60.0
รับราชการ/พนักงานรับวิสาหกิจ	15	13.6
รับจ้าง/ลูกจ้าง	2	1.8
ค้าขาย	5	4.5
เกษตรกร	11	10.0
พ่อบ้าน	11	10.0

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	77	70.0
ไม่เกิน 5,000 บาท	0	0.0
5,001-10,000 บาท	8	7.3
10,001-15,000 บาท	6	5.5
15,001-20,000 บาท	2	1.8
20,001-25,000 บาท	1	.9
25,001-30,000 บาท	2	1.8
30,000 บาทขึ้นไป	14	12.7
ค่าดัชนีมวลกาย		
ค่าเฉลี่ย = 24.9 ; S.D.=2.89		
ฐานนิยม = 23.46, 23.88, 25.22, 26.56		
ต่ำกว่าค่าปกติ	2	1.8
ปกติ	38	34.5
มากกว่าค่าปกติ	70	63.6
โรคประจำตัว		
มี	58	52.7
ความดันโลหิตสูง	34	30.9
เบาหวาน	2	1.8
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3	2.7
โรคอื่นๆ	14	12.7
ไม่มี	52	47.3
ระยะเวลาการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน		
1-6 เดือน	13	11.8
6 เดือน- 1 ปี	6	5.5
1- 5 ปี	73	66.4
มากกว่า 5 ปี	18	16.4

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รับการรักษา		
1-6 เดือน	16	14.5
6 เดือน- 1 ปี	11	10.0
1- 5 ปี	67	60.9
มากกว่า 5 ปี	16	14.5
เหตุผลที่เข้ารับการรักษา		
มี 1 เหตุผล	72	65.5
อาการรบกวนการดำเนินชีวิต	34	47.2
กลัวว่าจะมีความผิดปกติร้ายแรง	1	.9
คำแนะนำจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน/ญาติ	26	23.6
ได้รับข้อมูลจากสื่อทางด้านสุขภาพ	6	5.5
ตรวจพบโดยบังเอิญ	5	4.5
มากกว่า 1 เหตุผล	38	34.5
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	59	53.6
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	8	7.3
เบิกได้/ชำระการบำบัด	42	38.2
สิทธิสวัสดิการ	1	.9
ความต่อเนื่องของการรักษา		
ต่อเนื่องตามนัด	107	97.3
ไม่ต่อเนื่องตามนัด	3	2.7
เครื่องมือที่รับประทานเป็นประจำทุกวัน		
เครื่องมือจำพวก ชา กาแฟ	27	14.5
เบียร์/สุรา	2	10.0
เครื่องมือจำพวก ชา กาแฟ และเบียร์/สุรา	1	.9
อื่นๆ	15	14.5
ไม่ใช้	65	59.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า		
ผู้อื่น		
ภรรยา	51	46.4
บุตร	34	30.9
คนรับใช้	4	3.6
เพื่อนบ้าน	2	1.8
อื่นๆ	15	13.6
ไม่มีผู้ดูแล	4	3.6
สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย		
การมีและใช้ห้องน้ำ		
มีห้องน้ำในบ้านตนเอง	110	100
ระยะห่างห้องน้ำกับห้องทำงาน/ห้องนอน		
อยู่ใกล้กัน	100	90.9
อยู่ไกลกัน	10	9.1
ความสะดวกในการใช้ห้องน้ำ		
สะดวก	110	100
ความเพียงพอของห้องน้ำกับจำนวนผู้ต้องการใช้ในเวลาเดียวกัน		
เพียงพอ	110	100

ส่วนที่ 2 อาการอาการรบกวน และความรุนแรงของการมีอาการ ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีอาการอย่างไร และกลุ่มอาการมีความรุนแรงอย่างไร

จากการศึกษาพบว่า คะแนนรวมของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนระหว่าง 11 ถึง 46 คะแนนเฉลี่ย 25.42 (S.D. = 8.62) และความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเท่ากับร้อยละ 43.55 หรือมีความรุนแรงในระดับปานกลาง ซึ่งอาการรบกวนที่พบมากที่สุด ร้อยละ 100 คือ อาการปัสสาวะเร่งรีบเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือน หรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อย รองลงมา ร้อยละ 98.18 มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางวัน โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะมีอาการรบกวนมากกว่า 1 อาการ อาการรบกวนที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากที่สุดคือ ต้องตื่นเพื่อขับถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.61 คะแนน (S.D.= 1.34) และมีคะแนนความรุนแรงของอาการเท่ากับร้อยละ 52.18 หรือมี ความรุนแรงในระดับปานกลาง รองลงมาคืออาการถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืน มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D. = 1.41) และมีคะแนนความรุนแรงของอาการเท่ากับร้อยละ 51.64 มีความ รุนแรงในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรุนแรงของอาการ
รบกวนของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความ รุนแรง ของ อาการ (ร้อยละ)	ระดับ
ภาพรวมของอาการ	110 (100.0)	11-46	25.42	8.62	43.55	ปานกลาง
อาการรบกวนรายชื่อ						
- อาการปัสสาวะเร่งรีบ เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มี อาการเตือนหรือมีอาการ เตือนเพียงเล็กน้อย	110 (100)	2-6	3.24	1.23	30.91	เล็กน้อย
- ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอน กลางวัน	108 (98.18)	1-6	3.30	1.37	46.91	ปานกลาง
- การปวดปัสสาวะทำให้เกิด ความรู้สึกไม่สุขสบายจนต้อง ไปถ่ายปัสสาวะ	107 (97.27)	1-6	3.35	1.25	46.00	ปานกลาง
- ถ่ายปัสสาวะบ่อยตอน กลางคืน	107 (97.27)	1-6	3.58	1.41	51.64	
- ต้องตื่นเพื่อขับถ่าย ปัสสาวะตอนกลางคืน มากกว่า 1 ครั้ง	104 (94.55)	1-6	3.61	1.34	52.18	ปานกลาง
- ควบคุมความรู้สึกปวด ปัสสาวะแบบเร่งรีบไม่ได้	99 (90.00)	1-5	2.86	1.192	46.59	ปานกลาง
- ปัสสาวะเล็ดราดออกมา ร่วมกับมีอาการอยากถ่าย ปัสสาวะมาก	92 (83.64)	1-5	2.82	1.198	45.45	ปานกลาง
- มีปัสสาวะเล็ดราดออกมา โดยไม่ทันเตรียมตัว	87 (79.09)	1-6	2.69	1.45	33.82	เล็กน้อย

ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล ผู้ป่วยเพศชายมี กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะ ปัสสาวะไวเกินโดยทั่วไปอย่างไร และรับรู้การจัดการกับ กลุ่มอาการโดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลอย่างไร

จากผลการวิจัยพบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการรบกวนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง การรีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น และการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (94.5%, 93.6% และ 85.5% ตามลำดับ) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้น้อยที่สุด คือ ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยารับประทานเอง (.9%)

สำหรับการรับรู้การจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยแพทย์ พบว่า แพทย์ใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคมกกว่าวิธีอื่น รองลงมาคือ การใช้ยาชนิดเดียว และ ให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ (70.0%, 50.0% และ 41.8% ตามลำดับ) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการที่แพทย์เลือกใช้น้อยที่สุด คือ แนะนำให้หลีกเลี่ยงรับประทานผัก ผลไม้ และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ (11.8%) สำหรับกลวิธีการจัดการที่แพทย์ไม่ได้เลือกใช้คือ การผ่าตัด และการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

การจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ายพยาบาลใช้วิธีการให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา มากที่สุด รองลงมาคือ สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ และ สอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (54.5%, 23.6% และ 22.7% ตามลำดับ) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการที่พยาบาลเลือกใช้น้อยที่สุด คือ แนะนำให้หลีกเลี่ยงรับประทานผัก ผลไม้ และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ (10.9%)

ส่วนการรับรู้ต่อการจัดการกับอาการรบกวนโดยผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจัดการกับอาการรบกวนโดยให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน และให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน (80.9%) รองลงมาได้แก่ ให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (73.6%) และ เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพ (65.5%) ส่วนกลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ดูแลเลือกใช้น้อยที่สุด คือ กระตุ้นการบริหารและออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (18.2%) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล (N=110)

กลวิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
โดยผู้ป่วย		
ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้าน	104	94.5
หรือก่อนการเดินทาง		
รีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น	103	93.6
รักษาด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์	94	85.5
ขอคำแนะนำจากแพทย์	89	80.9
เมื่ออยู่นอกบ้านต้องหาตำแหน่งของห้องน้ำและ	80	72.7
พยายามอยู่ใกล้ห้องน้ำเสมอ		
เข้าห้องสุขาเพื่อปัสสาวะบ่อยขึ้น	78	70.9
หลีกเลี่ยงกิจกรรมนอกบ้าน	68	61.8
จัดตารางเวลาการถ่ายปัสสาวะ	63	57.3
สวมใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องแต่งกายที่สามารถถอดได้ง่าย	59	53.6
เปลี่ยนเครื่องแต่งกายใหม่เมื่อมีปัสสาวะเล็ดราด	57	51.8
หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ กาแฟ	46	41.8
ผงโซดา		
หลีกเลี่ยงไม่ให้มีอาการท้องผูก	44	40.0
ดื่มน้ำน้อยลงโดยเฉพาะเมื่อต้องเดินทางไกล	41	37.3
หรือทำธุระนอกบ้าน		
ฝึกกลั้นปัสสาวะ	32	29.1
หลีกเลี่ยงเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเย็น	28	25.5
บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	24	21.8
หลีกเลี่ยงรับประทานผัก ผลไม้ หรือสมุนไพร	21	19.1
ที่ทำให้ปัสสาวะเพิ่มขึ้น		
ใช้ยาสมุนไพร	21	19.1
ใช้ผ้าอ้อมกันซึมเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน	12	10.9
ใช้ผ้าอ้อมกันซึมตลอดเวลา	5	4.5
ซื้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยารับประทานเอง	1	.9

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล (N=110) (ต่อ)

กลวิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
โดยแพทย์		
การใช้ยา		
รักษาโดยใช้ยาชนิดเดียว	46	41.8
รักษาโดยใช้ยามากกว่า 1 ชนิด	45	40.9
การไม่ใช้ยา		
ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค	77	70.0
ให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ	55	50.0
ให้จัดทำตารางเวลาการขับถ่ายปัสสาวะ	45	40.9
ให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	44	40.0
ให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น	37	33.6
ให้ปรับปริมาณน้ำดื่ม	36	32.7
ให้หลีกเลี่ยงรับประทานผัก ผลไม้ และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ	13	11.8
โดยพยาบาล		
ให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา	60	54.5
สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ	26	23.6
สอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน	25	22.7
ให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น	24	21.8
สอนสาธิตวิธีการจัดทำตารางเวลาการขับถ่ายปัสสาวะ	20	18.2
สอนสาธิตวิธีการปรับปริมาณน้ำดื่ม	12	10.9
ให้หลีกเลี่ยงรับประทานผัก ผลไม้ และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ	12	10.9

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล (N=110) (ต่อ)

กลวิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
โดยผู้ดูแล		
ให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรง	89	80.9
ให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์	89	80.9
ให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน	81	73.6
เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสถาน บริการสุขภาพ	72	65.5
จัดให้มีห้องสุขาหรือกระโถนรองรับปัสสาวะ ไว้ใกล้ผู้ป่วยเพื่อขับถ่ายปัสสาวะได้สะดวก	70	63.6
จัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยต่อการขับถ่าย ปัสสาวะ	66	60.0
จัดหาอุปกรณ์ให้ใช้ได้อย่างเพียงพอ	28	20.5
กระตุ้นการบริหารและออกกำลังกายกล้ามเนื้อเชิงกราน	20	18.2

ส่วนที่ 4 ผลของอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยทั่วไปเป็นอย่างไร

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 70.37 (พิสัย 25-124, S.D.= 14.28) เมื่อปรับแก้เป็นระดับคุณภาพชีวิตตามวิธีการคำนวณในภาคผนวก ง. จะได้คุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับร้อยละ 63.7 หรือมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน คือ ด้านวิธีการเผชิญปัญหา ด้านความวิตกกังวล ด้านการนอนหลับ และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย = 11.03, พิสัย = 5-20, S.D.= 20.58) คุณภาพชีวิตด้านที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านวิธีการเผชิญปัญหา (คะแนนเฉลี่ย = 20.57, พิสัย = 8-41, S.D.= 28.02) ด้านความวิตกกังวล (คะแนนเฉลี่ย = 20.51, พิสัย = 7-37, S.D.= 23.91) และด้านการนอนหลับ (คะแนนเฉลี่ย = 15.64, พิสัย = 5-26, S.D.= 22.60) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

คุณภาพชีวิต	Possible range	Actual range	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Transformed Score(%)	ระดับ คุณภาพ ชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25-150	25-124	70.37	14.28	63.70	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	5-30	5-20	11.03	20.58	75.89	ดี
ด้านวิธีเผชิญปัญหา	8-48	8-41	20.57	28.02	68.57	ปานกลาง
ด้านความวิตกกังวล	7-42	7-37	20.51	23.91	61.40	ปานกลาง
ด้านการนอนหลับ	5-30	5-26	15.64	22.60	57.45	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอย่างไร

จากผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของการมีอาการรบกวนในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเพศชาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เท่ากับ - .617 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ความรุนแรงของกลุ่มอาการ	ระดับคุณภาพชีวิต
ความรุนแรงของกลุ่มอาการ		- .617**
ระดับคุณภาพชีวิต	- .617**	

** $p < .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของกลุ่มอาการเท่ากับ ร้อยละ 43.55 หรือมีความรุนแรงในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ซึ่งทำการศึกษาในสตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 รายพบว่าความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเท่ากับร้อยละ 43.92 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไดออกโน และคณะ (Diokno, Lee, Zorn, Lenderking, Grossman, Pharmed, et al., 2001) ซึ่งพบว่าความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเท่ากับร้อยละ 59.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้ยังไม่นาน โดยร้อยละ 83.6 มีอาการ 1-5 ปี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.3) เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ได้รับการแก้ไขอาการบรรเทาได้อย่างทันที่

เมื่อพิจารณาอาการบรรเทาเป็นรายชื่อ คือ อาการปัสสาวะเร่งรีบ อาการปัสสาวะบ่อย อาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน และอาการปัสสาวะเล็ดราด ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการบรรเทา มากกว่า 1 อาการ ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่กำหนดโดย International Continence Society (ICS) ในปี 2002 ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอาจปรากฏอาการบรรเทาได้เพียงอาการเดียวหรือหลายอย่างร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้มีอาการปัสสาวะเร่งรีบเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือนหรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อยเป็นอาการบรรเทาที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความของ ICS ที่กล่าวว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นกลุ่มอาการที่มีอาการปัสสาวะเร่งรีบเป็นอาการบรรเทาที่สำคัญ (Abrams, et al., 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาของวานเดอร์วาร์ท และคณะ (Van Der Vaart, et al., 2002) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงชาวเนเธอร์แลนด์ ที่พบอาการปัสสาวะเร่งรีบมากที่สุด (ร้อยละ 45.4) และ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิทยา ฐิตาพันธ์ และคณะ (2545) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลสตรี โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีอาการปัสสาวะเร่งรีบมากที่สุด (ร้อยละ 32.8) เช่นกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ที่พบว่าอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเป็นอาการที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 95.5) การที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการปัสสาวะเร่งรีบ เป็น

อาการที่พบมากที่สุด เป็นเพราะในผู้ที่มิกลุ่มอาการนี้จะไม่สามารถทนความรู้สึกกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเริ่มมีแรงดันจากน้ำปัสสาวะมากขึ้นได้ดีเท่าคนปกติ จึงต้องรีบถ่ายปัสสาวะออก แต่น้ำปัสสาวะไม่ได้ถูกขับออกมาทั้งหมด ยังคงมีจำนวนปัสสาวะค้างคั่งในกระเพาะปัสสาวะจึงเกิดแรงกระตุ้นให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะได้อีก ทำให้ช่วงเวลาของการขับถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งลดลงเมื่อเทียบกับคนปกติ และทำให้เกิดอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequency) รวมทั้งเป็นสาเหตุให้ต้องลุกมาถ่ายปัสสาวะในตอนกลางคืนบ่อยขึ้น (nocturia) หรือในกรณีที่เข้าห้องน้ำไม่ทันจึงเกิดอาการปัสสาวะเล็ดราด(urge incontinence) ขึ้นได้ (Chapple, Khullar, Gabriel, & Dooley, 2005) อีกประการหนึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องดื่มที่ทำให้มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ (ร้อยละ 14.5) เบียร์/สุรา (ร้อยละ ร้อยละ 10) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้อยากถ่ายปัสสาวะมากขึ้นไปอีก

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ แม้อาการปัสสาวะเร่งรีบจะเป็นอาการรบกวนที่พบมากที่สุด แต่ความรุนแรงของอาการปัสสาวะเร่งรีบตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความรุนแรงร้อยละ 30.91 หรือมีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ซึ่งเป็นความรุนแรงของอาการที่น้อยที่สุดกว่าอาการรบกวนอื่น โดยอาการรบกวนที่มีความรุนแรงมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ อาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน โดยความรุนแรงของอาการเท่ากับร้อยละ 52.18 (จัดเป็นความรุนแรงในระดับปานกลาง) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ มิลซัม และคณะ (Milsom, et al., 2001) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการปัสสาวะเร่งรีบมีความรุนแรงมากที่สุดถึงร้อยละ 54 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) เป็นผู้สูงอายุ การที่ต้องตื่นเพื่อเข้าห้องน้ำบ่อยในตอนกลางคืนทำให้รบกวนเวลาพักผ่อน จำนวนชั่วโมงการพักผ่อนลดลง จึงรู้สึกง่วงนอนและไม่สดชื่นในตอนกลางวัน (Stewart, et al., 2003) นอกจากนี้การที่มีอายุมากขึ้นจึงอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นและการทรงตัว ทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการเดินเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืนได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงมีความกังวลและรู้สึกว่าการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนรบกวนการดำเนินชีวิตและความปลอดภัยของตนเองมากที่สุด

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ

โดยผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.5) ใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดย ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง รองลงมาคือการรีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น (ร้อยละ 93.6) และการ

ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 85.5) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) และการศึกษาของรัตนา พัฒนธรรมรัตน์ (2548) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทางเป็นการหลีกเลี่ยงอาการรบกวนอื่นๆที่จะตามมา เช่น การต้องตื่นตอนกลางคืนเพื่อปัสสาวะเป็นการขัดจังหวะการพักผ่อน หรือการถ่ายปัสสาวะเล็ดราด (Newman & Giovannini, 2002) เป็นต้น ซึ่งการปรับพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการบังคับการขับถ่ายก่อนที่จะรู้สึกปวด (Skoner, 1994) และทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2548)

โดยแพทย์

โดยทั่วไปพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการของแพทย์สามารถแบ่งได้ 4 วิธีใหญ่ๆ คือ 1) การปรับพฤติกรรมหรือไม่ใช้ยา 2) การใช้ยา 3) การผ่าตัด 4) ใช้วิธีการอื่นๆ ซึ่งมีการศึกษาหลายรายงานที่สนับสนุนว่า การรักษากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่มีประสิทธิภาพต้องใช้กลวิธีหลายแบบควบคู่กัน (Erden & Chu, 2006; Freeman & Adekanmi, 2005; Madersbacher, 2004; Soontrapa, 2002; Wein, 2003; Wein & Rackley, 2006) แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแพทย์ใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ 2 วิธี คือการปรับพฤติกรรมหรือไม่ใช้ยา และการใช้ยา ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบที่มีการจัดการโดยการผ่าตัด หรือใช้วิธีการอื่นๆ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการในระดับปานกลางเท่านั้น

หากพิจารณาพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการโดยการปรับพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่แพทย์ใช้มากที่สุดคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค (ร้อยละ 70) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงรับรู้การจัดการกับกลุ่มอาการที่แพทย์ใช้มากที่สุดคือการให้ความรู้เช่นเดียวกัน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอาการเรื้อรัง การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย และลักษณะทางพยาธิวิทยาจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจสภาวะของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งฮาซิม และแอบรามส์ (Hashim & Abrams, 2005) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นการสนับสนุนการรักษาแบบหนึ่ง

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า แพทย์ใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยการให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 29.1) เป็นลำดับต่อจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกกลั้นปัสสาวะ ทำให้เกิด reflex ย้อนกลับไปยับยั้งการบีบตัว

ของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้แรงดันในท่อปัสสาวะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ส่งผลให้กระเพาะปัสสาวะอยู่เหนือตำแหน่ง suprapubic อาการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติจึงลดลง (Colstrup, 1987; Delancey, 1988 อ้างใน วชิร คชการ, 2546)

ถึงแม้ว่ากลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยการปรับพฤติกรรมจะหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการประหยัคงบประมาณในการรักษา แต่มีผู้ศึกษาพบว่า กลวิธีการจัดการโดยการปรับพฤติกรรมอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ทำให้ผู้ที่มิกลุ่มอาการหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างหรือลดการเข้าสังคม ทำให้รู้สึกเครียด จนต้องขอให้แพทย์เปลี่ยนกลวิธีการจัดการโดยใช้ยาแทน (Horrocks, Somerset, Stoddart & Peters, 2004; Miller & Hoffman, 2006) สำหรับการจัดการกับกลุ่มอาการโดยใช้ยานั้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า แพทย์ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้ยา จำแนกเป็นการใช้ยาชนิดเดียว (ร้อยละ 41.8) และใช้ยามากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 40.9) ควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรม อาจเป็นผลมาจากในปัจจุบันการใช้ยาทำให้การรักษากลุ่มอาการดังกล่าวได้ผลดี ลดอาการรบกวนได้อย่างรวดเร็ว (วชิระ คชการ, 2546) และมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษารายละเอียดชนิดยาที่ผู้ป่วยใช้

โดยพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ระบุว่ากลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่พยาบาลใช้ต่อตนเองมากที่สุดคือ ให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา (ร้อยละ 54.5) รองลงมาคือ สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 23.6) และสอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 22.7) ซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorn (2007) และ นิวแมน (Newman , 2004) ที่พบว่าบทบาทของพยาบาลจะใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยามากที่สุด การที่พยาบาลใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการโดยการให้การคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้องวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) เป็นผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการจำ การรับรู้ การสื่อสารลดลง มีความเสี่ยงที่จะใช้ยาไม่ถูกต้อง เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ง่าย พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในคลินิกจึงต้องมีขั้นตอนการซักประวัติ ทบทวนการใช้ยา การค้นหาความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากยาเบื้องต้นเพื่อสื่อสารให้กับแพทย์ได้อย่างครบถ้วน และช่วยสนับสนุนให้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการของแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การสอน สาธิต เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกประการหนึ่ง และพยาบาลสามารถจัดบริการได้โดยอิสระภายใต้องค์ความรู้ของวิชาชีพ ในขั้นตอนของการบริการพยาบาลจะ

ทำหน้าที่ในการซักประวัติก่อนพบแพทย์ รวมทั้งกำหนดนัดหมายหลังพบแพทย์แล้ว ทำให้มีเวลาให้ผู้รับบริการได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย และในปัจจุบันการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรักษาเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแล การพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ นอกจากนี้การสอน สาธิต เป็นกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน รวมถึงการประสานบริการกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นที่จำเป็น เหล่านี้เป็นบทบาทของพยาบาลในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ

โดยผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นคือ ภรรยา (ร้อยละ 46.4) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 30.9) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีสถานภาพสมรส ยังคงอาศัยกับครอบครัว มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3.6 เท่านั้นที่ไม่มีผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณดูแลใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากที่สุด คือ ให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 80.9) และให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ (ร้อยละ 80.9) รองลงมาคือให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 73.6) และจากข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว (ร้อยละ 60) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 70) จึงจำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแลในหลายๆด้าน เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน การพาไปรับบริการสุขภาพหรือทำกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือทางการเงิน เป็นต้น กลวิธีการจัดการกับอาการในญาติผู้ดูแลจึงสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลของโฮโรวิทซ์ คือ การให้การดูแลโดยตรง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถานบริการทางสุขภาพ และการให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (Horowitz, 1985 อ้างใน David, 1992)

การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอาการรบกวนจากอาการปัสสาวะเร่งรีบ และ ถ่ายปัสสาวะบ่อย จำเป็นต้องใช้ห้องน้ำมากกว่าผู้อื่นในครอบครัว และจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีห้องน้ำในบ้านตนเอง ส่วนใหญ่ห้องน้ำอยู่ใกล้ห้องทำงานหรือห้องนอน (ร้อยละ 90.9) ทำให้สามารถเข้าห้องน้ำได้อย่างสะดวก (ร้อยละ 100) จำนวนห้องน้ำมีเพียงพอกับจำนวนผู้ต้องการใช้ (ร้อยละ 100) จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการขับถ่าย นอกจากนี้ผู้ดูแลจัดให้มีห้องสุขา หรือกระโถนรองรับปัสสาวะไว้ใกล้ผู้ป่วย (ร้อยละ 63.6) และจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย ต่อการขับถ่ายปัสสาวะ (ร้อยละ 60) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลจะมีบทบาทที่สำคัญในการจัดและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ผู้รับการดูแลมีความปลอดภัย (จารุวรรณ มานะสุราการ, 2544; จาริก ธานีรัตน์, 2545; นันทพร ศรีนิม, 2545 ; Grant, et al., 2004)

ผลของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชาย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.7) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีกลุ่มอาการนี้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือลดลงจากเดิมหรือไม่เนื่องจากไม่ได้ประเมินในระยะก่อนป่วยเปรียบเทียบ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมักมีคุณภาพชีวิตลดลง (Stewart, et al, 2003) การที่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไม่นาน มีเพียงร้อยละ 16.4 เท่านั้นที่มีกลุ่มอาการนานเกิน 5 ปี และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.3) มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างใกล้ชิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เกี่ยวกับอาการรบกวน สามารถเลือกใช้กลวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม อีกประการหนึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยา และได้รับคำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พลิลล์ และคณะ (Pleil, Reese, Kelleher, & Okano, 2001) และ การศึกษาของ ฮอมมา และคาวาเบ (Homma & Kawabe, 2004) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ที่ได้รับการด้วยยาจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลอก และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับยา

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับดี (ร้อยละ 75.89) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับดีเช่นกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถทำกิจกรรมในสังคมหรือสามารถเดินทางไปในสถานที่ต่างๆ ได้ ส่วนใหญ่เลือกใช้กลวิธีการจัดการกับอาการโดยการปัสสาวะก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง (ร้อยละ 94.5) รับประทานอาหารก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น (ร้อยละ 93.6) ทำให้ความกังวลที่จะเกิดอาการปัสสาวะเล็ดราดจนเกิดความอับอายผู้อื่นหรือต้องปัสสาวะบ่อยจนเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) มีสถานภาพสมรส ยังอยู่กับภรรยาหรือบุตร และได้รับการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรง (ร้อยละ 80.9) ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลได้รับความรัก ความอบอุ่นหรือสัมพันธภาพที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึก

ได้รับการยอมรับ มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสกับกลุ่มที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (จารุณี บุญลือ, 2542; จิรันท สมโชค, 2540; เบลญวรรณ คุณรัตนภรณ์, 2540; สมศักดิ์ สิงห์ปัญจนท์, 2540 อ้างใน Sujinda Chaiparyorm, 2007) อย่างไรก็ตามแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีรายได้ แต่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากผู้ดูแล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการได้ (ร้อยละ 38.2) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังจัดให้มีห้องสุขาหรือกระโถนรองรับปัสสาวะไว้ใกล้ผู้ป่วยเพื่อขับถ่ายปัสสาวะได้โดยสะดวก มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยต่อการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนในครอบครัวและในสังคมได้เป็นอย่างดี สำหรับคุณภาพชีวิตด้านวิธีเผชิญกับปัญหา ด้านความวิตกกังวล และด้านการนอนหลับการศึกษานี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.57, 61.40 และ 57.45 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านที่เหลือนี้อย่างนี้

คุณภาพชีวิตด้านวิธีเผชิญปัญหา อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง รู้จักเลือกวิธีการปรับตัวพฤติกรรม เช่น วางแผนการขับถ่ายปัสสาวะหากต้องเดินทางออกไปนอกบ้าน หรือเดินทางไกลสวมใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องแต่งกายที่สามารถถอดได้ง่าย (ร้อยละ 51.8) บางส่วนดื่มน้ำน้อยลง โดยเฉพาะเมื่อต้องเดินทางไกล (ร้อยละ 37.3) เพื่อลดอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือป้องกันการเกิดอาการปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งทั้งนี้อธิบายได้ด้วยแบบจำลองการจัดการกับอาการของคอตต์ และคณะ (2001) ที่เชื่อว่าบุคคลจะเรียนรู้การเผชิญปัญหาคด้วยตนเอง ภายใต้อิทธิพลส่วนบุคคล การมีประสบการณ์ตรงมาก่อน หรือจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และเรียนรู้จากการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย เช่น บุคลากรทางสุขภาพ และผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตด้านความวิตกกังวล อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่เกิดกับตนเป็นความผิดปกติ เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอาการเรื้อรัง อาการเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Irwin, Milsom, Hunskaar, Reilly, Kopp, & Herschorn, 2006) แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่อาการไม่ได้หายขาด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความไม่แน่ใจ ส่งผลให้มีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอยู่บ่อยครั้ง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 80.9) ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากญาติผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นภรรยา ซึ่งเป็นผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ การให้การดูแล การให้กำลังใจ และเป็นທີ່ระบายความคับข้องใจ (Sujinda Chaiparyorm, 2007; 56) ทำให้ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากอาการต้องตื่นขึ้นมาขับถ่ายปัสสาวะมากกว่า 1 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 52.18 ความรุนแรงระดับปานกลาง) รองลงมาคือการถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (ร้อยละ 51.64 ความรุนแรงระดับปานกลาง) อธิบายได้ว่าเนื่องจากการต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะในตอนกลางคืนทำให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้การนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ (ศิริพันธุ์ จันสุกิตเมธี, 2540) เกิดความรู้สึกทรมาน คุณภาพชีวิตลดลง และกระทบกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) ซึ่งเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากประสบการณ์การมีอาการ ตามแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอคด์ และคณะ (2001) นอกจากนี้การศึกษาของ เออร์วิน (Irwin, Milsorn, Kopp, & Abrams, 2008) เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับกลุ่มควบคุม พบว่าเพศชายที่มีกลุ่มอาการนี้รายงานผลกระทบจากอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการสนับสนุนให้เห็นว่าอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนรบกวนเพศชายที่มีกลุ่มอาการนี้มาก เป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้ที่มีกลุ่มอาการนี้ต้องเข้ารับการรักษา (Scarpa, 2001) ดังที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 21.8) ระบุว่าเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษากับแพทย์คือความผิดปกติที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิต และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมอวัยวะที่สึกหรอ การนอนหลับจึงเป็นการดำเนินชีวิตที่จำเป็นสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชาย

การศึกษานี้พบว่า ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -0.617 ($p < .01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของฮอมมา และ โกโตะ (Homma & Gotoh, 2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน จำนวน 194 คน ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือ Overactive bladder Symptom Score (OABSS) ที่พัฒนาขึ้น โดย ฮอมมา และคณะ (Homma, et al., 2006) ประเมินความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเป็น 3 ระดับคือ อาการรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก และใช้เครื่องมือ Short-Form 36 (SF 36) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความ

รุนแรงของการมีกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วยสถิติ spearman rank test พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = -.27 ซึ่งหมายความว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการมากขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมจะลดลง

เนื่องจากการดำเนินของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ การที่ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีความรุนแรงของอาการมากขึ้น อาจต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การตรวจพิเศษที่อาจทำให้เกิดความเจ็บปวด ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น มีการใช้ยาหลายชนิดซึ่งอาจได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ความทนต่อการรักษาอาจมีไม่มาก อาจรู้สึกรำคาญ ภาระแก่ผู้ดูแลมากขึ้นเนื่องจากความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างเกินกว่ากึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.7) โดยเฉพาะโรคที่มักเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเป็นต้น และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น มีน้ำหนักมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 63.6) มีการใช้เครื่องมือที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (ร้อยละ 40.6) ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นย่อมไม่เป็นผลดีต่อการรักษา ต้องใช้เวลา ทรัพยากร และเงินในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลด้านลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลผลิตการทำงานลดลง เป็นภาระแก่บุคคลอื่นมากขึ้น หากผลกระทบที่เกิดจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากขึ้นจะยังทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และมีผลกระทบต่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการมีกลุ่มอาการนี้มากขึ้นตามลำดับ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอยู่ในระดับต่ำ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอคค์ และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปีทดสอบระดับความรู้สติสัมปชัญญะด้วยแบบประเมินมาตรฐาน MMSE (Mini-Mental State Examination) ของกรมสุขภาพจิตก่อนสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของ คอยน์ (Coyne, et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sujinda Chaiparyorm (2007) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ดูแล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของ คอยน์ (Coyne, et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sujinda Chaiparyorm (2007) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนธันวาคม 2552 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าพิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของการมีอาการกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's product moment - correlation coefficient ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีอาการปัสสาวะเร่งรีบ เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือนหรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อยมากที่สุด ความรุนแรงของการมีอาการกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอยู่ในระดับปานกลาง

2. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยตัวผู้ป่วยเอง 3 อันดับแรกคือ 1) ปัสสาวะก่อนเข้านอน/ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง 2) การรีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น และ 3) การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยแพทย์ 3 อันดับแรกคือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค 2) การให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ และ 3) การรักษาด้วยยาชนิดเดียว

4. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยพยาบาล 3 อันดับแรกคือ ให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ และสอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

5. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยผู้ดูแล 3 อันดับแรกคือ 1) ให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน 2) ให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ และ 3) ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี ด้านวิเศษชีพกับปัญหา ด้านความวิตกกังวล และด้านการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง

7. ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยมีทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน เนื่องจากพยาบาลให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วย จากผลการศึกษาพบว่าบทบาทของพยาบาลส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาซึ่งเป็นบทบาทของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แก่ ค้นหาผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพื่อจัดโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยตามอาการความรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิตแล้วจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจ การสอนสาธิตกลวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่ใช้ยาอย่างจริงจัง เช่น การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นต้น พยาบาลต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยอย่าง

เพียงพอหรืออาจให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกจากสื่อ/คู่มือ มีการจัดมุมเผยแพร่เอกสารหรือคู่มือสำหรับผู้ป่วย ให้คำปรึกษาในการจัดการกับอาการ และที่สำคัญต้องประเมินติดตามผลการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มารับบริการ

2. หน่วยงานทางการแพทย์ควรพิจารณาติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามากกว่า 5 ปี เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มาตามนัด หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้แล้วหยุดรับการรักษา ควรพัฒนาระบบการนัด ระบบส่งต่อหรือประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามรายที่ขาดนัด ควรให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการเป็นระยะ

3. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเนื่องจากเป็นผู้รับผลกระทบโดยตรง และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ สอนสาธิตกลวิธีการจัดการกับอาการ จัดกิจกรรมเสริมกำลังใจให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ควบคู่ไปกับการดำเนินการกับผู้ป่วย

4. ควรจัดระบบการดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เข้าถึงประชาชนโดยทั่วไป เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นภัยสุขภาพที่ซ่อนเร้นและประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ถึงภัยดังกล่าวน้อย พยาบาลในชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา อาการ วิธีการคัดกรอง ขั้นตอนการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง กลวิธีการรักษาและจัดการกับอาการ โดยการให้ยาและไม่ใช้ยา

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ควรกำหนดให้มีการเรียนการสอนรูปการจัดการกับอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd, et al, 2001) แก่นักศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีเนื่องจากเป็นแนวคิดที่เข้าใจง่าย ช่วยให้นักศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมผลกระทบของอาการต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และด้านต่างๆ

2. ควรบรรจุเป็นบทเรียนการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากกลุ่มอาการนี้พบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรศึกษาแบบตามไปข้างหน้าระยะยาว เพื่อติดตามผลกระทบของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล การสาธารณสุข เศรษฐกิจ สำหรับการจัดการที่เหมาะสมในอนาคต

2. ควรศึกษาด้วยวิธีการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการกับอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยวิธีการไม่ใช้ยา การใช้การแพทย์ทางเลือก

3. ควรศึกษาแบบสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับอาการได้โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาการแออัดในโรงพยาบาล

4. ควรศึกษาผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่มีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาบทบาทของบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรเพศชายทั่วไปได้เนื่องจากเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่มารับบริการในโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อาจมีประชากรที่มีอาการในชุมชนที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนเหตุการณ์ที่ผ่านมา การได้ข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อน

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE OF MALE PATIENTS WITH OVERACTIVE BLADDER SYNDROME

วสันต์ชาย สุรมาตย์ 4937110 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, Ph.D.(NURSING),
วรรณภา ประไพพานิช, Ph.D.(NURSING), วิทย์ วิเศษสินธุ์, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดิน
ปัสสาวะ

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Overactive Bladder Syndrome) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติในขั้นตอนการกักเก็บปัสสาวะ ประกอบด้วยอาการถ่ายปัสสาวะเร่งรีบ(urgency) เป็นอาการสำคัญหรืออาการเด่น มักพบร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย(frequency) และอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ส่วนอาการปัสสาวะเล็ดราดอาจเป็นอาการที่เกิดร่วมกับอาการข้างต้นหรือไม่เกิดก็ได้ (Abrams & Wein, 2000; Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier, Ulmsten, et al., 2002; Blaivas, 2002) สาเหตุการเกิดกลุ่มอาการดังกล่าวยังไม่ทราบแน่ชัด การซักประวัติอาการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติสามารถคัดกรองผู้ป่วยในขั้นต้นได้ (วชิร คชการ, 2545)

กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบได้ตั้งแต่อายุน้อย ในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีอาการดังกล่าวร้อยละ 16.5 (Stewart, Van Rooyen, Cundiff, Abrams, & Herzog, 2003) กลุ่มอาการนี้พบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Milsom, Abrams, Cardozo, Robert, Thuroff, & Wein, 2001; Stewart, et al., 2003) การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไม่ใช่ปัญหาที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็น

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นและไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยจึงยอมรับความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยคิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Irwin, Milsom, Kopp, Abrams, & Cardozo, 2005; Milsom, 2006) มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง (Scottish intercollegiate guidelines network, 2004; Homma, Yamaguchi, Hayashi, & the members of the Neurogenic Bladder Society Committee, 2005)

อาการรบกวนที่เกิดจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีความแตกต่างกันในการศึกษาที่ผ่านมา เช่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยมากที่สุด (Milsom, et al., 2001) บางการศึกษาพบอาการถ่ายปัสสาวะเร่งรีบเป็นอาการสำคัญ (วิทยา ถิฐาพันธ์, 2545) บางการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนมากที่สุด (Sujinda Chaiparyorm, 2007) อย่างไรก็ตาม อาการผิดปกติเหล่านี้เป็นอาการเรื้อรังจะรบกวนผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากกว่า 1 อาการ (Abrams, et al., 2002) ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่กลุ่มอาการดังกล่าวไม่มากนัก

ผลกระทบของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กิจกรรมทางด้านกายภาพ การทำหน้าที่ด้านเพศสัมพันธ์ และการนอนหลับ (Abrams, Kelleher, Kerr & Rogers, 2000, Stewart, Herzog, & Wein, 2001; Liberman, Hunt, Stewart, Wein, Zhou, & Herzog, et al., 2002; Stewart, et al., 2003; Hu, Wagner, Bentkover, LeBlanc, Zhou & Hunt, 2004) รวมถึงมีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ (Tubaro, 2004) ทำให้ผู้ที่มิปัญหาดังกล่าวต้องหากลวิธีการจัดการกับอาการรบกวนโดยตนเองตามการรับรู้ ประสบการณ์ และความเข้าใจที่แตกต่างกันไป

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการกับอาการกลุ่มโรคนี้โดย การสวมใส่ผ้าอ้อมกันซึม ถ่ายปัสสาวะก่อนออกจากบ้าน ก่อนนอน และก่อนเดินทาง หลีกเลี่ยงอาหารหรือยาที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ฝึกขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (Sujinda Chaiparyorm, 2007) สำหรับแพทย์จัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดย การตรวจทางยูโรพลศาสตร์ เพื่อค้นหาสาเหตุความผิดปกติและบ่งชี้ยืนยันว่าเกิดกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอย่างชัดเจน การรักษาด้วยยา การผ่าตัด การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (วชิร ชขการ, 2546) นอกจากนี้พยาบาลจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดย แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Sujinda Chaiparyorm, 2007) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยผู้ดูแล

ในประเทศไทยการศึกษาในกลุ่มเพศชายที่ได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบว่ามีน้อย นักวิจัยบางท่านจึงเสนอแนะว่าควรจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Sujinda Chaiparyorm, 2007) เนื่องจากบทบาทของเพศชายในสังคมไทยมีความหลากหลาย ทั้งบทบาทในครอบครัว สังคม การเมือง ส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้านเพื่อรับผิดชอบครอบครัว (กัสสร ลิมานนท์, 2541) นอกจากนี้ปัจจุบันเพศชายมีอายุขัยเพิ่มขึ้น และยังมีสุขภาพแข็งแรง (World Population data sheet, 2007; United Nations, 2007; สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2547; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ทำให้สามารถประกอบอาชีพและทำงานนอกบ้านได้แม้เกษียณ อายุแล้ว ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเพศชาย จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำการศึกษาในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Advanced Symptom management model) พัฒนาโดยดอดด์ และคณะ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, & Janice Humphreys, et al., 2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา แบบจำลองดังกล่าว อธิบายถึงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (outcomes) โดยประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะที่เกิดขึ้น หลังรับรู้อาการผู้ป่วยจะประเมินหาสาเหตุและประเมินระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติเหล่านั้นตามประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย แล้วหากกลวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กลวิธีการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการและดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุข โดยใช้ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมี รวมทั้งวิธีการที่ได้เรียนรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นๆที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจะตัดสินใจนำวิธีการเหล่านั้นมาปฏิบัติเพื่อชะลอการดำเนินของโรค บรรเทาอาการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ และขจัดผลทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการที่ผู้ป่วยมีอยู่

ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ เป็นผลรวมของกลวิธีการจัดการกับอาการและประสบการณ์การมีอาการ โดยผู้ป่วยจะคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือ

ชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบต่อสุขภาพ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการสามารถประเมินได้หลายด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ด้านการจัดการกับอาการรบกวนของการจับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ประสิทธิภาพการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วยเพศชาย
2. กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วยเพศชาย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน
4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่มารับบริการหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 110 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ 1) เพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีอาการรบกวนของอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราด มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป 3) ความรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 60 ปีขึ้นไปโดยประเมินการรับรู้ และความเข้าใจจากแบบการตรวจสอบสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental State Examination ; MMSE) ของกรมสุขภาพจิต 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ รู้เรื่องและเข้าใจ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อของระบบการจับถ่ายปัสสาวะ และมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีคิดของ Cohen (1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และค่า correlation coefficient = 0.27 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยบัญญัติไตรยางศ์ ได้จำนวน = 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากเอกสาร ตำรา และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูล อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคของระบบทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาของการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษากับแพทย์ เหตุผลที่เข้ารับการรักษา สิทธิการรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา เครื่องดื่มที่รับประทานประจำ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลโดยตรง และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

2. แบบสอบถามอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แบบสอบถามชุดนี้ใช้ประเมินความรุนแรงผู้รับบริการที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินตามอาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ของ คอยน์ และคณะ (Coyne, Revicki, Hunt, Corey, Stewart, & Bentkover, 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sujinda Chaiparyorm (2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมอาการ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะเร่งรีบ และปัสสาวะเล็ดราด แต่ละข้อให้เลือกตอบตามมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลย (1 คะแนน) จนกระทั่งมีอาการบ่อยมากที่สุด (6 คะแนน) ทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.83 ทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .89 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .91 การคำนวณหาค่าความรุนแรงของการมีอาการ ทำโดยนำค่าคะแนนดิบ (raw score) ในคำถามมาคำนวณตามสูตร เป็นคะแนนปรับแก้ (transformed score) โดยใช้คะแนนดิบที่เป็นไปได้ลบด้วยคะแนนต่ำสุดของคะแนนดิบที่เป็นไปได้ (possible raw score) ผลลัพธ์ที่ได้คูณด้วย 100 หาคด้วยช่วงคะแนนดิบที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จะเป็นค่าร้อยละ ค่ามากหมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการมาก ค่าน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการน้อย ผู้วิจัยแบ่งความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ดังนี้ ร้อยละ 0-39 หมายถึงความรุนแรงเล็กน้อย ร้อยละ 40-69 หมายถึงความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 70-100 หมายถึงความรุนแรงมาก

3. แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลเป็น
แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วยเอง การจัดการกับอาการโดยแพทย์ พยาบาล
ผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร
และตำราที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือก
จำนวน 21 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-21 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 22 เปิดโอกาสให้ตอบ
อื่นๆ

3.2 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยแพทย์ตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือก แบ่งเป็น 4 กลวิธีใหญ่ 1) กลวิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยา มีจำนวน 8 ตัวเลือก
ตัวเลือกที่ 1-7 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 8 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ 2) กลวิธีการรักษา
โดยการให้ยา มีจำนวน 2 ตัวเลือก เลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก 3) การรักษาด้วยการผ่าตัด และ 4) การ
รักษาอื่นๆ มีจำนวนอย่างละ 1 ตัวเลือก

3.3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยพยาบาลตามการรับรู้
ของผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือก แบ่งเป็น 2 กลวิธีใหญ่ 1) การดูแลโดยวิธีไม่ใช้ยา มีจำนวน 6 ตัวเลือก
ตัวเลือกที่ 1-5 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 6 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ 2) การดูแลโดย
การให้ยา มีจำนวน 1 ตัวเลือก โดยตัวเลือกที่ 2 เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ

3.4 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ดูแลตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วย เป็นแบบตัวเลือกจำนวน 9 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 1-8 ให้ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ตัวเลือกที่ 9
เปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆ

ทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index ของแบบสอบถามโดยรวม
เท่ากับ 0.85 ความตรงของเนื้อหาแต่ละส่วนเท่ากับ 0.87, 0.84, 0.67 และ 1 ตามลำดับ ทดสอบค่า
ความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค
เท่ากับ .81 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .87

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire
(OAB-q) ของ คอยน์และคณะ (Coyne, et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sujinda Chaiparyorm
(2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน วิธีการเผชิญปัญหาจำนวน
คำถาม 8 ข้อ ด้านความวิตกกังวล จำนวนคำถาม 7 ข้อ ด้านการนอนหลับ จำนวนคำถาม 5 ข้อ และ
ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวนคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรฐานประมาณ
ค่าของลิเกิร์ต 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลย (1 คะแนน) จนกระทั่งมีตลอดเวลา (6 คะแนน) ทดสอบความ
ตรงของเนื้อหาได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.84 ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์

ของครอนบาค เท่ากับ .79 ทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .79 และในกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .88 การคำนวณคะแนนปรับแก้ (transform score) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ทำโดยนำค่าคะแนนดิบ (raw score) ในคำถามแต่ละด้านและโดยรวมมาคำนวณตามสูตรโดยใช้คะแนน สูงสุดของคะแนนที่เป็นไปได้ (possible score) ลบด้วยค่าคะแนนดิบ (actual raw score) ผลลัพธ์ที่ได้ คูณด้วย 100 แล้วจึงหารด้วยช่วงของคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนร้อยละ ค่ามาก หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี ค่าน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้วิจัยแบ่งคุณภาพชีวิต ดังนี้ ร้อยละ 0–39 หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 40–69 หมายถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 70–100 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลทางการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้เครื่องมือวิจัยในแต่ละส่วนจนมั่นใจว่าผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน และทดลองเก็บข้อมูลในเวลาเดียวกัน 1 วัน ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลสอบถามในประเด็นที่สงสัย

ผู้วิจัยศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยชายที่มารับบริการแผนกหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยแผนกัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาคุณสมบัติเบื้องต้นตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินจากแบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของแบบสอบถามมากกว่า 6 คะแนนได้รับคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาและตอบแบบสอบถาม โดยยึดตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยซึ่งได้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและทดลองในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ให้ตอบแบบสอบถามตามลำดับดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอ่านให้ฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และความรุนแรงของอาการ วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ 3) กลวิธีการจัดการกับอาการ วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) คุณภาพชีวิต วิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ด้วยสถิติ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกระดับคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ออกเป็นคุณภาพชีวิตไม่ดี ปานกลาง และดี ด้วยสถิติ ร้อยละ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's product moment - correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 42 ถึง 80 ปี อายุเฉลี่ย 65.85 ปี (S.D. = 8.28) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 มีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 70 ไม่มีรายได้ต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.19 (S.D. = 2.89) ร้อยละ 47.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.4 มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินนาน 1-5 ปี และร้อยละ 60.9 ได้รับการรักษาอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินแล้ว 1-5 ปี เหตุผลที่เข้ารับการรักษาส่งส่วนใหญ่ร้อยละ 34.55 มีมากกว่า 1 เหตุผล เมื่อพิจารณารายเหตุผลพบว่า ร้อยละ 23.6 เข้ารับการรักษานี้เนื่องจากคำแนะนำจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน/ญาติ สิทธิการรักษาร้อยละ 53.6 ชำระเงินเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 97.3 ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 59.1 ไม่มียาหรือสารที่รับประทานเป็นประจำนอกจากยาที่แพทย์สั่งให้ ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลร้อยละ 46.4 เป็นภรรยา และสภาพแวดล้อมรวมถึงที่อยู่อาศัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีห้องน้ำในบ้านตนเอง สามารถเข้าห้องน้ำได้สะดวก จำนวนห้องน้ำเพียงพอกับจำนวนผู้ต้องการใช้ในเวลาเดียวกัน และร้อยละ 90.9 ห้องน้ำอยู่ใกล้กับห้องทำงาน/ห้องนอน

ประสบการณ์การมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.55) อาการรบกวนที่พบมากที่สุด อาการปัสสาวะเร่งรีบเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือน

หรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 98.18) รองลงมามีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางวัน โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะมีอาการรบกวนมากกว่า 1 อาการ อาการรบกวนที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามี ความรุนแรงมากที่สุดคือ ต้องตื่นเพื่อขับถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง จัดเป็นความ รุนแรงระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.18) รองลงมาคืออาการถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วย เพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความ รุนแรง ของ อาการ (ร้อยละ)	ระดับ
ภาพรวมของอาการ	110 (100.0)	11-46	25.42	8.62	43.55	ปาน กลาง
อาการรบกวนรายข้อ						
- อาการปัสสาวะเร่งรีบ เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มี อาการเตือนหรือมีอาการ เตือนเพียงเล็กน้อย	110 (100)	2-6	3.24	1.23	30.91	เล็กน้อย
- ถ่ายปัสสาวะบ่อยใน ตอนกลางวัน	108 (98.18)	1-6	3.30	1.37	46.91	ปาน กลาง
- การปวดปัสสาวะทำให้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย จนต้องไปถ่ายปัสสาวะ	107 (97.27)	1-6	3.35	1.25	46.00	ปาน กลาง
- ถ่ายปัสสาวะบ่อยตอน กลางคืน	107 (97.27)	1-6	3.58	1.41	51.64	ปาน กลาง
- ต้องตื่นเพื่อขับถ่าย ปัสสาวะตอนกลางคืน มากกว่า 1 ครั้ง	104 (94.55)	1-6	3.61	1.34	52.18	ปาน กลาง
- ความรู้สึกละอายใจ ปัสสาวะแบบเร่งรีบไม่ได้	99 (90.00)	1-5	2.86	1.192	46.59	ปาน กลาง

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110) (ต่อ)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความรุนแรง ของ อาการ (ร้อยละ)	ระดับ
- ปัสสาวะเล็ดราดออกมา ร่วมกับมีอาการอยากถ่าย ปัสสาวะมาก	92 (83.64)	1-5	2.82	1.198	45.45	ปานกลาง
- มีปัสสาวะเล็ดราด ออกมาโดยไม่ทันเตรียมตัว	87 (79.09)	1-6	2.69	1.45	33.82	เล็กน้อย

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการ

กลวิธีการจัดการกับอาการรบกวนที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง การรีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น และการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

สำหรับการรับรู้การจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยแพทย์ พบว่า แพทย์ใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคมกกว่าวิธีอื่น รองลงมาคือ การใช้ยาชนิดเดียว และ ให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ

การจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดยพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ายพยาบาลใช้วิธีการให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา มากที่สุด รองลงมาคือ สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ และ สอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

ส่วนการรับรู้ต่อการจัดการกับอาการรบกวนโดยผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจัดการกับอาการรบกวนโดย ให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน และให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์ ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน รองลงมาได้แก่ ให้ความช่วยเหลือในด้าน และ เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล (N=110)

กลวิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วย		
ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระ นอกบ้าน หรือก่อนการเดินทาง	104	94.5
รีบเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น	103	93.6
รักษาด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาของ แพทย์	94	85.5
ขอคำแนะนำจากแพทย์	89	80.9
เมื่ออยู่นอกบ้านต้องหาตำแหน่งของห้องน้ำ และพยายามอยู่ใกล้ห้องน้ำเสมอ	80	72.7
แพทย์		
ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค	77	70.0
ให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ	55	50.0
รักษาโดยใช้ยาชนิดเดียว	46	41.8
ให้จัดทำตารางเวลาการขับถ่ายปัสสาวะ	45	40.9
รักษาโดยใช้ยามากกว่า 1 ชนิด	45	40.95
พยาบาล		
ให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียง ของยา	60	4.5
สอนสาธิตวิธีการฝึกกลั้นปัสสาวะ	26	23.6
สอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้ง เชิงกราน	25	22.7

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินของผู้ป่วย และการรับรู้การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล (N=110) (ต่อ)

กลวิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
ให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรง	89	80.9
ให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์	89	80.9
ให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน	81	73.6
เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพ	72	65.5
จัดให้มีห้องสุขาหรือกระโถนรองรับปัสสาวะ	70	63.6

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี ด้านวิธีการเผชิญปัญหา ด้านความวิตกกังวล และด้านการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

คุณภาพชีวิต	Possible range	Actual range	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Transformed Score(%)	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25-150	25-124	70.37	14.28	63.70	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	5-30	5-20	11.03	20.58	75.89	ดี

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	Possible range	Actual range	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Transformed Score(%)	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านวิธีเผชิญปัญหา	8-48	8-41	20.57	28.02	68.57	ปานกลาง
ด้านความวิตกกังวล	7-42	7-37	20.51	23.91	61.40	ปานกลาง
ด้านการนอนหลับ	5-30	5-26	15.64	22.60	57.45	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

จากผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการในผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เท่ากับ -0.617 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรุนแรงของกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (N=110)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ความรุนแรงของอาการ	ระดับคุณภาพชีวิต
ความรุนแรงของอาการ		-0.617^{**}
ระดับคุณภาพชีวิต	-0.617^{**}	

$^{**} p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ซึ่งทำการศึกษาในสตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 รายพบว่าความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเท่ากับร้อยละ 43.92 และสอดคล้องกับการศึกษาของไดโอกโน ไดออกโน และคณะ (Diokno, Lee, Zorn, Lenderking, Grossman, Pharmed, et al., 2001) ซึ่งพบว่าความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการเท่ากับร้อยละ 59.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินไม่นาน (ร้อยละ 83.6 มีอาการไม่เกิน 5 ปี) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.5) ได้รับการรักษาอาการบรรบวณดังกล่าวในช่วงเวลาไม่เกิน 5 ปีเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.3) รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการแก้ไขอาการบรรบวณได้อย่างทัน่วงที

เมื่อพิจารณาอาการบรรบวณในแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการบรรบวณมากกว่า 1 อาการ โดยมีอาการปัสสาวะเร่งรีบเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือนหรือมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อยเป็นอาการบรรบวณที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 98.18) ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความที่กำหนดโดย International Continence Society (ICS) ในปี 2002 ที่กล่าวว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นกลุ่มอาการที่มีอาการปัสสาวะเร่งรีบเป็นอาการบรรบวณที่สำคัญ (Abrams, et al., 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาของแวนเดอร์วาร์ต (Van Der Vaart, De Leeuw, Roovers, & Heintz, 2002) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงชาวเนเธอร์แลนด์ ที่พบอาการปัสสาวะเร่งรีบร้อยละ 45.4 และเช่นเดียวกับการศึกษาของวิทยา ฐิตาพันธ์ และคณะ (2545) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลสตรี โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีอาการปัสสาวะเร่งรีบมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 32.8

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ แม้อาการปัสสาวะเร่งรีบจะเป็นอาการบรรบวณที่พบบ่อยที่สุด แต่ความรุนแรงของอาการปัสสาวะเร่งรีบตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความรุนแรงระดับเล็กน้อย โดยความรุนแรงของอาการบรรบวณที่มีความรุนแรงมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้คืออาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนมีความรุนแรงในระดับปานกลาง ซึ่งมีผลทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สจ๊วต และคณะ (Stewart, et al., 2003) และคอยน์ และคณะ (Coyne, Zhou, Bhattacharyya, Thompson, Dhawan, & Versi, 2003)

กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินโดย ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง รองลงมาคือการรับเข้าห้องสุขาก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น และการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการกระเพาะ

ปัสสาวะไวเกินในเพศหญิงของ Sujinda Chaiparyorm (2007) และเช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนา พัฒนธรรมรัตน์ (2548) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงอาการรบกวนอื่นๆที่จะตามมาคือ การต้องตื่นตอนกลางคืนเพื่อปัสสาวะเป็นการจัดจังหวะการพักผ่อน หรือการถ่ายปัสสาวะถี่คราด (Newman & Giovannini, 2002) ซึ่งการปรับพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการบังคับการขับถ่ายก่อนที่จะรู้สึกปวด (Skoner, 1994) และทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2548)

พฤติกรรมการจัดการกับอาการรบกวนของแพทย์สามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือการปรับพฤติกรรมหรือไม่ใช้ยา และการใช้ยา พฤติกรรมการจัดการกับอาการโดยการปรับพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การจัดการกับอาการรบกวนกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่แพทย์ใช้มากที่สุดคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอาการเรื้อรัง การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและลักษณะทางพยาธิวิทยาจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจสภาวะของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่ง ฮาซิม และอเบรมส (Hashim & Abrams, 2005) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นการสนับสนุนการรักษาแบบหนึ่ง

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า แพทย์ใช้พฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการโดยการให้ฝึกกลั้นปัสสาวะ การให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน มากเป็นลำดับต่อมา สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ใช้วิธีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในการจัดการกับอาการผู้ที่มีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน พฤติกรรมดังกล่าวทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรง (Burgio, 2002; Madersbacher, 2004; Milsom, et al., 2001; Wein, 2003) และมีการศึกษา พบว่าการฝึกกลั้นปัสสาวะและการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้เกิด reflex ย้อนกลับไปยับยั้ง การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้แรงดันในท่อปัสสาวะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ส่งผลให้กระเพาะ อยู่เหนือตำแหน่ง suprapubic อาการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติจะลดลง (Colstrup, 1987; Delancey, 1988 อ้างใน วชิร ษการ, 2546)

สำหรับการจัดการกับอาการ โดยการใช้ยา จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า แพทย์ใช้พฤติกรรมการจัดการกับอาการ โดยการให้ยาชนิดเดียว ร้อยละ 41.8 และให้ยามากกว่า 1 ชนิดร้อยละ 40.9 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) พบว่าแพทย์ใช้พฤติกรรมการจัดการกับอาการ โดยการให้ยาถึงร้อยละ 74.5 การให้ยาในปัจจุบันทำให้การรักษากลุ่มอาการดังกล่าวได้ผลดี ลดอาการรบกวนได้อย่างรวดเร็ว (วชิระ ษการ, 2546)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ รับรู้ว่าการจัดการกับอาการที่พยาบาลใช้ต่อตนเองมากที่สุดคือ ให้คำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา รองลงมาคือสอนสาธิตวิธีการฝึกกลืนปัสสาวะ และสอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ซึ่งสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผลการศึกษานี้เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) และ Newman (2004) ที่พบว่าบทบาทของพยาบาลจะใช้กลวิธีการจัดการกับอาการผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะไวเกินด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยามากที่สุด

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณดูแลใช้กลวิธีการจัดการกับอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากที่สุดคือ ให้การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน และให้การสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์รองลงมาคือให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงออกจากงานที่เคยทำมาอยู่บ้าน ดังนั้นจำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแลในหลายๆด้าน กลวิธีการจัดการกับอาการในญาติผู้ดูแลจึงสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลของ โฮโรวิทซ์ คือ การให้การดูแลโดยตรง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถานบริการทางสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (Horowitz , 1985 อ้างใน David, 1992) จัดให้มีห้องสุขาหรือกระโถนรองรับปัสสาวะไว้ใกล้ผู้ป่วย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยต่อการขับถ่ายปัสสาวะ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.4 มีอาการรบกวนจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินนานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 60.9 ได้รับการรักษาอาการมานานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 97.3 มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ร้อยละ 70 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เกี่ยวกับอาการรบกวน จึงสามารถเลือกใช้กลวิธีการปรับตัวเพื่อจะใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม (วาริณี คัชมาตย์, 2540) อีกประการหนึ่งการที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาด้วยยา และร้อยละ 54.5 ได้รับคำแนะนำวิธีรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พลิล และคณะ (Pleil, Reese, Kelleher, & Okano, 2001) และ การศึกษาของ ฮอมมาและคาวาเบ (Homma & Kawabe , 2004) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่ได้รับการรักษาอาการรบกวนด้วยยาจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลอก และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับยา

เมื่อพิจารณากualitasชีวิตรายด้าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยจัดเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถทำกิจกรรม

ในสังคมหรือสามารถเดินทางไปในสถานที่ต่างๆได้ มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนในด้านสังคมและอารมณ์จากญาติผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) เชื่อว่าการที่บุคคลได้รับความรัก ความอบอุ่นหรือสัมพันธ์ภาพที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึกได้รับการยอมรับ มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาและปรับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ต่อไป นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส กับกลุ่มที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (จารุณี บุญลือ, 2542; จิรันท สมโชค, 2540; เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์, 2540; สมศักดิ์ สิงห์ปัญญานทิ, อ้างใน Sujinda Chaiparyorm, 2007) กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากญาติ ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนในสังคมได้เป็นอย่างดี

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านวิธีเผชิญกับปัญหา ด้านความวิตกกังวล และด้านการนอนหลับ การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sujinda Chaiparyorm (2007) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรู้จักวางแผนการจับถ่ายหากต้องเดินทางออกไปนอกบ้าน หรือเดินทางไกล โดยการจับถ่ายปัสสาวะก่อนออกไปทำธุระนอกบ้านหรือก่อนการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างเกินกว่ากึ่งหนึ่งสวมใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องแต่งกายที่สามารถถอดได้ง่าย (ร้อยละ 51.8) เป็นการป้องกันการเกิดอาการปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะเล็ดราด บางส่วนดื่มน้ำน้อยลง (ร้อยละ 37.3) เป็นการลดอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยหรือถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน

คุณภาพชีวิตด้านความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ เนื่องจากกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินเป็นอาการเรื้อรัง อาการเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Irwin, et al., 2006) แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่อาการไม่ได้หายขาด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความไม่แน่ใจส่งผลให้มีความรู้สึกวิตกกังวลอยู่บ่อยครั้ง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากญาติผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นภรรยา ซึ่งเป็นผู้ให้ความรักความเอาใจใส่ การให้การดูแล การให้กำลังใจ และเป็นที่ระบายความคับข้องใจ (Sujinda Chaiparyorm , 2007 ; 56) และได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพทำให้ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก

คุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ เนื่องจากการต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะในตอนกลางคืนทำให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้การนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพ (ศิริพันธุ์ จันสุกิตเมธิ, 2540) เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของ เออร์วิน (Irwin , et.al., 2008) เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีกลุ่ม

อาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ชายรายงานอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสการ์ปา (Scarpa, 2001) พบว่าการจับถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนมีผลทำให้ผู้ที่มีการกระเพาะปัสสาวะไวเกินต้องแสวงหารักษาจากแพทย์

การศึกษานี้พบว่า ความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยมีทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สนับสนุนด้วยการศึกษาของ เออร์วิน และคณะ (Irwin, et al., 2006) ที่พบว่ากลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลดก หก หก หก การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและผิวหนัง รบกวนการนอนหลับ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลผลิตการทำงานลดลง ต้องใช้เวลา ทรัพยากร และเงินในการรักษาเพิ่มขึ้น หากผลกระทบที่เกิดจากอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมากขึ้นจะยังทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และมีผลกระทบต่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการมากขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรตระหนักถึงภัยสุขภาพของกลุ่มอาการปัสสาวะไวเกินให้มากขึ้น และควร พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ทั้งในด้านการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา จัดระบบติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานานกว่า 5 ปี เพื่อสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว หรือการศึกษาประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการกับอาการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการศึกษาโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES, AND QUALITY OF LIFE OF MALE PATIENTS WITH OVERACTIVE BLADDER SYNDROME

VASUNSHINE SURAMATY 4937110 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KUSUMA KHUWATSAMRIT, Ph D. (NURSING), WONNAPHA PRAPAIPANICH, Ph D. (NURSING), WIT VISESHSINDH, M.D., F.A.C.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Overactive bladder syndrome is a urological condition commonly found for the uncontrolled bladder contractions. A set of symptoms include: urgency, a significant or predominant condition usually associated with frequency and nocturia while urge incontinence may or may not occur in some cases (Abrams & Wein, 2000; Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier, Ulmsten, et al., 2002; Blaivas, 2002). The cause of an overactive bladder is unclear; thus, patients' history of abnormal urination is essential (Wachira Kochakarn, B.E. 2545 (2002)).

Overactive bladder syndrome can be found at an early age. Of those adults 18 years of age or over, 16.5% reported such symptoms (Stewart, Van Rooyen, Cundiff, Abrams, & Herzog, 2003). The prevalence of overactive bladder syndrome is similar in men and women, increasing with age for both sexes (Milsom, Abrams, Cardozo, Robert, Thuroff, & Wein, 2001; Stewart, et al., 2003). The illness resulting from an overactive bladder syndrome is susceptible to non-violence. Most patients think that a set of symptoms occurred were due to physiological changes as they grow older which cannot be treated. Thus, the patients accepted the incontinence as an

inevitable component of ageing and did not think it is necessary to seek help from healthcare provider (Irwin, Milsom, Kopp, Abrams, & Cardozo, 2005; Milsom, 2006). A small number of patients had been diagnosed and treated properly (Scottish intercollegiate guidelines network, 2004; Homma, Yamaguchi, Hayashi, & the members of the Neurogenic Bladder Society Committee, 2005; Irwin, et al., 2005).

The outcome of disturbing symptoms of overactive bladder syndrome are differ in some studies such as the prevalence of urinary frequency (Milsom, et al., 2001); some study shown symptoms of urinary urgency as significant symptom (Wittaya Thitapan, B.E. 2545(2002); and some study found nocturia as the most common symptom (Sujinda Chaiparyorm, 2007). However, these distressing conditions are chronic, affecting the patients at all times. Some patients may have multiple symptoms (Abrams et al., 2002) which may cause an impact on quality of life, more or less.

The impact of overactive bladder syndrome significantly affects quality of life associated with daily activities, travel, interpersonal relationship, physical activities, sexual aspects and sleeping (Abrams, Kelleher, Kerr & Rogers, 2000, Stewart, Herzog, & Wein, 2001; Liberman, Hunt, Stewart, Wein, Zhou, & Herzog, et al., 2002; Stewart, et al., 2003; Hu, Wagner, Bentkover, LeBlanc, Zhou & Hunt, 2004) including the country's economic status (Tubaro, 2004). As a result, those experienced such symptoms are required to seek self-management strategies to cope with such conditions according to their increased awareness, experiences and understanding.

Management strategies to deal with overactive bladder syndrome are different between the patients and healthcare providers. The patients' coping strategies were: to wear waterproof diapers; to urinate before leaving the house, going to bed and travel; to avoid foods that are diuretic drugs and frequent urination; to practice pelvic floor exercises; and to take medication as prescribed (Sujinda Chaiparyorm, 2007). On the other hand, the physicians' coping strategies were: to perform urodynamic evaluation to identify and quantify the patient's symptoms and to exclude known causes; medication; surgery; electrical stimulation; and behavioral modification therapy (Wachira Kochakarn, B.E. 2546 (2003). In addition, the nurses' coping strategies were: to offer advice on medication therapy as diagnosed by the doctors and to promote behavioral modification therapy

(Sujinda Chaiparyorm, 2007). However, no studies were found on management strategies of overactive bladder syndrome by family caregivers.

In Thailand, there are limited studies regarding the impact of overactive bladder syndrome in males. Some researchers have suggested that further studies should be done on these patients (Sujinda Chaiparyorm, 2007) as the role of men in Thai society are diverse included the role of family, society, and politics whereas the majority needs to pursue a career outside the home in order to take care of the family (Bhassorn Limanonda, B.E. 2541 (1998). Moreover, the male life expectancy has increased with indication of strong health (World Population Data Sheet, 2007; United Nations, 2007; International Health Policy Program, B.E. 2547 (2004); National Statistical Office, B.E. 2547 (2004) which enabling them to be employed and working outside the home even after retirement. Thus, the study on symptoms experiences, management strategies in coping with the symptoms, and quality of life of male patients with overactive bladder syndrome is important to the development of nursing knowledge in promoting the quality of life for these patients and can be used as fundamental data for future studies.

Theoretical Framework

In this study, the researcher applied the Advanced Symptom Management Model developed by Dodd and colleagues (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, & Janice Humphreys, et al., 2001) as the conceptual framework for the study. There were three interrelated dimensions as follows: symptom experiences; symptom management strategies; and symptom outcomes.

Symptom experiences are the patients' perception of changes in the urinary excretion as they occurred. Following the perception of symptoms, the patients will then evaluate and assess the severity of the symptoms based on their experiences and responses to the environment; thus, seek management strategies in coping with the symptoms continuously.

Symptom management strategies are defined as the management of symptoms to control or manage the symptoms in order to provide the well-being of the patients' lives. These strategies involved the patients' experiences as well as the

knowledge from healthcare providers, family members and other interrelated individuals. The patients with overactive bladder syndrome will implement such practices to slow the progression of the disease, to relieve urinary disorders, and to eliminate the negative effects that may occur as a result of the patient's symptoms.

Symptom outcomes are described as the outcomes that emerged from symptom experiences and symptom management strategies in which the patients can expect positive outcomes that can change or delay negative health outcomes. The symptom outcomes can be assessed in various aspects. In this study, the quality of life was selected as the indicator of the symptom outcomes of the patients with urinary bladder disorder symptoms.

Research Objectives

The objectives of this study were as follows:

1. To study the symptom experiences in male patients with overactive bladder syndrome.
2. To study the management strategies in coping with the symptoms in male patients with overactive bladder syndrome and the perception of the patients towards the management strategies by the doctors, nurses, and family caregivers.
3. To study the quality of life of male patients with overactive bladder syndrome.
4. To study the relationship between the severity of symptoms and quality of life of male patients with overactive bladder syndrome.

Research Methodology

The target population in this study was adult males with overactive bladder syndrome who had been diagnosed at urology surgical clinic, an university hospital, Bangkok, during March to December B.E. 2552 (2009). The samples of 100 cases were selected using purposive sampling according to the inclusion criteria as follows: 1) males, 18 years of age and over; 2) experienced a syndrome suggestive of overactive bladder dysfunction characterized by urinary urgency, with or without urge

incontinence, usually with frequency and nocturia, more than 1 month or over; 3) fully conscious and well aware of the date, time, and place; the samples of 60 years of age and over are required to take the Mini-Mental State Examination (MMSE) of the Department of Mental Health to assess their perception and understanding; 4) able to understand and communicate in Thai language; and 5) willing to participate in the research. The exclusion criteria were as follows: 1) had been diagnosed with a urinary tract infection and urinary tract cancer; and 2) had been treated with diuretics.

Sample Size

The sample size estimation in this study was based on Cohen's analysis (Cohen, 1988) with the power of test = 0.80, the level of confidence = 0.05 and the correlation coefficient = 0.27. The samples were calculated using cross multiplication (Rule of Three Mathematic) equivalent to 100 cases.

Research Instruments

1. Demographic Characteristics Questionnaire: The researcher had developed the Form from the document, textbook and literature review to assess the patients' demographic data related to age, marital status, education level, occupation, income, body mass index, history of urinary tract problems, duration of overactive bladder syndrome, reason for treatment, right for treatment, continuity of treatment, drugs or substances taken regularly, family caregivers who provide direct care and residential environment.

2. Overactive Bladder Questionnaire: This assessment questionnaire was used to identify the severity symptoms of the patients with overactive bladder syndrome. The researcher used the Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) of Coyne et al (Coyne, Revicki, Hunt, Corey, Stewart,& Bentkover, 2002) translated into Thai by Sujinda Chaiparyorm, which consisted of 8 questions covering the symptoms of urinary frequency and nocturia, urinary urgency with or without urge incontinence. Each question was evaluated using a six-point Likert-type scale ranging from *No*

symptoms (1-point) to *Most frequent* (6-point); the content validity index = 0.83. The reliability was tested for its consistency in 10 patients whose characteristics were similar to those of the samples; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.89. Whereas the test in the sample size of 110 subjects; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.91. The calculation on the severity of the symptoms was computed by taking the raw score in each question and calculated according to the formula to arrive at the transformed score. Then, using the possible raw score minus the lowest possible raw score and multiplied by 100 then divided by the range of possible raw score; the score will be converted in percentage. The higher the percentage means the higher the severity of the symptoms; the lower the percentage means the lower the severity of the symptoms. The researcher had divided the severity of the overactive bladder syndrome as follows: 0-39 percent refers to minor severity; 40-69 percent refers to moderate severity; and 70-100 percent refers to high severity.

3. Symptom Management Strategies by Patients, Doctors, Nurses and Family Caregivers Questionnaires: This questionnaire was used to assess the symptom management by the patients, symptom management strategies by the doctors, nurses and family caregivers according to the perception of the patients. This questionnaire was developed by the researcher based on the relevant literature review, documents and textbooks as follows:

3.1 Symptom Management Questionnaire by Patients was in the form of Check-List type consisted of 21 options: options 1-21 provided more than one option to answer; option 22 allowed choosing others (to specify answer).

3.2 Symptom Management Questionnaire by Doctors was in the form of Check-List type divided into 4 main strategies: 1) Non-drugs treatment strategy consisted of 8 options: options 1-7 provided more than one option to answer, option 8 allowed choosing others (to specify answer); 2) Drugs treatment strategy consisted of 2 options, to choose one option.

3.3 Symptom Management Questionnaire by Nurses according to the perception of the patients was in the form of Check-List type divided into two main strategies: 1) Non-drugs treatment consisted of 6 options: options 1-5 provided more than one option to answer, option 6 allowed choosing others (to specify answer); 2) Drugs treatment consisted of only 1 option to check with option 2 allowed choosing others (to specify answer).

3.4 Symptom Management Questionnaire by Family Caregivers according to the perception of the patients was in the form of Check-List type consisted of 9 options: options 1-8 provided more than one option to answer; option 9 allowed choosing others (to specify answer).

The overall content validity index of the questionnaires = 0.85; the content validity of each section equal to 0.87, 0.84, 0.67 and 1, respectively. The reliability was tested for its consistency in 10 patients whose characteristics were similar to those of the samples; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.81. Whereas the test in the sample size of 110 subjects; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.87.

4. Quality of Life Questionnaire: This assessment questionnaire used was the Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) of Coyne et al (Coyne et al., 2002) translated into Thai by Sujinda Chaiparyorm, which consisted of 25 questions covering 4 aspects of quality of life assessments. The questionnaire was divided as follows: 8 questions on problem confrontation; 7 questions on anxiety; 5 questions on sleeping; and 5 questions on social interactions. Each question was evaluated using a six-point Likert-type scale ranging from *None* (1-point) to *Always* (6-point); the content validity index = 0.84, with the Cronbach's alpha coefficient = 0.79. The reliability was tested for its consistency in 10 patients whose characteristics were similar to those of the samples; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.79. Whereas the test in the sample size of 110 subjects; the Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.88. The calculation on the quality of life score was computed by taking the raw score in each question per aspect and calculated according to the formula by using the possible score minus the actual raw score and multiplied by 100 then divided by the range of possible raw score; the score will be converted in percentage. The high percentage means good quality of life; the low percentage means poor quality of life. The researcher had divided the quality of life as follows: 0-39 percent refers to poor quality of life; 40-69 percent refers to moderate quality of life; and 70-100 percent refers to good quality of life.

Data Collection

The researcher collected data manually together with one research assistant holding a master's degree in nursing and had previous experience with data

collection for research purpose. The researcher then explained the criteria for the selection of the sample, data collection procedures, and the use of research instruments in each section to ensure the true and correct understanding between the researcher and research assistant. Subsequently, the experimental data collection was executed in unison on the same day to allow the research assistant to ask questions on any issues.

The researcher reviewed the medical history of male patients who had been diagnosed at urology surgical clinic, an university hospital, Bangkok, to study the preliminary criteria according to the inclusion criteria in order to screen those patients with overactive bladder syndrome from the Overactive Bladder Questionnaire. The patients with an overall score of more than 6 points were; thus, selected as the samples. Later, the researcher introduced himself to the samples and informed the subjects of the research objectives in requesting for their participation in the study and to complete the questionnaires based on patient advocacy which received granted approval from the Human Subjects Committee, Ramathibodi Hospital. Once the samples agreed to participate in the study, the subjects were requested to fill-out the questionnaires in the following orders: Demographic Characteristics Questionnaire; Overactive Bladder Questionnaire; Symptom Management Strategies by Patients, Doctors, Nurses and Family Caregivers Questionnaires; and Quality of Life Questionnaire which taking approximately 30-45 minutes to complete. In the event that the subjects could not fill-out the questionnaires themselves, the researcher would use a reading approach and recorded the answers onto the questionnaires according to the answers of the samples.

Data Analysis

The researcher prepared collected data for content validity and analyses using SPSS program as follows: 1) Demographic characteristics were analyzed by frequency, percentage, range, mean and standard deviation; 2) Symptom experiences of overactive bladder syndrome and its severity were analyzed by percentage; 3) Symptom management strategies were analyzed by frequency, percentage, range, mean and standard deviation; 4) Quality of life was analyzed into two parts: an overall quality of life and aspects of quality of life using statistics, range, mean, and standard

deviation while the level of quality of life could be classified as poor, moderate and good and 5) Relationship between the severity of the symptoms and the patients' quality of life were analyzed by a correlation coefficient of Pearson's product moment- coefficient of Correlation.

Results

All subjects in this study were males, aged between 42 to 80 years with a mean age of 65.85 years (SD = 8.28). About 75.5% of the subjects were married; the majority of 40% had completed primary school; 60% were unemployed; and 70% had no monthly income. The mean BMI was 24.19 (SD = 2.89); 66.4% of the subjects had no medical history of overactive bladder; 66.4% had experienced overactive bladder symptoms more than 1-5 years; and 60.9% had been diagnosed for overactive bladder more than 1-5 years. The majority (34.55%) had more than one reasons to get treatment. In consideration of itemized reasons, the results were found that 23.6% were admitted due to recommendations from friends, neighbors and relatives. About 53.6% of the subjects had made payment for the patient's right of treatment themselves whilst nearly all subjects (97.3%) had received continuous treatment; 59.1% of patients were diagnosed without drugs or prescribed drugs by the doctors. Nearly half (46.4%) of caregivers providing care were wives of the patients. As far as residential environment is concerned, all subjects (100%) had toilets in their homes providing easy access to toilet facilities and sufficient number of toilets for family members' usage at the same time. Additionally, 90.9% of all subjects had toilet facilities close to their offices or bedrooms.

Symptom Experience of Overactive Bladder Syndrome

The severity symptoms of the patients with overactive bladder syndrome were reported as moderate severity (43.55%). The most common symptom occurrences were urinary urgency, with little or no warning symptoms (98.18%); followed by daytime urinary frequency. In each group of samples, the patients had several symptom

experiences. The symptom that the subjects perceived as the most severity was nocturia. They need to wake up several times at night to urinate (52.18%) (Table 1).

Table 1 Frequency, Range, Mean, Standard Deviation and Symptom Severity of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome (N = 110)

Symptoms	No. of patients (percentage)	Range	Mean	S.D.	Symptom Severity (percentage)	Level of the severity
Overview of Symptoms	110 (100.0)	11-46	25.42	8.62	43.55	moderate
Bothersome Symptoms	110 (100)	2-6	3.24	1.23	30.91	mild
- Symptoms of urinary urgency with little or no warning						
- Daytime urinary frequency	108 (98.18)	1-6	3.30	1.37	46.91	moderate
- Indication of urination causes discomfort accompanied by an urge to urinate	107 (97.27)	1-6	3.35	1.25	46.00	moderate
- Nighttime Urinary Frequency	107 (97.27)	1-6	3.58	1.41	51.64	moderate
- Waking up several times a night to urinate	104 (94.55)	1-6	3.61	1.34	52.18	moderate
- Unable to control the urge to urinate	99 (90.00)	1-5	2.86	1.192	46.59	moderate
- Urinary urgency with urge incontinence	92 (83.64)	1-5	2.82	1.198	45.45	moderate
- Urinary urgency without warning	87 (79.09)	1-6	2.69	1.45	33.82	mine

Symptom Management Strategies

The top three most common symptom management strategies using by the patients were to urinate before going to bed, going outside the home or traveling; to rush to the toilet before sudden urge to urinate; and to take medication treatment under doctor prescribed.

Symptom management strategies using by the doctors as follow: of the patients with overactive bladder syndrome, it was found that the doctors chose to provide knowledge about the progression of the disease over other strategies, followed by to provide one type of drug treatment alone and to provide bladder training respectively.

The symptom management strategies using by nurses were found that the subjects' perception of nurses' strategies were to provide recommendation on medication intake and possible side effects, followed by to demonstrate bladder training and to demonstrate pelvic floor exercise training respectively.

As for the perception of the subjects on family caregivers, it was found that the two most common symptom management strategies using by family caregivers were to provide direct care of daily activities and to provide social and emotional support which earning the same score, followed by to provide financial assistance and to act as patient care coordinator with health care facilities (Table 2).

Table 2 Frequency and Percentage of Symptom Management Strategies of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome and Perception of Symptom Management of Patients by Doctors, Nurses and Family Caregivers (N = 110)

Symptom Management Strategies	N	%
Patients		
Urinate before go to bed, go outside the home or travel	104	94.5
Rush to the toilet before sudden urge to urinate	103	93.6
Drug treatment under a doctor's treatment plan	94	85.5
Seek advice from doctors	89	80.9
When outside the home, try to find the toilet and stay close to the toilet	80	72.7

Table 2 Frequency and Percentage of Symptom Management Strategies of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome and Perception of Symptom Management of Patients by Doctors, Nurses and Family Caregivers (N = 110) (cont.)

Symptom Management Strategies	N	%
Doctors		
Pharmaceutical treatment		
Provide single medicine	46	41.8
Provide multiple medicines	45	40.9
Non-pharmaceutical treatment		
Provide knowledge about the progression of the disease	77	70.0
Provide bladder training	55	41.8
Ask patients to keep a diary on urinary excretion	45	40.9
Provide pelvic floor exercise training	44	40.0
Ask patients to avoid diuretic substances	37	33.6
Ask patients adjust oral fluid	36	32.7
Ask patients avoid diuretic vegetables, fruits, and herbs	13	11.8
Nurses		
Advice medication administration and possible side effects	60	54.5
Demonstrate bladder training	26	23.6
Demonstrate pelvic floor exercise training	25	22.7
Ask patient avoid diuretic substances	24	21.8
Demonstrate keep a diary on urinary excretion	20	18.2
Demonstrate how to adjust oral fluid	12	10.9
Ask patients avoid diuretic vegetables, fruits, and herbs	12	10.9
Caregivers		
Provide direct care on daily activities	89	80.9
Provide social and emotional support	89	80.9
Provide financial assistance	81	73.6
Act as patient care coordinator with health care facilities	72	65.5
Provide a toilet or chamber pot	70	63.6
Provide safety environment for urination	66	60.0
Provide essential equipments	28	20.5
Warning patients continue pelvic floor exercising	20	18.2

Quality of Life of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome

The overall's quality of life of the subjects was found at a moderate level. The aspects of the quality of life of the samples were found that the scores of social interaction aspect was good. Moreover, the problem confrontation aspect, anxiety aspect and sleeping aspects were at moderate level (Table 3).

Table 3 Range, Standard Deviation and Quality of Life of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome (N = 110)

Quality of Life	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	Transformed Score (%)	Level of Quality of Life
Overall Quality of Life	25-150	25-124	70.37	14.28	63.70	Moderate
Aspects of Quality of Life						
Social Interaction	5-30	5-20	11.03	20.58	75.89	Good
Problem Confrontation	8-48	8-41	20.57	28.02	68.57	Moderate
Anxiety	7-42	7-37	20.51	23.91	61.40	Moderate
Sleeping	5-30	5-26	15.64	22.60	57.45	Moderate

Relationship Between the Severity of the Symptoms and the Quality of Life of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome

The results showed the severity of the symptoms in male patients with overactive bladder syndrome significantly correlated with the quality of life ($r = -.617$, $p < .01$). (Table 4).

Table 4 Correlation Coefficient of Pearson Product-Moment Coefficient of Correlation between the Severity of the Symptoms and the Quality of Life of Male Patients with Overactive Bladder Syndrome (N = 100)

Correlation Coefficient	Severity of Symptoms	Level of Quality of Life
Severity of Symptoms		-.617**
Level of Quality of Life	-.617**	

** $p < .01$

Discussion

This study, was found that the prevalence of overactive bladder syndrome was at moderate severity. This was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007). The result showed the severity of the symptom experiences at 43.92%. This study was comgrunted with the study of the Diokno and colleagues (Diokno, Lee, Zorn, Lenderking, Grossman, Pharmd, et al., 2001) found that the severity of the symptom experiences was 59.3%. This may be due to the majority of subjects had symptoms experiences of overactive bladder syndrome recently (83.6% had symptoms not more than 5 years) and the majority of the subjects (85.5%) received treatment for such symptoms during a period not exceeding 5 years as well. In addition, it was found that mostly of the subjects (97.3%) received continuous treatment and were able to resolve the symptoms promptly.

When considering each aspect of the symptom experiences, it was found that all subjects had more than one symptom experiences with sudden urinary urgency, with little or no warning, as the most common symptom (98.18%), which consistent with the standardized of terminology given by the International Continence Society (ICS) in 2002, that reported the urinary urgency as a significant symptom experience of overactive bladder syndrome (Abrams, Cardozo, & Fall, et al., 2002). This finding was also consistent with the study of Van Der Vaart (Van Der Vaart, De Leeuw, Roovers, & Heintz, 2002) which studied the female patients of the Netherlands and found 45.4% had urinary urgency. Moreover, the study of Wittaya (Wittaya Thitapan et al, B.E. 2545 (2002) which studied the sample of female nurses at Siriraj Hospital also found that 32.8% of the samples experienced urinary urgency the most.

Though the finding reported the urinary urgency as the most common symptom found in this study, the symptom severity of urinary urgency according to the perception of the subjects was at low severity. Whereas the symptom of highest severity that was perceived by the subjects was nocturia with moderate level. This symptom had a significant impact on rest or sleep. This was consistent with the study of Stewart and colleagues (Stewart, et al., 2003) and Coyne and colleagues (Coyne, Zhou, Bhattacharyya, Thompson, Dhawan, & Versi, 2003).

The most common symptom management strategies of overactive bladder syndrome using in this study were to ask the subjects to urinate before going to bed,

going outside the home or traveling; followed by rushing to the toilet before sudden urge to urinate; and to taking medication under a doctor's prescription, respectively. This was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007) on female patients with overactive bladder syndrome, and the study of Rattana Pattanathamarat , B.E. 2548 (2005) on symptom management strategies of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). The reasons the subjects chose the strategies to urinate before going to bed, going outside the home or traveling because they wanted to avoid other disturbing symptoms. Such behavior modification was a mean of controlling the urinary excretion before actual urge of urination (Skoner, 1994) whilst able to empty the bladder (Rattana Pattanathamarat , B.E. 2548 (2005).

Symptom management strategies as perceived by the doctors were divided into 2 strategies: behavior modification without the use of medication or medication treatment. For behavior modification strategy, the perception of the subjects on symptom management strategies used most common by the doctors was to provide knowledge about the progression of the disease. This was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007) which stated that providing knowledge to the patients was a necessity due to the symptoms of overactive bladder is associated with chronic symptoms. If the subjects were provided the knowledge about the cause of illness and the pathological, the subjects would have better understanding of their conditions. This was consistent with the study of Hashim and Abrams (Hashim & Abrams, 2005) which stated that the knowledge about symptoms and risk factors of symptoms of overactive bladder syndrome was another type of supporting treatment.

In addition, the result also found that other symptom management strategies using by the doctors were to provide bladder training and to provide pelvic floor exercise training respectively. This was consistent with other studies on the use of pelvic floor exercise in the management of patients with overactive bladder syndrome as such strategies helped strengthen the pelvic muscles (Burgio, 2002; Madersbacher, 2004; Milsom, et al., 2001; Wein, 2003; Nicha Siripornpinyo, B.E. 2544 (2001). Additionally, it was found in a study that bladder training and pelvic muscles exercise gained benefit in patients with overactive bladder syndrome. There training increased the pressure on the urethra at the rate of 20%, pushing the bladder over the suprapubic, resulting in the reduction of bladder symptoms of urinary dysfunction (Colstrup, 1987; Delancey, 1988 cited in Wachira Kochakarn, B.E. 2546 (2003).

As for symptom management strategies using medication treatment, the result was found that the doctors provided only single of medication treatment (41.8%) and prescribed multiple drugs (40.9%). This was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007) which found that the doctors used medication treatment (74.5%) as symptom management strategies. At present, the use of drug treatment in patients with such symptoms had been effective as the results had been shown to reduce the symptoms of overactive bladder rapidly (Wachira Kochakarn, B.E. 2546 (2003).

The subjects in this study perceived the symptom management strategies using by the nurses were advised medication administration and possible side effects, demonstrate bladder training, and to demonstrate pelvic floor muscles exercise training. The results of this study was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007) and Newman (2004), which found that the most common role of nurses in symptom management strategies of patients with overactive bladder syndrome was advice medication administration.

The symptom management strategies using by the caregivers were to provide direct care of daily activities, and social and emotional support, and financial assistance. Most of the subjects were elderly people who had been retire and stayed at home. Therefore, it is necessary for them to rely on family caregivers in many ways. The symptom management strategies using by caregivers was consistent with the study of Horowitz showed that caregivers provide direct care, emotional support, act as patient care coordinator with health care facilities and to provide safe environment for the urinary excretion. (Horowitz, 1985 cited in David, 1992).

This study showed that male patients with overactive bladder syndrome with overall quality of life at moderate level which consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007). This may be due to the majority of samples (66.4%) had symptoms experience of overactive bladder syndrome less than 5 years; 60.9% of the subjects had received treatment not exceeding 5 years; and 97.3% of the subjects had received continuous treatment. In addition, 70% of the subjects had been advised about the progression of the disease which enabled them to learn about the disturbing symptoms. Thus, the subjects were able to select the strategies on behavioral adaptation appropriate to their well-being (Watinee Gudjamas, B.E. 2540(1997). Moreover, the subjects received medication treatment who were advised and more

than half (54.5%) had been advised about medication intake and side effects showed better quality of life. This was consistent with the study of Pleil (Pleil, Reese, Kelleher, & Okano, 2001) and the study of Honma and Kawabe (Homma & Kawabe, 2004) which found that the patients with overactive bladder syndrome receiving medication treatment would have better quality of life than those receiving placebo drug treatment and had better quality of life prior to drug treatment. Therefore, medication is essential in patients with overactive bladder syndrome.

In considering the aspects of quality of life, in this study, it was found that the subjects had shown social interaction aspect at a good extent which was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007). This may be due to the majority subjects were not too old. They could participate in social activities or travel to the different locations whilst able to cope with the symptom management strategies appropriately. To get support in terms of social and emotional aspect from family caregivers is considered an important factor for the samples to live in a normal society. This was consistent with the concept of Pender (Pender, 1996) which believed that love, warmth or good relations from family members would allow the individuals to develop a sense of self-efficacy, self-esteem and self-worth to execute any problem confrontation or behavioral modification in health-promoting behavior. Furthermore, the study found that marital status was positively associated with quality of life when comparing the samples who were married with those who were single, widowed, divorced or separated (Jarunee Boonlue, B.E. 2542 (1999); Jerranat Somchoke, B.E. 2540 (1997); Benjawan Kunratanaporn, B.E. 2540 (1997); Somsak Singhapanjanatee, B.E. 2540 (1997), cited in Sujinda Chaiparyorm, 2007) The samples received financial assistance from the relatives; thus, able to meet their fundamental needs in the society well.

For the quality of life in terms of problem confrontation aspect, anxiety aspect and sleeping aspect; it was found that the quality of life was at moderate level. This was consistent with the study of Sujinda Chaiparyorm (2007) which explained that the subjects learned to plan their urinary excretion when required to go outside the home or travel by urinating before going outside or traveling. In addition, more than half of the subjects (51.8%) wore clothing that could be easily removed to prevent the symptoms of urinary urgency or urinary incontinence. Some would drink less water to relieve urinary frequency or nocturia (37.3%).

The quality of life in terms of anxiety aspect, the subjects perceived their symptom experiences as a disorder as the symptoms of overactive bladder syndrome were chronic and symptoms increased with increasing age (Irwin, Milsom, Hunskaar, Reilly, Kopp, & Herschorn, 2006) despite continued treatment due to incurable disease. As a result, the subjects perceived the feeling of anxiety frequently. Nevertheless, the majority of the samples received emotional support from family caregivers who were mostly wives to whom provided love, attention, care, encouragement and willing to listen to frustration (Sujinda Chaiparyorn, 2007; 56) in addition to guided advice from health care professional; thus, their anxiety level was not at a high level.

The quality of life in terms of sleeping aspect, the subjects perceived their symptom experiences as undergone suffering because of the need to wake up during the night to urinate resulting in the lack of rest or insufficient sleeping (Siripan Chansukitmethee, B.E. 2540 (1997). From the study of Irwin (Irwin, et.al., 2008) that compared those with symptoms of overactive bladder syndrome with the control group; it was found that men reported more symptoms of nocturia with a statistical significance. Furthermore, the study of (Scarpa, 2001) found that those who suffered from nocturia would need to seek professional medical help as a result.

In conclusion, this study found that the severity of symptom experiences had significant adverse relation with the quality of life with a statistical significance. This was supported by the study of Irwin (Irwin, et.al., 2006) which found that symptom experiences of overactive bladder syndrome was associated with the occurrence of falls, broken bones, urinary tract infections and skin infections which disturbing sleep and causing depression. These symptoms were considered as complications that the patients needed to receive further treatment which affected daily living, less productivity, required time, resources and money for additional treatment. The more impact caused by symptom experiences of overactive bladder syndrome, the more problems on physiological and psychological aspects which shall have social impact associated with those patients with overactive bladder syndrome, respectively.

Implications and Recommendations

1. Nurses should be aware of the health hazards associated with an overactive bladder syndrome. Nurses should also develop an independent role of nurses in promoting a better quality of life of the patients, both in terms of patients screening in the hospitals and in the community. Nurses can use the results of this study to encourage learning program, promote behavior modification of the patients in conjunction with medication therapy, and provide system tracking of the patients receiving treatment for more than five years to encourage the patients and their families.

2. Future studies should be conducted with a long-term goal to follow-up on the impact on the patients and their families. Or, to study the effectiveness of symptom management strategies associated with behavior medication therapy or to study the development of a participatory learning program in providing knowledge and better understanding of the symptom experiences of overactive bladder syndrome to the patients and their families.

บรรณานุกรม

- กนกพร สุก้าวัง. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบและข้อเสื่อมสภาพ. ใน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์, การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. เชียงใหม่.
- กัญญารัตน์ ชูชาติ, โกวิท พุกษานุกัศ, ธนเดช เดชาพันธุ์กุล, ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์ และ ดวงใจ แสงถวัลย์. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับรังสีรักษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3), 127-137.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). ผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตติมา มโนชัย. (2547). กระเพาะปัสสาวะไวเกิน. ใน จิตติมา มโนชัย และอภิชาติ จิตต์เจริญ (บก.), *ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรี*. (หน้า 78-79). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง จำกัด.
- ฉวีวรรณ พุกฤษ์สุนันท์. (2544). การถ่ายปัสสาวะ. ใน ฉวีวรรณ พุกฤษ์สุนันท์ (บก.), *บางส่วนของไต*. (หน้า 75-80). กรุงเทพฯ : สามิตการพิมพ์.
- ดำรงพันธ์ วัฒนะโชติ. (2545). *การจำแนกประเภทกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง*. เอกสาร ประกอบการบรรยายเรื่อง Update management of female urinary incontinence วันที่ 14-16 มกราคม พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกผ่าตัด ภาควิชากายภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ เสงี่ยม. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทพร ศรีนิม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นิลรัตน์ วัชรากิจาต. (2543). *บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาพัฒนาชนบทศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรจง คำหอม. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน วรณีย์ สัตยวิวัฒน์
(บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- ปฤศณา ภูวนันท์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะปัสสาวะเล็ด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(4),
8-16.
- พรรณทิพา สักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life). *Thai
Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(3), 327-337.
- ภัตสร ลิมานนท์. (2541). บทบาทของผู้ชายกับปัญหาครอบครัวไทยในปัจจุบัน. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(3), 258-265.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาล
สาร*, 2(1), 84-93.
- รัตนา พัฒนธรรมรัตน์. (2548). *อาการผิดปกติ ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปัสสาวะผิดปกติ
ด้วยตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วชิร คชการ. (2545). ภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกินปกติ. ใน สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, บัณฑิต จันทะ
ยานี, บัณฑิต กาญจนพชัย, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพร, ชาดิวุฒิ คำชู และ อรุณนี
สิงห์โกวินท์ บก. *Aging male II : problem practice promotion prevention postpone
productivity* (หน้า 153-162). กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วชิร คชการ. (2546). กระเพาะปัสสาวะไวเกินปกติ. ใน วชิร คชการ (บก.), *คู่มือการดูแลผู้ป่วย
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่*. (หน้า 68-84). กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วชิร คชการ และ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. (2546). การฝึกกล้ามเนื้อเชิงกรานเพื่อการรักษากลั้น
ปัสสาวะไม่อยู่. ใน วชิร คชการ (บก.), *โรกระบบทางเดินปัสสาวะสตรี*. (หน้า 61-92).
กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วาณี กัษมาศย์. (2540). *อาการทุกข์ทรมานและภาวะการพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี
และผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ. (2545). ความชุกของกระเพาะปัสสาวะไวเกินในพยาบาลโรงพยาบาล
ศิริราช. *สารศิริราช*, 54 (11), 710-715.

- วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ. (2546). ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินในสตรี. ใน ชนบุญณ์ จุลยามิตรพร, สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน และ วิทยา ถิฐาพันธ์ (บก.), *นรีเวชระบบทางเดินปัสสาวะ*. (หน้า 91-128). กรุงเทพฯ : แม่กษิศาครีเอชั่น จำกัด.
- ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธิ. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
- สุรางค์ จันทวานิช และวิณี ศิลตระกูล. (2539). การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ. ใน อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ (บรรณาธิการ). *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย*. (หน้า 42 – 91, 151 – 152). กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2547) *รายงานผลการศึกษาภาวะโรคในประชากรไทย พ.ศ.2547*. Retrieved March, 15, 2007 from [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/repeathealth/pro2-chapter1\(9\).doc](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/repeathealth/pro2-chapter1(9).doc).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2547). *ประชากรโลก: ประชากรไทย 2547*. เอกสารเผยแพร่ กรกฎาคม 2547.
- อาภา ใจงาม. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (บก.), *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 162-177). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., & Ulmsten, U., et al. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(1), 116-126.
- Abrams, P., Freeman, R., Anderstrome, C., & Mattiasson, A. (1998). Tolterodine a new antimuscarinic agent : As effective but better tolerated than oxybutynin in patients with an overactive bladder. *BJU*, 81, 801-810.
- Abrams, P., Kelleher, C.J., Kerr, L.A., & Rogers, R.G. (2000). Overactive bladder significantly affects quality of life. *American journal of management care*, 6(Supplement 11), S 580-590.

- Abrams, P., & Wein, A.J., editors. (1998). The overactive bladder. A widespread but treatable medical condition. Stockholm, Sweden : Erik sparre medical AB.
- Abrams, P., & Wein, A.J. (2000). Overactive bladder and its treatments. *Urology*, 55, 1-2.
- Andersson, K.E. (1997). The overactive bladder: Pharmacologic basis of drug treatment. *Urology (Supplement 6A)*, 50,74-84.
- Barer, B.M., & Johnson, C.L. (1990). A critique of the caregiving litrue. *Gerontologist*, 30(1), 26- 29.
- Bradshaw, H.D., Barker, A.T., Radley, S.C., & Chapple, C.R. (2003). The acute effect of magnetic stimulation of the pelvic floor on involuntary detrusor activity during natural filling and overactive bladder symptoms. *BJU Internation*, 91 (9) , 810-813.
- Brading,A.F. (1997). A myogenic basis for the overactive bladder. *Urology (Supplement 6A)*, 50, 57-67.
- Blaivas, J.G. (2002). Overactive bladder revisited. *Neurourol urodyn*, 21, 523.
- Brown, J.S., Vittinghoff, E., Wyman, J.F., Stone, K.L., Nevitt, M.C., & Ensrud, K.E., et. al. (2000). Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? *Journal of American Geriatric Society*, 487, 721–5.
- Burgio, K.L. (2002). Influence of behavior modification on overactive bladder: *Urology*, 60 (5 Suppl 1), 72-76
- Chaiparyorm, S (2007). *Symptom experiences, Management strategies and Quality of Life of females with Overactive Bladder*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Chapple, C., Khullar, V., Gabriel, Z., & Dooley, J.A. (2005). The effects of antimuscarinic treatmaents in overactive bladder: A systemic review and meta-analysis. *European Urology*, 48(1), 5-26.
- Chen, Lin, Hu, Chen, Y.C.,& Lin, L.Y. (2003). Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. *Neurourolgy urodynamic*, 22(2), 109-117.
- Chiaffarino, F., Parazzini, F., Lavezzari,M.,& Giambanco,V. (2003). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *European Urology*, 43 (5), 535-538.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. 2nd edition. Hilldale, NJ: Erlbaum Associates.
- Coyne, K., Revicki, D., Hunt, T., Corey, R., Stewart, W., & Bentkover, J., et al., (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Quality of life research*, 11, 563–574.
- Coyne, K.S., Zhou, Z., Bhattacharyya, S.K., Thompson, C.L., Dhawan, R. and Versi, E. (2003). The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU International*, 92(9), 948-954.
- Coyne, K.S., Lai, J-S., Zyczynski, T., Kopp, Z., Avery, K., & Abrams, P. (2004). An Overactive Bladder Symptom and Quality-of-Life Short Form: Development of the Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-SF) . Retrieve Febraury, 10, 2007. from http://www.oabq.com/instruments/articles/DET04002_3007p_v2.pdf.
- Dallosso, H.M., McGrother, C.W., Matthews, R.J., & Donaldson, M.M.K. (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women . *BJU International*, 92 (1), 69-77.
- David, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family community health*, 15(2), 1-10.
- De Groat, W.C. (1997). A neurologic basis for the overactive bladder. *Urology (Supplement 6A)*, 50, 36-52.
- Diokno, A., Lee, P., Zorn, B.H., Lenderking, W.R., Grossman, M.A., & Pharmd, S.B., et al. (2001). Factors associated with clinical assessment of overactive bladder and selection of treatment. *Clinical Therapeutics*, 23(9), 1542-1551
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, S.E., & Janice Humphreys, J. et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis : Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M., Lee, K., & Carrieri, V. (2006). *Research center for symptom management*. Retrieved April 4, 2007 from <http://nurseweb.ucsf.edu/www/rcsm.htm>.
- Erdem, N., & Chu, F.M. (2006). Management of overactive bladder and urge urinary incontinence in the elderly patient. *The American Journal of Medicine*, 119(3A), 29s-36s.
- Ferrans, F.E., & Powers, M.J. (1985). Quality of life index : Development and psychometric properties. *Advanced in nursing science*, 8(1), 15-24.

- Freeman, R.M., & Adekanmi, O.A. (2005). Overactive bladder. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(6), 829-841.
- Grant, J.S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home healthcare nurse*, 14(11), 893-902.
- Grant, J.S., Glandon, G.L., Elliott, T.R., Giger, J.N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feeling experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International journal of rehabilitation research*, 27(2), 105-111.
- Gopinath, P.S., & Chaturvedie, S.K. (1992). Distressing behavior of schizophrenics at home. *Acta psychiatric Scandinavia*, 86, 185-188.
- Health council of the Netherlands. (2001). *Urinary incontinence*. The Hague: Health council of the Netherlands: publication no.2001/12.
- Hegyvary, S.T. (1993). Patients are outcomes related to management of symptoms. In Fitzpatric, J.J.,& Stevenson, J.S. (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 145-168). New York : Springer.
- Hashim, H., & Abrams, P. (2005). Treatment of overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Reviews in Gynaecological Practice*, 5, 243=250.
- Hileman, J.W., Lackey, N.R., & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 9(5), 771-777.
- Hiransai, M. (2002). *Effect of caffeine on bladder function in Thai overactive bladder*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science (Physiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Homma, Y., & Kawabe, K. (2004). Health-related quality of life of Japanese patients with overactive bladder treated with extended-release tolterodine or immediate-release oxybutynin: A randomized, placebo-controlled trial. *World Journal of Urology*, 22(4), 251-256.
- Homma, Y., Yamaguchi, O., Hayashi, K., and the members of the Neurogenic Bladder Society Committee. (2005). An epidemiological survey of overactive bladder symptoms in Japan. *BJU International*, 96(9) ,1314-1318.
- Homma, Y.& Gotoh, M. (2009). Symptom severity and patient perceptions in overactive bladder : how are the related?. *BJU International*, 104 ,968-972.

- Homma, Y., Yoshida, M., Seki, N., Yokoyama, O., Kakizaki, H., & Gotoh., M. (2006). Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome: Overactive bladder syndrome score. *Urology*, 68(2), 318-323.
- Horrodes, S., Somerset, M., Stoddart, H., & Peters, T.J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence secrets. *Family Practice*, 21, 689-696.
- Hu, T.W., Wagner, T.H., Bentkover, J.D., LeBlanc, K., Zhou, S.Z., & Hunt, T. (2004). Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Adult urology*, 63, 461-465.
- Irwin, D.E., Milsom, I., Kopp, Z., Abrams, P., & Vardozo, L. (2005). Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU International*, 97(1), 96-100.
- Irwin, D.E. Milsom, I., Hunskaar, S., Reilly, K., & Kopp, Z., & Herschorn, S. et. Al. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European Urology*, 50(6), 1306-1314.
- Irwin, D.E., Milsom, I., Kopp, Z., & Abrams, P. (2008). Symptom bother and health care-seeking behavior among individuals with overactive bladder. *European Urology*, 53, 1029-1037.
- Jan,S., Tibor, B., Mona,M., Donald B., Jan,K., Jan,L., et al. (2002). Prevalence of female overactive bladder with urinary incontinence in Slovakia. *EuropeanUrology (Supplements 1)*, 1,85.
- Jolleys, J.V., Donovan, J.L., Nanchahal, K., Peters, T.J., & Abrams, P. (1994). Urinary symptoms in the community: how Bothersome are they? *British journal of urology*,74,551-555.
- Keam,S.J.,& Perry,C.M. (2004). Management of overactive bladder: Defining the role of extended-release tolterodine. *Disease Manage Health Outcomes*, 12(2),121-142.
- Kelleher, C.J. (2002). Economic and Social Impact of OAB. *European Urology (Supplements)*, 1 (4), 11-16.
- Kespichayawattana, J. (1999). *Katanyu katajedi and caregiving for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in metropolitan Bangkok*. Doctoral dissertation, School of nursing Oregon health science university.

- Kirby, M., Artibani, W., Cardozo, L., Chapple, C., Diaz, D.C., & De Ridder, et al. (2006). Overactive bladder: the importance of new guidance. *International Journal of Clinical Practice*, 60 (10) , 1263-1271.
- Kobelt, G., Kirchberger, I., & Malone-Lee, J. (1999). Quality of life aspects of the overactive ladder and the effect of treatment with tolterodine. *BJU international*, 83, 583-590.
- Kongsakon, R. & Silpakit, C. (2000). Thai version of the medical outcome study 36 items short form health survey: an instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Ramathibodi medical journal*, 23(1), 8-19.
- Krach, P., & Brooks, J.A. (1995). Identifying the responsibilities & needs of working adults who are primary caregivers. *Journal of gerontological nursing*, 21(10), 41-50.
- Lapitan,M.C.& Chye,P.L.H. (2001). The epidemiology of overactive bladder among females in Asia : A questionnaire survey. *Journal of International Urogynecology*,12, 226-231.
- Largo-Janssen,A.L.M., Debruyne, F,M.J.,& Van Weel,C. (1991). Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. *BJU*, 67, 569-572.
- Lenz E.R., Pugh L.C., Milligan R.A., Gift A. & Suppe F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*, 19, 14-27.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M.,& Dirkson, S.R. (2004). Medical-surgical nursing : assessment and management of clinical problems. Sixth edition. St.Louis : Mosby.
- Lieberman, J.N., Hunt, T.L., Stewart, W.F., Wein, A., Zhou, Z., & Herzog, R., et. al. (2001). Health related quality of life among adult of symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community based survey. *Urology*, 57, 1044-1050.
- Madersbacher,H. (2004). Overactive bladder. A practical approach to evaluation and management. *J Med Liban*, 52(4), 220-226.
- Milsom, I., Abrams, P., Cardozo, L., Roberts, R.G., Thüroff , J.& Wein,A.J. (2001). How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *British journal of urology international*, 87(9), 760-766.
- Miller, J.& Hoffman, E. (2006). The causes and consequences of overactive bladder. *J Women Health*, 15(3), 251-260.

- Milsom., I. Overactive bladder: current understanding and future issues.(2006). *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113 (2) , 2-8.
- Millard,R., Tuttle. J., Moore, K., Susset, J., Clarke, B., & Dwyer, P., et al. (1999). Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to placebo in detrusor overactivity. *Journal of Urology*, 161, 1551-1555.
- Mintz, S. (2002). Caregiver connection: The power of words. *Paraplegia news*, 56(6), 18-19.
- Moor, K.H., Gilpin, S.A., Dixon, J.S., Richmond, D.H., & Sutherst, J.R. (1992). Increase inpresumptive sensory nerves of the urinary bladder in idiopathic detrusor instability. *BJU*, 70, 370-372.
- Moorthy, P., Lapitan P.L.C., & Lim, Q. (2003). Prevalence of overactive bladder in Asian men: an epidemiological survey. *British journal of urology international*, 93 (4) , 528-531.
- Newman, D.K. & Giovannini,D. (2002). The overactive bladder : A nursing perspective. *AJN*, 102 (6), 36-46.
- Newman, D.K. (2004). Stating the case for overactive bladder: A nursing perspective. *AJN*, 102(6), 36-46.
- O’coner, R., Johannesson, M., Hass, S., & Kobelt-Nguyen, G. (1998). Urge incontinence: quality of life and patients’s valuation of symptom reduction. *Pharmacoeconomics*, 14(5), 531-539.
- Orem,D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice* (3 rd ed., pp,179). New York: McGraw-Hill.
- Padilla, G.V.,& Grant, M.M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advanced in nursing science*, 8(1), 45-60.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3 rd ed.,pp 259). Stamford, C.T.: Appeton & Lange.
- Pleil, A.M., Reese, P.R., Kelleher, C.J., & Okano, G.J. (2001). Health-related quality of life of patients with overactive bladder receiving immediate-release tolerodine. *The European Journal of Health Economics*, 2(2), 69-75.
- Pradujkanchana, N. (2006). *Prevalence, Type, Severity, Self-management, and consequence of urinary incontinence in late adult and elderly*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Quinn, P., Goka, J., & Richardson, H. (2003). Assessment of an electronic daily diary in patients with overactive bladder. *BJU International*, 91 (7) , 647-652.
- Rankin S.H., Carroll D.L., Arnstein P., Robinson E., Buselli B., & Capasso V., et. al. (1997). Changes in health outcomes after myocardial infarction: the influence of age and gender in unpartnered elders. *Circulation Supplement*, 96, I-191.
- Ricci, J.A., Baggish, J.S., Hunt, T.L., Stewart, W.F., Wein, A.,& Herzog, R. (2001). Coping strategies and health care—seeking behavior in a US national sample of adults with symptoms suggestive of overactive bladder. *Clinical therapeutics*, 23(8), 1245-1259.
- Samuelsson, E., Victor, A., & Tibblin, G. (1997). A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20–59 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76,74–80.
- Scarpa, R.M. (2001). Lower urinary tract symptoms: What are the implications for patients?. *European Urology*, 40, 12-20.
- Schoenfelder, D.P., Swanson, E.A., Specht, J.K., Maas, M., & Johnson, M. (2000). Outcomes indicators for direct and indirect caregiving. *Clinical nursing research*, 9(11), 47-69.
- Scottish intercollegiate guidelines network. *Guideline 79. Management of urinary incontinence in primary care. A national guideline, December 2004*. Retrieved April,17,2007 from <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign79>.
- Skoner, M.M. (1994). Self management of urinary incontinence among women 31 to 50 years of age. *Rehabilitation Nursing*, 19(6), 339-343.
- Soontrapa, S. (2002). The overactive bladder. *Siriraj Hospital Gaz*, 54(4). 241-250.
- Stewart, W.F., Herzog, R., & Wein, A.J. (2001). The prevalence and impact of overactive bladder in the U.S.: results rom the NOBLE program. *Neurourol urodyn*, 20, 406-408.
- Stewart, W.F., Van Rooyen, J.B., Cundiff ,G.W., Abrams, P., Herzog, A.R., & Covey, R. et al. (2003). Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*, 20 ,327–336.
- Swithinbank,L., Hashim,H.,& Abrams,P. (2005). The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *The Journal of Urology*, 174(1), 187-189.
- Suvit Bunyavejchevin, & Somnuek Veerananarapanich. (2005). Quality of life assessment in thai postmenopausal women with an overactive bladder. *Journal of medical association Thailand* , 88(8), 1023-1027.

- Temml, C., Heidler, S., Ponholzer, A., & Madersbacher, S. (2005). Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition. *European Urology*, 48(4), 622-627.
- Teunissen, D., Van den Bosch, W., Van Ween, W., & Largo-Janssen, T. (2006). Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health care*, 24, 56-61.
- Thom, D. (1998). Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *Journal of American geriatric society*, 46, 473-480.
- Tubaro, A. (2004). Defining overactive bladder : Epidemiology and Burden of Disease. *Urology*, 64 (Supplement 6A), 1-6.
- Van Der Vaart, C.H., De Leeuw, J.R.J., Roovers, J.P.W.R. and Heintz, A.P.M. (2002). The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU International*, 90 , 544-549.
- Wein, A.J. (2003). Diagnosis and treatment of the overactive bladder. *Urology(Suppl 5B)*, 62, 20-27.
- Wein, A.J., & Rackley, R.R. (2006). Overactive bladder.: A better understanding of pathophysiology diagnosis and management. *The Journal of Urology*, 175 March, S5-S10.
- Wilson, L., Brown, J.S., Shin, G.P., Luc. K.O., & Subak, L.L. (2001). Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet gynecol*, 98, 398-406.
- World population highlights: Key findings from 2007 World population sheet. *Population bulletin*, 62(3). Washington, DC.: Population reference bureau. Retrieved March, 11, 2007 from <http://www.prb.org/pdf07/62.3Highlights.pdf>.
- United Nations. (2007). *World population prospect: the 2006 revision*. New York: United Nations.
- Yamaguchi, O. (2004). Defining clinical assessment in overactive bladder. *International Journal of Clinical Practice*, 58 (140) , 4-5.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 17, 795-800.
- Zorn, B.H., Montgomery, H., & Pieper, K. (1999). Urinary incontinence and depression. *Journal of urology*, 102 , 82-84.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ชื่อผู้วิจัย นายวสันต์ชาย สุรมาตย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถานที่วิจัย

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นายวสันต์ชาย สุรมาตย์ โรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี 61170
โทร 081-0131443, 089-1322321
2. ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทร 081-9201149
3. ดร. วรณภา ประไพพานิช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทร 082-2243528

ความเป็นมาของโครงการ

ผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน จะมีอาการรบกวนเบื้องต้นคือปัสสาวะเร่งรีบ ร่วมกับอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางวัน ตื่นขึ้นมาถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน และอาจมีการปัสสาวะเล็ดราดร่วมด้วย โดยที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางพยาธิวิทยาในร่างกายระบบใด อาการรบกวนเหล่านี้เป็นอาการเรื้อรัง มีความรุนแรงแตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่มีกลุ่มอาการต้องตัดสินใจจัดการกับอาการดังกล่าวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข กลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้มีกลุ่มอาการแต่ละคน รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องคือ แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลระดับความรุนแรงของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน และกลวิธีการจัดการกับอาการของตนเองรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ที่มีกลุ่มอาการ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องคือ แพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเพศชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินได้อย่างเหมาะสม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน หากท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผู้ป่วยรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต หากท่านไม่สามารถตอบแบบสอบถามเองได้ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและบันทึกคำตอบของท่านลงในแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยจะใช้เวลาช่วงที่ท่านรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ และใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำมาใช้เผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของท่าน การร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ อาจทำให้ท่านเสียเวลาเล็กน้อย หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีตอบให้ท่านเข้าใจ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านก็มีสิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ขณะตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการที่ท่านจะได้รับ

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลที่เกิดจากการร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงแต่ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในอนาคต และระหว่างการตอบแบบสอบถาม ท่านอาจรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามบางคำถาม ท่านสามารถจะละเว้นไม่ตอบคำถามบางคำถามที่ท่านไม่สะดวกในการตอบ หรือจะขอหยุดการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดจะได้รับการรักษาเป็นความลับ ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละท่าน ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่จะทราบข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ส่วนแบบสอบถามจะถูกทำลายหลังจากสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว

ถ้าท่านมีข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสบการณ์การมีอาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศ

ชายที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ชื่อผู้วิจัย นายสันต์ชาย สุรมาตย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ ท ร บ
รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว
อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ
ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่
เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้
ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ (ผู้วิจัย)

(นายวสันต์ชาย สุรมาตย์)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ก



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๓๖๕

ชื่อโครงการ	ประสบการณ์การมีอากร กลวิธีการจัดการกับอากร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่มีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในเพศชาย
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๓-๕๒-๘๖ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นายสันต์ชาย สุรมาตย์
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2009/1369

Title of Project Symptom Experiences Symptom Strategies Management and Quality of Life in Males with Overactive Bladder Syndrome

Protocol Number ID 03-52-86

Principal Investigator Mr. Vasunshine Suramart

Official Address Department of Nursing
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects
Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval May 13, 2009



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวก ๘๖๘/๒๕๕๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นายสันต์ชาย สุรมาศย์

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการมีอากร กลวิธีการจัดการกับอากร และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ที่มีกลุ่มอาการกระดูกเปราะปัสสาวะไวเกินในเพศชาย

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๓-๕๒-๘๖ ย

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดสอบในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔
คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงโครงร่างการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่าง
วิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำ
ไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออก
หนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information
Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้
ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๑๕๔๔ ในวันราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความจริงก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์
ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ คู่	☐ หม้าย	☐ หย่า/แยก
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------
3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตร	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	☐ รับจ้าง/ลูกจ้าง
☐ ค้าขาย	☐ เกษตรกรรม
☐ พ่อบ้าน	☐ อื่นๆ.....
5. รายได้ต่อเดือนของท่าน

☐ ไม่มีรายได้	☐ ไม่เกิน 5,000 บาท
☐ 5,001-10,000 บาท	☐ 10,001-15,000 บาท
☐ 15,001-20,000 บาท	☐ 20,000-25,000 บาท
☐ 25,001-30,000 บาท	☐ 30,000 บาทขึ้นไป
6. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

7. โรคประจำตัว

- [illegible]

8. ระยะเวลาการมีอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

- ☐ 1-6 เดือน ☐ 6 เดือน-1 ปี
- ☐ 1-5 ปี ☐ มากกว่า 5 ปี

•

•

•

.

.

•

15. สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

- 15.1 การมีและใช้ห้องน้ำ ☐ มีห้องน้ำในบ้านตนเอง ☐ ใช้ห้องน้ำร่วมกับครอบครัวอื่น
- 15.2 ระยะห่างห้องน้ำกับห้องทำงาน/ห้องนอน ☐ อยู่ใกล้กัน ☐ อยู่ไกลกัน
- 15.3 ความสะดวกในการใช้ห้องน้ำ ☐ สะดวก ☐ ไม่สะดวก
- 15.4 ความเพียงพอของห้องน้ำกับจำนวนผู้ต้องการใช้ในเวลาเดียวกัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และสอบถามอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะรบกวนต่อท่านมากน้อยเพียงใด

ท่านโปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะที่รบกวนท่านมากที่สุด

คำตอบของท่านเป็นความคิดเห็น จึงไม่มีคำตอบว่าข้อใดถูก หรือข้อใดผิด

ตัวอย่าง

ในเดือนที่แล้ว อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด	ไม่มี เลย	น้อย ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อย มาก	บ่อย มาก ที่สุด
ก. มีปัสสาวะเล็ดออกมาโดยไม่ทันเตรียมตัว	1	2	3	4	5	⑥

คำอธิบาย ข้อ ก. ผู้ตอบมีความเห็นว่า มีปัสสาวะเล็ดออกมาโดยไม่ทันตั้งตัว มีอาการบ่อยมากที่สุด จึงวงกลมล้อมรอบตัวเลข 6

ในเดือนที่แล้ว อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด	ไม่มี เลย	น้อย ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อย มาก	บ่อย มาก ที่สุด
1. ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางวัน	1	2	3	4	5	6
2. การปวดปัสสาวะทำให้เกิดความรู้สึก ไม่สบายจนต้องไปถ่ายปัสสาวะ	1	2	3	4	5	6
.....						
.....						
.....						
.....						

ในเดือนที่แล้ว อาการเกี่ยวกับการ จับถ่ายปัสสาวะรบกวนท่านมากน้อย เพียงใด	ไม่มี เลย	น้อย ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อย มาก	บ่อย มาก ที่สุด
.....						
.....						
8. ปัสสาวะเล็ดราดออกมาร่วมกับมี อาการอยากถ่ายปัสสาวะมาก	1	2	3	4	5	6

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับอาการ

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยกลวิธีการจัดการด้วยตัวท่านเอง หรือกลวิธีการจัดการของแพทย์ พยาบาล และของญาติผู้ดูแลตามที่ท่านรับรู้ได้

ท่านโปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับกลวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินที่เป็นจริงและตรงกับกลวิธีที่ท่านใช้มากที่สุด

คำตอบของท่านเป็นความคิดเห็น จึงไม่มีคำตอบว่าข้อใดถูก หรือข้อใดผิด

ตัวอย่าง

ในเดือนที่แล้ว ท่านใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอย่างไรบ้าง	ใช่	ไม่ใช่
ก. ทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะ	✓	

คำอธิบาย ข้อ ก. ผู้ตอบมีความเห็นว่าใช้กลวิธีการจัดการกับอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินด้วยการทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะ

กลวิธีการจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วย

ในเดือนที่แล้ว ท่านใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอย่างไรบ้าง	ใช่	ไม่ใช่
1. ปัสสาวะก่อนเข้านอน ก่อนออกไปทำธุระนอกบ้าน หรือก่อนการเดินทาง		
2. จัดทำตารางเวลาการถ่ายปัสสาวะ		
3. รับประทานอาหารก่อนที่จะปวดปัสสาวะมากขึ้น		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
21. หลีกเลี่ยงไม่ให้มีอาการท้องผูก		
22. อื่นๆ ระบุ.....		

กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยแพทย์

ในเดือนที่แล้ว แพทย์ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการของท่านอย่างไรบ้าง	ใช่	ไม่ใช่
1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา		
1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค		
.....		
.....		
3. การรักษาด้วยการผ่าตัด		
4. การรักษาอื่นๆ ระบุ.....		

กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยพยาบาล

ในเดือนที่แล้ว พยาบาลใช้กลวิธีการจัดการกับอาการของท่านอย่างไรบ้าง	ใช่	ไม่ใช่
1. การดูแลโดยวิธีไม่ใช้ยา		
1.1 สอนสาธิตวิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน		
.....		
.....		
1.6 อื่นๆ ระบุ.....		
2. การดูแลโดยการให้ยา		
2.1 ให้คำแนะนำวิธีการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา		
2.2 อื่นๆ ระบุ.....		

กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยญาติผู้ดูแล

ในเดือนที่แล้ว ญาติผู้ดูแลใช้กลวิธีการจัดการกับอาการของท่านอย่างไรบ้าง	ใช่	ไม่ใช่
1. ให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรง เช่น พาไปรับการรักษา ช่วยทำความสะอาดเสื้อผ้า ฯ		
.....		
.....		
8. จัดให้มีห้องสุขาหรือกระโถนรองรับปัสสาวะไว้ใกล้ผู้ป่วยเพื่อขับถ่ายปัสสาวะได้สะดวก		
9. อื่นๆ ระบุ.....		

แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะไวเกินในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และสอบถามอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร

ท่านโปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำตอบของท่านเป็นความคิดเห็น จึงไม่มีคำตอบว่าข้อใดถูก หรือข้อใดผิด

ตัวอย่าง

ในเดือนที่แล้ว อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร	ไม่มี เลย	น้อย ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบ ตลอดเวลา	ตลอดเวลา
ก. ทำให้ท่านวิตกกังวล	1	2	3	4	5	⑥

คำอธิบาย ข้อ ก. ผู้ตอบมีความเห็นว่า อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะมีผลทำให้ท่านวิตกกังวลตลอดเวลา

ในเดือนที่แล้ว อาการเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร	ไม่มี เลย	น้อย ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบ ตลอด เวลา	ตลอด เวลา
1. ทำให้ท่านต้องวางแผนเป็น อย่างดีเวลาเดินทางไปนอก สถานที่หรือไม่	1	2	3	4	5	6
2. ทำให้ท่านง่วงนอน หรืองีบ หลับเวลากลางวันหรือไม่	1	2	3	4	5	6
3. ทำให้ท่านต้องวางแผนเข้า ห้องน้ำสาธารณะหรือไม่	1	2	3	4	5	6
.....	1	2	3	4	5	6
.....	1	2	3	4	5	6
25. ทำให้เมื่อท่านไปอยู่ในที่ๆไม่ คุ้นเคย ท่านเลือกที่จะอยู่ใกล้ ห้องน้ำหรือไม่	1	2	3	4	5	6

Scoring Manual for the OAB-q

To calculate a symptom severity score, create a summed score from the listed items and use the formula below the table to transform the value. This will provide symptom scores where higher score values are indicative of greater symptom severity or bother and lower scores indicate minimal symptom severity.

Scale	Sum Item Values	Lowest and Highest Possible Raw Scores	Possible Raw Score Range
Symptom Severity	1 - 8	8,48	40

Transformation for Symptom Severity raw scores ONLY:

$$\text{Transformed Score} = \frac{(\text{Actual raw score} - \text{lowest possible raw score})}{\text{Possible raw score range}} \times 100$$

For the HRQL subscales (coping, concern, sleep, and social), create summed scores of the listed items for each individual subscale. To calculate the HRQL total score, sum the value of each individual subscale (do not sum all the individual items). Use the formula below the table to transform all values. Higher scores will be indicative of better HRQL.

Scale	Sum Item Values	Lowest and Highest Possible Raw Scores	Possible Raw Score Range
Coping	9+11+16+21+22+26+32+33	8,48	40
Concern	12+13+14+19+23+25+29	7,42	35
Sleep	10+15+17+24+30	5,30	25
Social	18+20+27+28+31	5,30	25
HRQL Total	Sum of HRQL subscales (not individual items)	25, 150	125

Formula for transformation of HRQL raw scores:

$$\text{Transformed Score} = \frac{(\text{Highest possible score} - \text{Actual raw score})}{\text{Possible raw score range}} \times 100$$

Missing Items

For the subscale analyses, if < 50% of the scale items are missing, the scale should be retained with the mean scale score of the items present used to impute a score for the missing items. If ≥ 50% of the items are missing, no scale score should be calculated, the subscale score should be considered missing. If a subscale score is missing, the HRQL Total score cannot be calculated.

ภาคผนวก จ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.นพ.วิทย์ วิเศษสินธุ์
ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสาวนงนุช ประสิทธิ์วิไล
หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชั้น 9 โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางวิภาพร ภูมิมางกูร
พยาบาลชำนาญการระดับ 8
หน่วยตรวจยูโรไดนามิกส์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.สมพร ชินโนรส
ข้าราชการบำนาญ
5. นางสุจินดา ไชยพะยอม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายวสันต์ชาย สุรมาตย์

วัน เดือน ปีเกิด

4 มกราคม 2505

สถานที่เกิด

จังหวัดอุทัยธานี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์, พ.ศ. 2527-2531

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์
ชั้นสูง

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ที่อยู่ปัจจุบัน

2/1 หมู่ 2 ตำบลทุ่งโพ อำเภอหนองฉาง

จังหวัดอุทัยธานี

081-0131443

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

056-531141