


ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด



อรรรรณ ปรางประสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

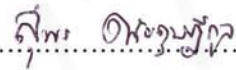
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด



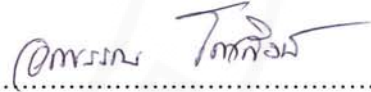
นางสาวอรรณพ ปรางประสิทธิ์  
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎีกุล,  
พย.ด  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



อาจารย์ภควัฒน์ ระมาตรี,  
พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ โตสิงห์,  
พย.ด  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,  
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิดต เสน่หา,  
Ph.D. (Nursing)  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ)  
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2556

.....  
ศ.พร อภิวงษ์แก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุณฤกุล

พย.ด

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อรพรรณ ไพรมาประสิทธิ์

นางสาวอรพรรณ ไพรมาประสิทธิ์

ผู้วิจัย

.....  
อ.พร อภิวงษ์แก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภาพร จินันทุยา,

พย.ด

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อ.พร อภิวงษ์แก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อ.พร อภิวงษ์แก้ว

อาจารย์ภักดิ์วัฒน์ ระมาตร์,

พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....  
อรพรรณ ไตรสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ ไตรสิงห์,

พย.ด

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อ.พร อภิวงษ์แก้ว

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
อรพรรณ ไตรสิงห์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ และอาจารย์นายแพทย์ ภควัฒน์ ระมาตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาแนะนำให้ออกความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ ที่กรุณายื่นมือช่วยเหลือและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลย้อนกลับ

ขอกราบขอบพระคุณหน้าหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าผู้ป่วยนอกคัดสรรกรรม หัวหน้าคลินิกพิเศษนอกเวลา โรงพยาบาลศิริราช ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อและให้ความสะดวกด้วยมิตรไมตรีในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ทั้งนี้เองต้องกราบขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านอย่างมาก ที่สละเวลาเพื่อเป็นวิทยาทานในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายที่ขาดไม่ได้เลยเลย คือกำลังใจจากครอบครัวอันอบอุ่น ซึ่งเป็นพลังที่สำคัญมากที่สุด ขอกราบขอบพระคุณพร้อมรอยยิ้มที่ปรี่มน้ำตาอันปิติด้วยความสุขแก่ คุณพ่อคุณแม่ที่รักบูชายิ่ง ญาติพี่น้องที่รัก มิตรแท้ที่จริงใจ และขอขอบคุณโอกาสดีๆ ที่เคยทำให้รู้สึกในด้านลบต่อการเรียนปริญญาโทไปพร้อมกับการทำงานประจำจนเกิดความท้อแท้เพราะความเหนื่อยล้า แต่สิ่งที่ได้กลับมาอันมากเหลือเกินคำบรรยาย โดยเฉพาะกัญชานิยมที่ได้จากการเรียนที่ข้าพเจ้าจะไม่มีวันลืม คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอบอบแต่ บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก และทุกท่านที่เกี่ยวข้อง

อรวรรณ ปรางประสิทธิ์

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

THE RELATIONSHIPS AMONG PHYSICAL ACTIVITY, KNOWLEDGE, COMORBIDITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY

อรรถรณ ปรางประสิทธิ์ 5338110 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร ดนัยคุณฎีกุล, พย.ค., อรรถรณ โตสิงห์, พย.ค.

ภควัฒน์ ระมาตร, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก 3 เดือนขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยวิธีการทำผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยผ่าตัด และการผ่าตัดแบบใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มีอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงและไม่ได้มีภาวะทุพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาตที่มีผลต่อการถ่ายปัสสาวะ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 88.80 (SD=10.63) โดยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมากที่สุดเฉลี่ยร้อยละ 93.24 (SD=10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกลบเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (SD=13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมเฉลี่ยร้อยละ 83.09 (SD=14.69) มีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ( $\bar{x}$ =125.67, SD=51.28) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58 มีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อยร้อยละ 69.3 และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.215, p < .05$ )

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องได้รับการผ่าตัด ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ไปพร้อมๆ กับการฝึกอบรมการกลั่นเนื้ออู้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด ตลอดจนควรมีการติดตามเป็นระยะ เพราะทุกขั้นตอนมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย/ความรู้/โรคร่วม/คุณภาพชีวิต

THE RELATIONSHIPS AMONG PHYSICAL ACTIVITY, KNOWLEDGE,  
COMORBIDITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH URINARY  
INCONTINENCE FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY

ORAWAN PRANGPRASIT 5338110 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S.,  
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., PATKAWAT RAMART, M.D.

ABSTRACT

This study was descriptive correlational research which aimed at investigating the relationship between selected factors of physical activity, knowledge, and co-morbidity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy. The population of the study consisted of 88 patients with urinary incontinence following radical prostatectomy via laparoscopic radical prostatectomy and robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy, whose postoperative duration was longer than three months, who were aged 35 years old or older, who had not been treated with radiotherapy, and who did not suffer from disability, paresis, or paralysis that affected urination. Data collection took place at the outpatient urological clinic and special urological clinic (after-office-hours clinic) at Siriraj Hospital. The study period was from February to May, 2013. Data were then analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and median. Also, Pearson's product-moment correlation coefficient was employed to determine the relationships among the study variables.

The study findings showed that the overall quality of life for those with urinary incontinence was equal to 88.80% (SD=10.63). As regards the quality of life of patients with urinary incontinence following radical prostatectomy, the subjects had a quality of life in the psychosocial impacts dimension with the mean of 93.24% (SD=10.11), followed by the social embarrassment dimension at the mean of 89.94% (SD=13.14), and the avoidance and limiting behavior dimension with the mean of 83.09% (SD=14.69), the subjects' levels of energy exertion in physical activities ranged from 52.36 to 293.91 MET hours/week (Mean=125.67, SD=51.28). More than half of the subjects, or 58%, had a moderate level of knowledge about urinary incontinence. More than two-thirds of the subjects, or 69.3%, had a low level of co-morbidities, and the study findings revealed that there was a statistically significant negative relationship between knowledge and quality of life of patients with urinary incontinence following radical prostatectomy ( $r = -0.215, p < 0.05$ ).

Based on the finding of this study, after the patients have been diagnosed with prostate cancer and require surgery, nursing care plans should be devised so as to provide knowledge simultaneously with pelvic floor muscle exercises before the surgery, and there should be periodical monitoring and follow-ups. This is because all of these steps are considerably important to enable patients to have a smooth transition to ensure good quality of life when they return home.

KEY WORDS: AMONG PHYSICAL ACTIVITY/ KNOWLEDGE/ COMORBIDITY AND QUALITY OF LIFE

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>11</b>
2.1 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	12
2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	12
2.1.2 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	13
2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	16
2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด	17
2.2 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	19
2.2.1 การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	20

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2.2 ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัด ต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	21
2.2.3 แนวคิดทางทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	23
2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	26
2.3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัด ต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	26
2.3.2 กิจกรรมทางกาย	28
2.3.3 ความรู้	29
2.3.4 โรคร่วม	30
2.4 สรุป	32
<b>บทที่ 3</b> <b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>33</b>
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	33
แหล่งเก็บข้อมูล	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	39
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	42
<b>บทที่ 4</b> <b>ผลการวิจัย</b>	<b>44</b>
<b>บทที่ 5</b> <b>การอภิปรายผล</b>	<b>54</b>
<b>บทที่ 6</b> <b>สรุปผลการวิจัย</b>	<b>65</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย</b>	<b>69</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ</b>	<b>87</b>



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	45
4.2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	48
4.3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนที่เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง	49
4.4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกาย หน่วยเป็น MET hours/week	51
4.5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	51
4.6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องต่างๆ ของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	52
4.7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรุนแรงของโรคร่วม	52
4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด	53

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก	8

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer) มีอัตราการเกิดในชายชาวตะวันตกมากที่สุด ส่วนในเอเชียมีอัตราการเกิดน้อยที่สุด (Parkin et al., 2005) รายงานการสำรวจในอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากประมาณ 192,000 คน (ร้อยละ 25) ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เกิดในเพศชาย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 และมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเพศชายด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวนประมาณ 27,360 คน (ร้อยละ 9) ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอด นอกจากนี้จากการสำรวจยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 27,000 คนที่ทราบว่ากำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Jemal et al., 2009) สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในเพศชายมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับ 5 (ร้อยละ 5.6) ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเพศชายปี 2552 (ภัทรวินท์ อุตตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2553) มีผู้ป่วยชายที่เข้ามาพักรักษาตัวหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก 112 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 35-90 ปี ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราชแผนกผู้ป่วยในศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะปี 2553 นอกจากนั้นการศึกษาของ Nithisathian et al. (in press) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยหุ่นยนต์ (Robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy: RALRP) พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องใช้แผ่นซึมซับปัสสาวะอย่างน้อย 1 แผ่นต่อวัน จำนวน 233 คน (ร้อยละ 73.3) และที่ต้องใช้แผ่นซึมซับปัสสาวะมากกว่า 1 แผ่นต่อวัน จำนวน 85 คน (ร้อยละ 26.7)

การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Radical prostatectomy) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นการรักษาที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุได้นานขึ้นมากกว่า 10 ปี (Aus et al., 2005) โดยวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดจะทำในกรณีที่มีมะเร็งไม่มีการกระจายออกจากต่อมลูกหมาก มะเร็งจำกัดอยู่ที่บริเวณต่อมลูกหมากและไม่ลุกลามไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ซึ่งจะได้อผลดีในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะต้น จุดประสงค์ของการผ่าตัดคือการตัดก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุด เพื่อให้หายจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในขณะที่ผ่าตัดและหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของ Hisasue et al., (2004) พบว่าภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ การบาดเจ็บของ

ช่องทวารหนักร้อยละ 4.9 และการบาดเจ็บของท่อไตร้อยละ 0.8 ซึ่งในระหว่างการผ่าตัดหากเกิดการบาดเจ็บของช่องทวารหนักจะทำการเย็บปิดซ่อมแซมช่องทวารหนักทันที ในกรณีที่มีการบาดเจ็บมากจะทำการแก้ไขโดยเปิดช่องทวารหนักทางหน้าท้อง (Colostomy) ส่วนในกรณีที่มีการบาดเจ็บของท่อไตนั้นจะทำการรักษาด้วยการทำ Ureteroneocystostomy สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเหมือนกับการผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ภายใน 1 เดือน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังทำการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นมี 2 ปัญหาที่สำคัญคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) พบว่าเกิดขึ้นได้ร้อยละ 69 (Palmer et al., 2003) และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชายหรือที่เรียกว่า Erectile Dysfunction (ED) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 38 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Tewari, Srivasatava, & Menon, 2003) ทั้งนี้คาดการณ์ว่าการฟื้นตัวของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นใช้เวลาประมาณ 12 เดือน (Hisasue, 2004) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดจะช่วยรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากให้มีคุณภาพการถ่ายปัสสาวะสะดวกมากขึ้น และช่วยต่ออายุผู้ป่วยมะเร็งให้ยาวนานขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องยอมรับกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นให้ได้ ซึ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีโอกาสเกิดได้นานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปีหลังผ่าตัด (Palmer et al., 2003) โดยจะเกิดขึ้นหลังถอดสายสวนปัสสาวะ (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; Palmer et al., 2003; & Phillip et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อีก ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ด มีปัสสาวะซึมก้างกั้นชั้นใน มีความรู้สึกต้องรีบเข้าห้องน้ำบ้าง บ่อยๆ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นรุนแรง เหนียวปัสสาวะ ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เกิดความวิตกกังวล (YuKo & Sawatzky, 2008) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย (Phillip, et al., 2000; Burt et al., 2005) สูญเสียสมรรถภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย (Palmer et al., 2003) และขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; McGlynn et al., 2004) สิ่งเหล่านี้ล้วนแสดงออกเป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่นอกจากการที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคที่เป็นคือ โรคมะเร็งต่อมลูกหมากแล้วยังต้องเผชิญกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากอีกด้วย จะเห็นได้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตั้งแต่ ความรู้สึก การแสดงออก การทำงาน การดำเนินชีวิตในสังคม และแม้กระทั่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องมีการเปลี่ยนผ่านไป ซึ่งในขั้นตอนของเปลี่ยนผ่านนี้หากผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา แต่เมื่อใดก็ตามที่ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากน้อยมาก โดยส่วนใหญ่ศึกษาในเชิงระบาดวิทยาถึงอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยสูงอายุและในผู้หญิงสูงอายุ แต่ยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการ

กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ว่าจะในกลุ่มของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง และในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากก็ตาม ซึ่งปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถกล่าวอีกนัยหนึ่งคือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเมื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน ประเมินได้จากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คือ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกายถูกกำหนดเป็นทุกอริยาบถของการเคลื่อนไหวด้วยกล้ามเนื้อและโครงกระดูกของร่างกายโดยอาศัยพลังงาน การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายทำงานอย่างสมดุล ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และลดอัตราการเกิดโรคอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดน้ำหนัก ในผู้หญิงที่มีกิจกรรมทางกายจะมีอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่าผู้หญิงที่นั่งอยู่เฉยๆ (Peterson, 2008) การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องช่วยลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยพบว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง และการมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิงสูงอายุ (Danforth et al., 2007) เพราะในความเป็นจริงการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรง และการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นั่นหมายความว่า การมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการที่สามารถกลั้นปัสสาวะให้ดีขึ้นได้ การมีกิจกรรมทางกายจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การศึกษาของ Yuan (2009) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำมาก ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความรู้ถึงปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผลกระทบของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การรักษาและการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากยังไม่รู้ว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ที่จะสามารถดูแลตนเองเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Locher, Burgio, Goode, Roth, & Rodriguez, 2002) เพราะฉะนั้นเรื่องของความรู้ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วยซึ่งก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

และอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ คือ โรคร่วม โรคร่วมคือโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคหลักที่อาจมีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เป็นภาวะปกติที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการพัฒนาของโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุชายนั้นมีความสัมพันธ์กับประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคปอด (Aslan, Beji, Erkan, Yalcin, Gungor, 2009) ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่าและ 3.1 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุชาวลาตินที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวายเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ยังพบอีกว่าจำนวนโรคร่วมนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ หากมีโรคร่วมเพียงอย่างเดียวจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 14.0 หากมีโรคร่วมสองโรคจะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 22 หากมีโรคร่วมสามโรคจะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 23.6 และหากมีโรคร่วมสี่โรคจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่มากถึงร้อยละ 37.6 (Smith et al., 2010) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ยังมีจำนวนโรคร่วมมากขึ้นความสามารถในการกลั้นปัสสาวะก็จะน้อยลง ซึ่งความสามารถในการกลั้นปัสสาวะที่น้อยลงย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต นั่นคือคุณภาพชีวิตที่จะลดลงตามมา โรคร่วมจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการวิจัยนี้ ประกอบกับประเทศไทยยังมีงานวิจัยถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยมาก แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีและในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีความแตกต่างกัน เพราะการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บบริเวณหูรูดในระหว่างการผ่าตัด (Hisasue, 2004) แต่ในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเสื่อมของร่างกายซึ่งทำให้มีการจำกัดกิจกรรมทางกาย หากผู้สูงอายุมีโรคร่วมด้วยแล้วเช่น โรคหลอดเลือดสมองนั้นยังจะเป็นสาเหตุที่มีผลโดยตรงต่อภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (Stenzelius, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าว ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่าน จากภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากแล้วมีการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่สถานะหนึ่ง คือ การเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างดีนั้น หมายความว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่

ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเป็นอย่างไร
2. กิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
3. โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### กรอบแนวคิดการวิจัย

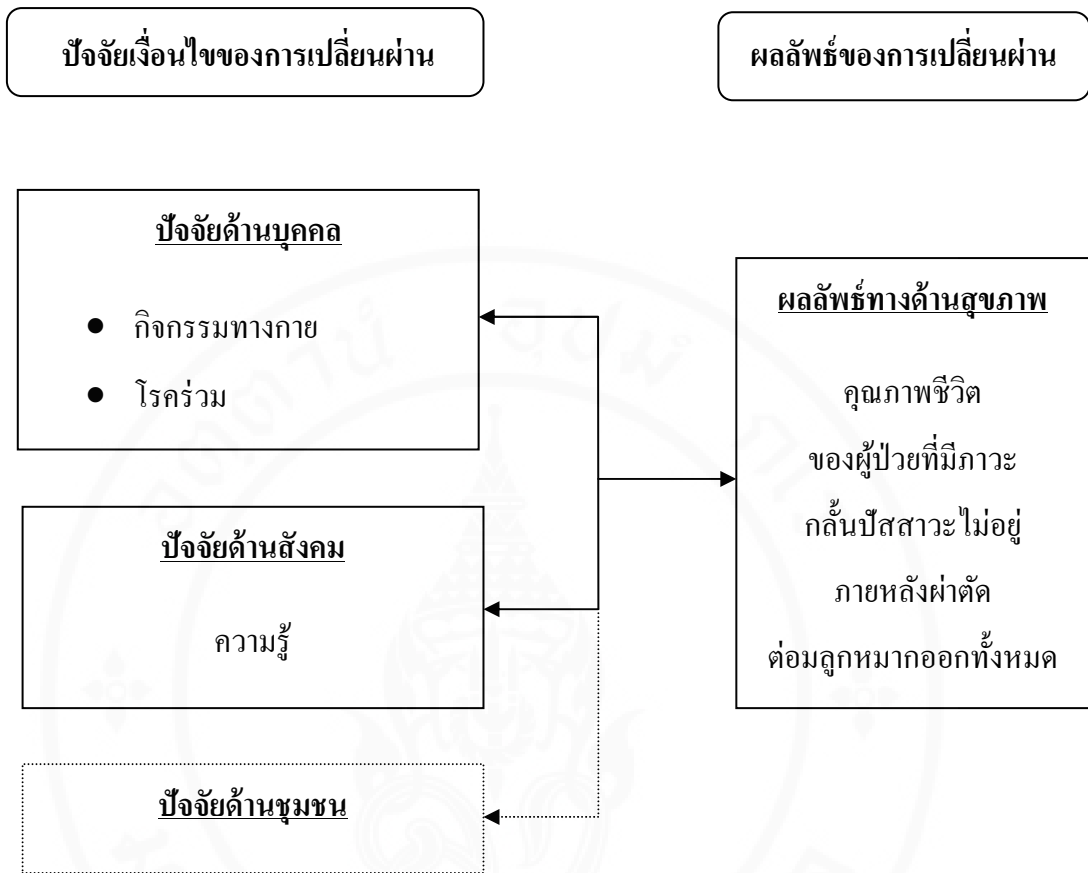
การวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษานิสัยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนผ่านในด้านของสุขภาพและการเจ็บป่วย จากภาวะเดิมที่ผู้ป่วยมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะลำบากไปสู่หลังผ่าตัดที่ได้รับการแก้ไขปัญหอาการปัสสาวะลำบากแล้ว แต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีโอกาสเกิดขึ้น 6 เดือน ถึง 5 ปีหลังผ่าตัด (Palmer et al, 2003) จะเกิดขึ้นหลังถอดสายสวนปัสสาวะ (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; Palmer et al., 2003; & Phillip et al., 2000) จึงใช้แนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitional theory) ของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) มาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนี้ได้พูดถึงการเปลี่ยนผ่านในเรื่องของความเจ็บป่วยและการดำรงภาวะสุขภาพ ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เป็นการเปลี่ยนผ่านจากภาวะที่มีปัญหาของการปัสสาวะลำบากไปสู่ภาวะที่ได้รับการแก้ไขปัญหของอาการปัสสาวะลำบากจากต่อมลูกหมากโต แต่ปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านนั้นคือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากซึ่งเป็นปัญหาที่หลงเหลืออยู่

การที่จะให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านไปสู่การดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมิปัจจัยอะไรบ้าง ซึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านพูดถึงปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition) นั้นประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal condition) ปัจจัยด้านชุมชน (Community condition) และปัจจัยด้านสังคม (Society condition) เมื่อนำแนวคิดนี้มาวิเคราะห์ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ปัจจัยด้านกิจกรรมทางกายและโรคร่วม ซึ่งจากงานวิจัยของ Peterson, (2008) พบว่าการที่ผู้หญิงมีกิจกรรมทางกายจะมีอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่าผู้หญิงที่นั่งอยู่เฉยๆ การมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดิน มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิงสูงอายุ (Danforth et al., 2007) และในทางเดียวกันผู้ชายมีที่กิจกรรมทางกายนั้นก็ช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรง ส่งผลให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายรวมทั้งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรงตามมา นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องโรคร่วมและจำนวนโรคร่วมนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Smith et al., 2010) ซึ่งโรคร่วมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดในเวลาใกล้เคียงกับการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น มีผลต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะเห็นว่าปัจจัยด้านกิจกรรมทางกายและปัจจัยด้านโรคร่วมสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายมีกิจกรรมทางกายจะทำให้เลือดมีการไหลเวียนทั่วร่างกายอย่างดี แต่เมื่อไรก็ตามเมื่อมีความผิดปกติคือมีโรคร่วมอันได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคเหล่านี้มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีความผิดปกติ เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ตามปกติ ซึ่งจะมีผลตามมาต่อเนื้อเยื่อของอวัยวะในส่วนต่างๆ รวมถึงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่มีผลต่อการควบคุมปัสสาวะด้วยเช่นกัน ดังนั้นหากมี

การส่งเสริมปัจจัยภายในคือ กิจกรรมทางกายและโรคร่วม อันได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง การลดความรุนแรงของโรคร่วม รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคร่วมมากขึ้น ก็น่าจะช่วยให้ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ดีขึ้น อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา นอกจากนี้ปัจจัยด้านสังคมได้แก่ความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะที่กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ เพราะการที่บุคคลจะมีความรู้ได้จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคม คือบุคคลในทีมสุขภาพที่จะส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และการพัฒนาศักยภาพของการกล้ามเนื้อปัสสาวะผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็น่าจะมีปัญหาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง ซึ่งหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้นปัจจัยเรื่องความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังกล่าว

สรุปได้ว่า ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านที่ดีที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ คุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก หมายถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งรวมถึงการเข้าสังคม ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก 3 ปัจจัย ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1) โดยมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยด้านบุคคลคือ กิจกรรมทางกาย และโรคร่วม ส่วนปัจจัยด้านสังคมคือ ความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของการเปลี่ยนผ่านที่แสดงออกมาเป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก



**แผนภูมิที่ 1.1** แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังทำผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทางด้านสัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2556

## นิยามตัวแปร

กิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยกล้ามเนื้อโครงร่าง ซึ่งมีการใช้พลังงานมากกว่าขณะพัก เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางกายนั้นรวมอยู่ในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเล่นกีฬา และทุกๆกิจกรรม ประเมินโดยแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของวูล์ฟและคณะ (Wolf et al., 1994) แปลเป็นภาษาไทย และพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของไทยโดยธานี แก้วธรรมานุกุล และคณะ (Kaewthummanukul, Brown, Weaver, & Thomas, 2006)

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งประกอบไปด้วยความเข้าใจในปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษาและการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประเมินโดยแบบประเมินความรู้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของ Yuan & Williams, (2010) ซึ่งได้รับการอนุญาตใช้เครื่องมือ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย และแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญ

โรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่อาจมีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆได้ ประเมินโดยแบบประเมินโรคร่วมของ Charlson, Pompei, Ales, & Mackenzie, (1987)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก (Quality of life in urinary incontinence patients following prostatectomy) หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากในแต่ละบุคคล อันรวมไปถึงชีวิตความเป็นอยู่ การเข้าสังคม ภาวะสุขภาพกายจิต และการมีสิ่งของตามความต้องการ ประเมินโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งได้ซื้อลิขสิทธิ์ใช้เครื่องมือจาก SeaQol Group ของมหาวิทยาลัยยอชิงตัน

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) หมายถึง การที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ (Abrams et al., 2003) ทำให้มีอาการปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด มีปัสสาวะซึมกางเกงใน ต้องรีบเข้าห้องน้ำเพื่อปัสสาวะ บางครั้งมีอาการปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม หัวเราะ หรือเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภายหลังผ่าตัดมะเร็งรังไข่ต่อมลูกหมาก และพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริม และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งรังไข่ต่อมลูกหมาก

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งรังไข่ต่อมลูกหมากต่อไป

3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

#### 2.1 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2.1.2 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด

#### 2.2 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.2.1 การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.2.2 ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.2.3 แนวคิดทางทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

2.3.2 กิจกรรมทางกาย

2.3.3 ความรู้

2.3.4 โรคร่วม

#### 2.4 สรุป

## 2.1 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) เป็นโรคที่เกิดขึ้นมากในเพศชาย คาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2555 นี้ประมาณ 241,740 ราย (ร้อยละ 29) ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเพศชาย (American Cancer Society, 2012) สาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมากที่แท้จริงนั้น ไม่สามารถบอกได้ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวกระตุ้นการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากคือ อายุที่มากขึ้น พันธุกรรม เชื้อชาติ และอาหารการกิน

### 2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

การเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากพบมากในชายอเมริกาผิวดำ โดยมีอัตราการเกิดมากกว่าชายอเมริกาผิวขาว 241 คน ต่อ 149 คนในผู้ป่วย 100,000 คน อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากสูงเป็นอันดับ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคมะเร็งด้วยกัน และมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ชายอเมริกาผิวดำมากกว่าชายอเมริกาผิวขาว จากสถิติในปี ค.ศ.2004-2008 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มมากขึ้น ในชายอเมริกาผิวดำมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 และชายอเมริกาผิวขาวมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2012 นี้จะมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากประมาณ 28,170 คน (American Cancer Society, 2012) สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับ 10 (ร้อยละ 2.1) ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งเพศชายและหญิง (ภัทรวินท์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2553) ในขณะที่มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในเพศชายสูงเป็นอันดับ 4 (ร้อยละ 5.5) (Khuhaprema at el, 2010) และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี เมื่อกล่าวถึงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษา พบว่าในปี พ.ศ.2553 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการจำนวน 3,136 คน (ร้อยละ 12.3) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด (ภัทรวินท์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2554) โดยภาคกลางเป็นภาคที่พบประชากรที่เป็นโรคมะเร็งสูงเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 75.6) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 10.3) ภาคเหนือ (ร้อยละ 9.6) และภาคใต้ (ร้อยละ 4.5) (ภัทรวินท์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2554) ซึ่งจังหวัดที่พบประชากรเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากที่สุดคือกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 9.0) รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี (ร้อยละ 8.7) (Khuhaprema at el, 2010) นอกจากนี้จากสถิติสาธารณสุข ปี 2541-2552 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ยังพบอีกว่ามีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยสูงขึ้นทุกๆปี โดยปี 2553 มีอัตราการตาย 91.2 คนต่อประชากรแสนคน

### 2.1.2 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) เป็นส่วนหนึ่งของอวัยวะสืบพันธุ์ในเพศชาย อยู่ด้านล่างของกระเพาะปัสสาวะ มีลักษณะคล้ายแคปซูลล้อมรอบท่อปัสสาวะ และแยกจากทวารด้วยชั้น Denonvilliers aponeurosis หน้าที่ของต่อมลูกหมากคือผลิตน้ำเลี้ยงอสุจิและน้ำหล่อลื่น แต่ไม่ได้สร้างอสุจิ McNeal (1981) ได้แบ่งลักษณะกายวิภาคของต่อมลูกหมากออกเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนรอบนอก (peripheral zone) ส่วนกลาง (central zone) ส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลง (transition zone) และส่วนกล้ามเนื้อและเอ็นด้านหน้า (anterior fibromuscular stroma) (Selman, 2011) โดยส่วน transitional zone จะมีขนาดใหญ่ขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนนี้เองที่จะทำให้ผู้ชายมีปัญหาต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hypertrophy: BPH) (Amin, Khalid, Tazeen & Yasooob, 2010) แต่ส่วนที่พบมะเร็งมากที่สุดคือ peripheral zone

ในการศึกษาโมเลกุล fingerprinting มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการขาดหายไปของอัลลีล (alleles) ใดอัลลีลหนึ่ง (Loss of Heterozygosity: LOH) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมและลักษณะทางพยาธิวิทยา หรือจะเรียกอีกอย่างหนึ่งคือการค้นหาเครื่องหมายทางพันธุกรรมของ multifocal carcinomas และบ่งชี้ว่าเป็น multicentric ซึ่งมีความหลากหลายและมีรูปแบบที่เป็นอิสระ นอกจากนั้น LOH ยังช่วยบ่งชี้การเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก โดย Prostatic intraepithelial neoplasia (PIN) ที่สร้างจาก architecturally benign prostatic ducts lined กับ cytologically atypical cells อาจมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าการเปลี่ยนแปลงของ genetic ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิด carcinoma (Crawford et al., 2001) ดังนั้นหากระดับ PIN น้อยนั้นหมายถึงโอกาสในการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากก็จะน้อยด้วย

#### การจัดระดับของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer grading)

การจัดระดับของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำได้หลังจากการนำชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากส่งตรวจห้องปฏิบัติการเพื่อดูลักษณะของ glandular differentiation โดยใช้ระบบ Gleason grading ในการจัดระดับของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจากผู้ป่วยหนึ่งคนสามารถพบเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความหลากหลายได้ ดังนั้นจึงนำเอา Gleason grade ที่ตรวจพบมากที่สุดมารวมกับ grade ที่พบมากที่สุดลำดับรองลงมา และนำมารวมกันเป็น Gleason score (เจริญ ถีนานูพันธุ์ และวชิร กษการ, 2547) ผลของ Gleason score อยู่ที่ 2 ถึง 10 ทั้งนี้ผลของ Gleason score จะช่วยในการพยากรณ์โรค ในผู้ป่วยที่มีผลตรวจชิ้นเนื้อพบ Gleason score สูง นั้นหมายถึงผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากขั้นรุนแรง และมีโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีผล Gleason score ต่ำ

#### การจัดระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer staging)

การจัดระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากตามระบบ TNM เป็นระบบที่มีการใช้กันอย่าง

แพร่หลายมากที่สุด ซึ่ง American Joint Committee on Cancer: AJCC (2011) ได้แบ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากไว้โดยมีรายละเอียดดังนี้

Primary tumor (T): มะเร็งปฐมภูมิ

Tx	ไม่สามารถประเมินได้
T0	ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็ง
T1	ไม่สามารถตรวจร่างกายหรือตรวจทางรังสีวิทยาพบก้อนมะเร็ง
T1a	พบอัตราการเป็นมะเร็งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5% ของชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ
T1b	พบอัตราการเป็นมะเร็งมากกว่า 5% ของชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ
T1c	สามารถระบุได้เป็นมะเร็งจากการนำชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Needle biopsy) เพราะค่า PSA สูง
T2	มะเร็งอยู่ในต่อมลูกหมาก*
T2a	มะเร็งอยู่ที่ในบริเวณน้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่ง lobe ของต่อมลูกหมาก
T2b	มะเร็งอยู่ในบริเวณมากกว่าครึ่ง lobe แต่ไม่เกินหนึ่ง lobe ของต่อมลูกหมาก
T2c	มะเร็งกระจายไปทั้งสอง lobe ของต่อมลูกหมาก
T3	มะเร็งกระจายเข้าไปในแคปซูลของต่อมลูกหมาก**
T3a	มะเร็งกระจายออกนอกแคปซูลของต่อมลูกหมาก (ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง)
T3b	มะเร็งกระจายเข้าไปในถุงน้ำอสุจิ (Seminal vesicle)
T4	มะเร็งจำกัดอยู่กับที่หรือมีการกระจายออกนอกถุงน้ำอสุจิ เช่น หูดภายนอก ทวารหนัก กระเพาะปัสสาวะ และหรือผนังอุ้งเชิงกราน

หมายเหตุ: \* พบมะเร็งหนึ่ง lobe หรือสอง lobe โดยการส่งชิ้นเนื้อตรวจ แต่ไม่สามารถเห็นได้ชัดหรือแน่ใจได้ว่าเป็นมะเร็งจากการตรวจทางรังสีวิทยา จัดเป็น T1c

\*\* มีการกระจายไปยังยอดของต่อมลูกหมากหรือภายใน (แต่ไม่เกิน) แคปซูลของต่อมลูกหมากไม่จัดอยู่ใน T3 แต่จัดอยู่ใน T2

Pathologic (pT)\*: พยาธิวิทยา

pT2 มะเร็งยังอยู่ที่ต่อมลูกหมาก

- pT2a มะเร็งอยู่ข้างเดียวของต่อมลูกหมาก โดยมีขนาดครึ่งหนึ่งหรือน้อยกว่า
- pT2b มะเร็งอยู่ข้างเดียวของต่อมลูกหมาก โดยมีขนาดมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ยังไม่กระจายไปทั้งสองข้างของต่อมลูกหมาก
- pT2c มะเร็งกระจายอยู่ทั้งสองข้าง
- pT3 มะเร็งกระจายออกนอกต่อมลูกหมาก
- pT3a มะเร็งกระจายออกนอกต่อมลูกหมาก หรือกระจายไปถึงคอของกระเพาะปัสสาวะเพียงเล็กน้อย\*\*
- pT3b มะเร็งกระจายเข้าไปในถุงน้ำอสุจิ
- pT4 มะเร็งกระจายไปที่ทวาร กล้ามเนื้อ Levator และ/หรือผนังอุ้งเชิงกราน

- หมายเหตุ: \* ไม่มี T1 ในการแบ่งตามพยาธิวิทยา
- \*\* ถ้าผลการผ่าตัดเป็นบวกควรระบุโดยใช้ลักษณะของ R1 (พบมะเร็งมีขนาดเล็กน้อย)

Regional Lymph Nodes (N): ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง  
ลักษณะทางคลินิก

- NX ไม่สามารถประเมินได้ว่าต่อมน้ำเหลืองโต
- N0 ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง
- N1 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

พยาธิวิทยา

- pNX จากการตรวจไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลือง
- pN0 ผลไม่เป็นบวกที่ต่อมน้ำเหลือง
- pN1 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

Distant Metastasis (M): การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ

- M0 ไม่สามารถประเมินได้ว่ามะเร็งมีการกระจาย
- M1 ไม่พบการกระจายของมะเร็ง
- M1a พบการกระจายของมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณก้อนมะเร็ง (non-regional lymph node)
- M1b มีการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก
- M1c มีการกระจายของมะเร็งไปที่อวัยวะอื่นๆ ร่วมกับมีการกระจายหรือไม่มีการกระจายไปที่กระดูก

เมื่อได้ผลการประเมินตามระบบ TNM สามารถนำมากำหนดเป็นระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้ 4 ระยะ ดังนี้ (จุฑามาศ แอนเนียน, 2550)

- ระยะที่ 1 เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ก้อนมะเร็งเป็นเพียงอนุภาคขนาดเล็ก ตรวจไม่พบด้วยการคลำ
- ระยะที่ 2 สามารถคลำได้ก้อน แต่ก้อนมะเร็งอยู่ในต่อมลูกหมากเท่านั้น
- ระยะที่ 3 มะเร็งเริ่มมีการลุกลามออกนอกต่อมลูกหมาก มาถึงท่อนำสุจิ และเนื้อเยื่อของกระเพาะปัสสาวะที่อยู่ใกล้เคียง
- ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีการลุกลามของมะเร็งมาก โดยมะเร็งมีการแพร่กระจายไปถึงต่อมน้ำเหลือง กระดูก ปอด และอวัยวะอื่นๆ

ในการจัดระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น ต้องอาศัยข้อมูลจากการตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และพยาธิวิทยาประกอบ ทั้งนี้ผลของการจัดระดับและการจัดระยะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น จะเป็นแนวทางในการช่วยพยากรณ์ การดำเนินของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนั้นยังใช้เพื่อพิจารณาในการเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป

### 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

ในระยะเริ่มแรกของมะเร็งต่อมลูกหมากโดยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคเมื่อมะเร็งมีการลุกลามขึ้น และผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลในระยะที่มีการลุกลามแล้ว ในผู้ป่วยบางรายที่มาตรวจสุขภาพเมื่อได้รับการตรวจทางทวารหนัก (Digital rectal exam: DRE) พบลักษณะของต่อมลูกหมากมีความผิดปกติคือ ต่อมลูกหมากมีลักษณะเป็นก้อนแข็งไม่เรียบ ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อค้นหาว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ โดยการนำชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากไปตรวจ (Prostate biopsy) นอกจากนี้การตรวจเลือดหาค่าสารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก หรือที่เรียกว่า Prostate specific antigen: PSA จะช่วยคัดกรองการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดในการติดตามการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย โดยปกติค่า PSA ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุ (Vesely, Knutson, Dambef, Dicuio, & Dahlstrand., 2003)

ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาของการไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ โดยอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงของการถ่ายปัสสาวะจากปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะตอนกลางคืน ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะไม่สุด ต้องเบ่งถ่ายปัสสาวะ แสบหรือปวดเวลาปัสสาวะ เป็นต้น

2. มีเลือดปนในปัสสาวะหรือในน้ำอสุจิ (semen)
3. เจ็บเวลาหลังน้ำเชื้อ
4. เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด

สำหรับอาการและอาการแสดงในระยะท้ายของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น เกิดจากการที่เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms: LUTS) (ร้อยละ 27) มีภาวะไตวาย (ร้อยละ 12) มีภาวะซีด (ร้อยละ 10) มีอาการปวดกระดูก (ร้อยละ 9) ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ยาระงับความเจ็บปวดก็ตาม (Khafagy et al., 2007) อาการปวดนั้นเกิดจากการที่มะเร็งมีการลุกลามตำแหน่งต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดสะโพก ปวดต้นขาส่วนบน ปวดบริเวณซี่โครง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะสุดท้ายที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกถึงร้อยละ 40 ประกอบด้วยอาการปวดกระดูก กระดูกหัก และกระดูกสันหลังถูกกด (Khafagy et al., 2007) ในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปที่กระดูกไขสันหลัง ทำให้ไขสันหลังและเส้นประสาทถูกกดนั้นเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง ชาที่แขนหรือขา ทำให้มีปัญหาในการควบคุมการทำงานของเพาะปัสสาวะตามมาด้วย (American cancer society, 2012)

#### 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากพิจารณาจากระยะของมะเร็งและลักษณะการกระจายของมะเร็งว่ามีการกระจายอยู่ภายในต่อมลูกหมาก (localized cancer) มะเร็งมีการกระจายอยู่เฉพาะที่ (locally advanced cancer) หรือมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย (metastasis cancer) ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากประกอบด้วย การติดตามอาการ การใช้รังสีรักษา การฝังแร่ การใช้ยาเคมีบำบัด การใช้ยาต้านฮอร์โมน และการผ่าตัด ทั้งนี้การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นอาจมีวิธีการรักษามากกว่าหนึ่งวิธีได้ สำหรับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่มีจุดประสงค์หลัก มุ่งหวังเพื่อตัดก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุดเพื่อลดโอกาสการกระจายของมะเร็ง การผ่าตัดต่อมลูกหมากมีหลายวิธี โดยหลักการในการเลือกวิธีการผ่าตัด พิจารณาจากระยะของการเป็นมะเร็งร่วมกับพิจารณาจากความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความแข็งแรงพอที่จะได้รับการดมยาและการผ่าตัด

Radical prostatectomy คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีมานาน วิธีการผ่าตัดนี้จะใช้ในรายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น มะเร็งไม่มีการกระจายออกนอกต่อมลูกหมากหรือส่วนอื่นของร่างกาย ทั้งนี้ก่อนผ่าตัดนอกจากจะมีการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะต้องมีการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การสแกนกระดูก (bone scan) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography: CT) หรือการ

ตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imagin: MRI) เพื่อดูให้แน่ใจว่าไม่มีการกระจายของมะเร็งออกนอกต่อมลูกหมาก วิธีการผ่าตัดนี้เป็นการรักษาที่คาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุได้นานขึ้นมากกว่า 10 ปี (Aus et al., 2005) ทั้งนี้ต้องพิจารณาด้วยว่าผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดนั้น จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานกว่าช่วงระยะเวลาเติบโตของเซลล์มะเร็งด้วย แต่ผู้ป่วยอาจจะต้องยอมรับกับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญคือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดนั้นมีความเสี่ยงที่เส้นประสาทจะถูกกระทบกระเทือนได้ หลักการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเหมือนกันหมดคือ ผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกทั้งแคปซูล ถุงน้ำสุจิ และเนื้อเยื่อข้างเคียง หลังจากนั้นจึงนำเอาส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะมาเย็บต่อกับท่อปัสสาวะใหม่ และทำการคาสาขสวนปัสสาวะไว้แล้วจึงเย็บปิดแผล ก่อนการผ่าตัดเพื่อนำต่อมลูกหมากออกจะเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Iliac area มาตรวจเพื่อหาเซลล์มะเร็งด้วย (เจริญ ถีนานูพันธ์ และวัชร คชการ, 2547) การผ่าตัดด้วยวิธีนี้เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ซึ่งจะทำให้การเปิดหน้าท้อง (abdomen) หรือฝีเย็บ (perineum) หรืออาจจะใช้กล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic) ในการผ่าตัด และในปัจจุบันมีการนำหุ่นยนต์มาใช้ในการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วย ดังนั้นจึงมีชื่อการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่แตกต่างกันออกไปตามวิธีการผ่าตัดและตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด ซึ่งวิธีการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีดังนี้

1. Radical retropubic prostatectomy คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดโดยเปิดแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางของช่องท้องส่วนล่าง (lower abdomen) ในระดับที่เหนือกว่าอวัยวะเพศชายประมาณ 1 นิ้ว แผลผ่าตัดยาวประมาณ 8-10 เซนติเมตร และนำต่อมลูกหมากออกทางด้านหลังของกระดูกเชิงกราน วิธีการผ่าตัดแบบนี้ศัลยแพทย์สามารถเข้าถึงต่อมลูกหมากได้มาก และสามารถเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองรอบๆ ออกมาตรวจวิเคราะห์การลุกลามของมะเร็ง ในการผ่าตัดนั้นจะทำการเลาะต่อมลูกหมากออกจากอวัยวะที่เชื่อมติดกันอยู่ คือกระเพาะปัสสาวะ ท่อทางเดินปัสสาวะ ท่อน้ำสุจิ เส้นเลือด และเส้นประสาทต่างๆ (จุฑามาศ แอนเนียน, 2550) ซึ่งอาจส่งผลให้อวัยวะต่างๆ เหล่านี้เกิดความกระทบกระเทือนได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะที่ถูกกระทบกระเทือนทำงานบกพร่อง การผ่าตัดด้วยวิธีการนี้ผู้ป่วยอาจเสียเลือดได้มาก และต้องเสียเวลานอนโรงพยาบาลนาน 7-14 วัน เนื่องจากวิธีการนี้เป็นการผ่าตัดแบบเปิดที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ แต่สามารถช่วยให้เห็นต่อมลูกหมากได้ชัด

2. Radical perineal prostatectomy คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดโดยเปิดแผลผ่าตัดบริเวณระหว่างอ้นทะและทวารหนัก แผลผ่าตัดมีขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร การผ่าตัดด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะเสียเลือดน้อยกว่าการผ่าตัดด้วยวิธี Radical retropubic prostatectomy และยังเป็นข้อดีของการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วนมีการฟื้นหายของแผลได้เร็วกว่า อย่างไรก็ตามการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เป็นการผ่าตัดที่มีขนาดแผลค่อนข้างจำกัด เนื่องจากแผล

แคบจึงทำให้มองเห็นหูดและกลุ่มเส้นประสาทได้ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่มีโอกาสในการรักษาสภาพของเส้นประสาทที่อยู่ติดกับต่อมลูกหมากได้ (จุฑามาศ แอนเนียน, 2550) อีกทั้งในการผ่าตัดนำต่อมน้ำเหลืองออกจะต้องผ่าตัดออกผ่านทางหน้าท้อง ทำให้มีแผลผ่าตัดต่างหากอีกแผล

3. Laparoscopic radical prostatectomy (LRP) คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้กล้องช่วยในการผ่าตัด วิธีนี้จะทำโดยเจาะรูที่หน้าท้อง 3-4 รู เพื่อสำหรับใช้สอดกล้องและเครื่องมือเข้าไปหากระเพาะปัสสาวะและต่อมลูกหมาก ศัลยแพทย์จะใช้เครื่องมือในการตัดแยกต่อมลูกหมากและถุงอสุจิออกจากกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ หลังจากนั้นจะใช้หลักการเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบเปิดคือ การเย็บท่อปัสสาวะให้ติดกับกระเพาะปัสสาวะ แต่จะใช้เครื่องมือใช้การผ่าตัดและเย็บแทนได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากในการผ่าตัดด้วยกล้องนี้สามารถส่องเข้าไปยังซอกแคบๆ ได้ ทำให้การกระทบกระเทือนของเส้นประสาทเกิดขึ้นน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด อีกทั้งผู้ป่วยจะเสียเลือดน้อยกว่า เพราะในขณะที่ทำการผ่าตัดนั้นจะต้องมีการอัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ซึ่งช่วยป้องกันไม่ให้มีเลือดซึมมาก (จุลินทร์ โอภาณุรักษ์, 2554)

4. Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy (RALRP) คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากและต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออก เป็นการผ่าตัดแบบใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ซึ่งหุ่นยนต์ที่ติดตั้งมีชื่อว่า Da Vinci Surgical System ประกอบด้วยแขน 4 แขน มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5-0.8 เซนติเมตร โดยแขนที่ 1 เป็นกล้องที่มีหน้าที่ในการช่วยให้ศัลยแพทย์ที่อยู่ตรงจุดควบคุมสามารถมองเห็นบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ส่วนแขนของหุ่นยนต์อีก 3 แขน มีหน้าที่ในการผ่าตัด (ไชยงค์ นวลยง, 2555) วิธีการผ่าตัดนี้คล้ายกับการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องคือ มีการเจาะรูที่หน้าท้อง แต่สิ่งที่พิเศษกว่านั้นคือ เครื่องมือที่ศัลยแพทย์สอดเข้าไปในช่องท้องนั้นสามารถหมุนได้รอบ ทำให้กระบวนการในการเย็บง่ายขึ้น โดยศัลยแพทย์จะนั่งอยู่ที่เก้าอี้เพื่อบังคับหุ่นยนต์ในการผ่าตัดแทนการยืนผ่าตัดที่ข้างตัวผู้ป่วย ศัลยแพทย์จะใช้มือสอดเข้าไปในกลไกที่ใช้ในการบังคับแขนของหุ่นยนต์ และสวมแว่นพิเศษที่สามารถมองเห็นภาพจากกล้องปรากฏเป็นภาพที่มีความละเอียดสูง 3 มิติ (3D High definition: 3D HD) (จุลินทร์ โอภาณุรักษ์, 2554) ซึ่งมีกำลังขยาย 10 เท่า จึงทำให้การผ่าตัดมีความแม่นยำมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บและความบอบซ้ำของแผลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ทั้งนี้ยังช่วยให้การผ่าตัดรวดเร็ว สามารถผ่าตัดในที่แคบๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จึงฟื้นตัวได้เร็วเหลือเพียง 3-4 วัน

## 2.2 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีที่มีหวังผลเพื่อนำมะเร็งออกให้มากที่สุด เพื่อต่ออายุให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอายุที่นานมากขึ้น แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง

ต่อมลูกหมากจะต้องยอมรับและเผชิญกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าร้อยละ 93 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากออกทั้งหมดมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นานถึง 12 เดือนหลังผ่าตัด (Walsh, Marschke, Ricker, & Burnett, 2000)

### 2.2.1 การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

โดยปกติเมื่อมีการขับถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน (internal sphincter muscle) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อลายมีลักษณะเป็นวงอยู่ตรงคอกระเพาะปัสสาวะจะมีการคลายตัว ในขณะที่กระเพาะปัสสาวะมีการหดตัวเพื่อดันปัสสาวะให้ไหลออกสู่ท่อทางเดินปัสสาวะ การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเชิงกรานด้านล่าง (จุฑามาศ แอนเนียน, 2550) ซึ่งการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในนี้ควบคุมนอกเหนืออำนาจจิตใจ (involuntary control) ภายใต้การควบคุมของ autonomic nerve จาก vesicle plexus ส่วนกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก (external sphincter muscle) อยู่บริเวณท่อทางเดินปัสสาวะใกล้กับต่อมลูกหมาก ทำงานภายใต้อำนาจจิตใจ (voluntary control) จึงสามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย striated muscle ได้รับความ nerve supply จาก perineal branch of pudendal nerve (วนิดา ศรีไพโรจน์ธิกุล, ม.ป.ป.) มีหน้าที่ในการช่วยควบคุมการไหลของปัสสาวะด้วย ในขั้นตอนของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีการเลาะเอาต่อมลูกหมากออก ซึ่งต่อมลูกหมากนั้นติดอยู่กับกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ท่อนำสุจิ เส้นเลือด และกลุ่มเส้นประสาทต่างๆ จึงส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ถูกกระทบกระเทือน รวมถึงกล้ามเนื้อที่ควบคุมการไหลของปัสสาวะด้วย ทำให้หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจึงพบผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าการผ่าตัดด้วยวิธี Radical perineal prostatectomy มีผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดจนถึง 3 เดือน (ร้อยละ 83) 6 เดือน (ร้อยละ 86.4) และ 12 เดือน (ร้อยละ 93.2) ส่วนการผ่าตัดด้วยวิธี Radical retropubic prostatectomy มีผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดจนถึง 3 เดือน (ร้อยละ 66.1) 6 เดือน (ร้อยละ 71.1) และ 12 เดือน (ร้อยละ 79.6) (Imperatore et al., 2011)

อินเตอร์เนชันแนล คอนทิเนนซ์ โซไซตี้ (International continence society: ICS) ได้นิยามภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence: UI) ว่าเป็นการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ (Abrams et al., 2003) มีอาการปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะลาด ต้องรีบเข้าห้องน้ำ บางครั้งมีปัสสาวะเล็ดเมื่อมีอาการไอ จาม หัวเราะ หรือเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก อันส่งผลต่อด้านสุขอนามัยในชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วย สามารถจำแนกออกเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้ (Abrams et al., 2003; Staskin et al., 2008)

1. Stress urinary incontinence: SUI คือ ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะไหลออกเมื่อไอ จาม หัวเราะ หรือทำกิจกรรมที่มีการเพิ่มแรงดันของช่องท้อง เช่น การยกของหนัก การเป่าลูกโป่ง

เป็นต้น ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยมากที่สุด การศึกษาของ Palmer et al., (2003) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิด Stress incontinence เมื่อยกของ (ร้อยละ 77) เมื่อมีการไอ (ร้อยละ 72) เมื่อมีการจาม (ร้อยละ 72) เมื่อออกกำลังกาย (ร้อยละ 62) เมื่อเดิน (ร้อยละ 53) เมื่อหัวเราะ (ร้อยละ 37) และเมื่อมีการขึ้นบันได (ร้อยละ 27)

2. Urge urinary incontinence: UUI คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้นาน เมื่อมีความรู้สึกปวดปัสสาวะจะต้องถ่ายปัสสาวะทันที ทำให้เป็นสาเหตุที่เข้าห้องน้ำไม่ทัน ผู้ป่วยบางรายอาจเข้าห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง

3. Mixed urinary incontinence: MUI คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิด stress incontinence ร่วมกับ urge incontinence

จากการศึกษาของ O'Sullivan, Karantanis, Stevermuer, Allen, & Moore, (2004) เพื่อให้นิยามความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใน 24 ชั่วโมง จากการซึมของปัสสาวะในผ้าอนามัย โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้

1. Mild incontinence หมายถึง มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เล็กน้อย คือ มีน้ำหนักของผ้าอนามัยที่มีปัสสาวะซึมอยู่ระหว่าง 1.3-20 กรัม ใน 24 ชั่วโมง

2. Moderate incontinence หมายถึง มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ปานกลาง คือ มีน้ำหนักของผ้าอนามัยที่มีปัสสาวะซึมอยู่ระหว่าง 21-74 กรัม ใน 24 ชั่วโมง

3. Severe incontinence หมายถึง มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มาก คือ มีน้ำหนักของผ้าอนามัยที่มีปัสสาวะซึมมากกว่า 75 กรัม ใน 24 ชั่วโมง

### 2.2.2 ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขกับการที่ได้ผ่าตัดเอามะเร็งออกจากร่างกายไปแล้ว แต่สิ่งที่กำลังตามมาและมีผลต่อการดำเนินชีวิตคือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การควบคุมไม่ได้นั้นเป็นปัญหาที่เลวร้ายที่สุด ตั้งแต่การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ที่แสดงออกจากจากปัญหาทางร่างกาย จากการที่สังคมมาพบเห็น หรือแม้แต่กระทั่งการที่ไม่สามารถควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะได้ ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้เป็น 3 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนัง (Koch, Kralik, & Kelly, 2000) เกิดแผลกดทับ มีรอยแดง คันบริเวณที่มีปัสสาวะเลอะ ผลกระทบทางด้านร่างกายอย่างอื่นที่มาจากผลข้างเคียงของการใช้รักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น อาการปากแห้ง และตามัว เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาที่ต้องเผชิญกับภาวะกลั้น

ปัสสาวะไม่อยู่แล้วนั้น ยังรวมไปถึงความลำบากในการที่ต้องเข้าห้องน้ำอย่างรวดเร็วตลอดเวลาเพื่อปัสสาวะ เปลี่ยนชุดหรือกางเกงใน หรือฝัอนามัยสำหรับรองซับปัสสาวะบ่อยๆ การหาสถานที่เพื่อจัดแผ่นฝัอนามัยให้เข้าที่ และการแสวงหาขนาดของฝัอนามัย หรือแผ่นรองซับปัสสาวะที่พอดีและเหมาะกับตน (Palmer et al., 2003)

2. ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยจะมีความกลัว หวาดระแวง รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ และเงินอายที่จะเกิดกลิ่นปัสสาวะเมื่อต้องเข้าสังคม โดยเฉพาะผู้ชายที่ต้องทำงานพบปะและติดต่อกับบุคคลมากมาย (Koch et al., 2000) มีผู้ป่วยที่ต้องหยุดกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำเช่นการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การไปออกกำลังกายกับเพื่อน และพยายามที่จะแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการกับภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ ไม่ว่าจะเป็นการทดลองการใช้ฝัอนามัยแบบต่างๆ รวมถึงการใช้ส่วนตัวหนีบอวัยวะ (Penile clamp) ที่ต้องเสียดำใช้เข้าเป็นจำนวนมากก็ตาม นอกจากนั้นการใส่ฝัอนามัยเพื่อรองซับปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย อึดอัดที่จะต้องใส่ฝัอนามัย และยังพบว่าบางรายรู้สึกเงินอายที่ต้องใส่ฝัอนามัยเพื่อรองซับปัสสาวะเมื่อต้องใช้ห้องน้ำสาธารณะ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ขณะที่กำลังปลูกเรื่อารมรณั์ ขณะพยายามมีเพศสัมพันธ์ หรือขณะมีเพศสัมพันธ์ก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Palmer et al., 2003) ซึ่งผลกระทบทางด้านสังคมจะเกิดขึ้นมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังผ่าตัดไปจนถึง 6 เดือนแรกหลังการผ่าตัด (Ward-Smith & Mehl, 2007)

3. ผลกระทบทางด้านอารมณ์ จากผลกระทบของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะซึมเศร้า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า “ผมมีภาวะซึมเศร้ามาก มันทรมาณมาก และผมเสียดายมากกับเวลาที่ผ่านไป ผมขอกลับไปเป็นมะเร็งดีกว่า” (Palmer et al., 2003) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกโกรธเคือง ไม่พอใจ เพราะไม่สุขสบายจากการมีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ และอับอายจากการที่ต้องใส่ฝัอนามัยเพื่อรองซับปัสสาวะ (Burt et al., 2005)

จะเห็นได้ว่า ภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ แล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะคนนอน ส่งผลต่อเศรษฐกิจในการแสวงหาวิธีการในการจัดการกับภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ การงาน สัมพันธภาพในสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้หมายถึง การเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rondorf-Klym & Colling, (2003) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) ความรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem) และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (health locus of

control) มีความสัมพันธ์ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

### 2.2.3 แนวคิดทางทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) เป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่ง สภาวะหนึ่ง หรือสภาพหนึ่ง ไปสู่อีกจุดหนึ่ง อีกสภาวะหนึ่งหรือสภาพหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Meleis, 2010) จุดมุ่งเน้นของทฤษฎีคือ เพื่อประเมินและช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถเผชิญและจัดการกับการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่ง และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีได้ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้ (Meleis, 2010)

1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transitions)
2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)
3. รูปแบบของการตอบสนอง (Patterns of response)
4. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

#### มโนทัศน์ที่ 1: ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (type of transition) มี 4 ชนิดดังนี้
  - 1.1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (development transition) เช่น การเปลี่ยนผ่านจากวัยหนึ่งสู่วัยหนึ่ง เช่น การเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นต้น
  - 1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) คือการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง เช่น การเปลี่ยนผ่านเรื่องการศึกษา มีการเปลี่ยนระดับการศึกษาที่สูงขึ้น เป็นต้น
  - 1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เช่น การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น
  - 1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในองค์กรต่างๆ เช่น การปรับโครงสร้างการบริหารในองค์กร การเปลี่ยนผ่านของผู้บริหารในองค์กร เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านของบุคลากรในองค์กรนั้นๆ

2. รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (patterns of transition) รูปแบบของการเปลี่ยนผ่านมีความแตกต่างกันออกไป โดยในการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นอาจมีการเปลี่ยนผ่านอย่างเดียวหรือหลายๆอย่างพร้อมกัน เกิดเป็นลำดับขั้นตอน เกิดขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน และอาจมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ต่อกันก็ได้

3. ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transition) โดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่านจะมีจุดเริ่มต้นของเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤต บุคคลจะต้องมีความพร้อม มีการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่านที่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน

## มโนทัศน์ที่ 2: เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านนั้นจะสามารถเกิดขึ้นได้ยากหรือง่าย โดยมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านได้แก่บุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล (Personal condition) ประกอบด้วย

1.1 การให้ความหมาย (meanings) หมายถึง การกระตือรือร้นการเปลี่ยนผ่านจากการประเมินว่าการเปลี่ยนผ่านที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สู่ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดนั้นมีผลด้านบวก ด้านลบ หรือผลอยู่ในระดับกลางต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยรายแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป

1.2 ทศนคติและความเชื่อทางวัฒนธรรม (cultural beliefs & attitudes) ผู้ป่วยแต่ละรายล้วนมีทศนคติ และความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นฐานการรับรู้ และความแตกต่างทางสังคม หากผู้ป่วยมีความทศนคติและความเชื่อทางวัฒนธรรมว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เป็นสิ่งน่าอับอาย ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นโดยการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

1.3 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) เชื่อว่ามีผลต่อการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะและสังคมดีก็จะมีประสบการณ์เปลี่ยนผ่านได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะและสังคมไม่ดี เพราะผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะดีและสังคมดีก็มีกำลังทรัพย์ในการแสวงหาวิธีการที่จัดการกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ เช่นการแสวงหาชนิด และขนาดของผ้าอนามัยที่เหมาะสมกับตนเอง และมีประสิทธิภาพในการรองรับปัสสาวะ

1.4 การเตรียมการและความรู้ (preparation and knowledge) การที่ผู้ป่วยมีความรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดจากการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก คือผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ และมีการเตรียมการหาความรู้ในการจัดการกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านไปได้ดีและมีความสำเร็จ แต่หากผู้ป่วยขาดการเตรียมการ

และไม่มีความรู้เพียงพอในการรับมือกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก็ย่อมส่งให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้ยาก

2. ปัจจัยเงื่อนไขทางด้านชุมชน (Community condition) เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งให้การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยง่ายและดีขึ้น เช่น การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยกันมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของการเผชิญต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

3. ปัจจัยเงื่อนไขทางด้านสังคม (Society condition) คือลักษณะหรือสถานการณ์ทางสังคม และระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่จะเอื้อหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

### มโนทัศน์ที่ 3: รูปแบบของการตอบสนอง

รูปแบบของการตอบสนอง จะเป็นตัวชี้วัดว่าการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุสภาวะ หรือสถานการณ์ใหม่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ ประกอบด้วย

1. ตัวบ่งชี้กระบวนการ (Process indicators) ซึ่งประกอบด้วย การมีความรู้สึกผูกพัน (feeling connected) ต่อการเปลี่ยนผ่าน มีปฏิสัมพันธ์ (interacting) กับบุคคลอื่น มีความเข้าใจในสถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ (location and situated) พร้อมทั้งมีการพัฒนาความมั่นใจและมีการจัดการ (developing confidence and coping) ในการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ

2. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (Outcome indicators) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย บุคคลสามารถที่จะอยู่ในสถานการณ์ใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย (role mastery) และสามารถเปลี่ยนผ่านด้วยการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ (fluid integrative identities) เช่น การที่ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และสามารถเปลี่ยนผ่านโดยปรับตัวเพื่อจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม นั่นคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### มโนทัศน์ที่ 4: การบำบัดทางการพยาบาล

เป็นมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล โดยพยาบาลจะมีวิธีการอย่างไรเพื่อช่วยให้บุคคลคือผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์ของความเจ็บป่วยไปได้ ด้วยการส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือ ป้องกัน ให้ความรู้ ให้แรงเสริม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) พยาบาลจะต้องประเมินทุกเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคม

ของผู้ป่วยถึงความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน แหล่งสนับสนุน สิ่งที่มาดที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นจะต้องได้รับเพิ่มเติม

2. การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) เช่น การให้ข้อมูลถึงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษาด้วยการผ่าตัด และผลที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด มะเร็งต่อมลูกหมาก คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทั้งนี้รวมไปถึงการให้ความรู้ในการเตรียมตัวเผชิญต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น

3. บทบาทเสริม (Role supplementation) การที่พยาบาลใช้บทบาทต่างๆ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านในแต่ละสถานการณ์ได้ ได้แก่ บทบาทครู บทบาทพี่เลี้ยง บทบาทพยาบาล บทบาทผู้ดูแล เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากภาวะที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก สู่ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องดำเนินชีวิตกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ให้ได้ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล คือ กิจกรรมทางกาย ที่มีผลโดยตรงต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และอีกหนึ่งปัจจัยคือโรคร่วม ที่ผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องระบบการไหลเวียนที่มีผลในการขนส่งออกซิเจนในกระแสเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย รวมถึงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมคือ ความรู้ ซึ่งความรู้ในที่นี้ เป็นความรู้ที่ไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ หรือความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่เป็นความรู้ที่ได้รับจากทีมสุขภาพ เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทั้ง 3 ปัจจัยนี้จะออกมาเป็นผลต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้เหมาะสม อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## 2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### 2.3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

World Health Organization, (1997) ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลต่อสถานการณ์ในชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรม และคุณค่าในชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อเป้าหมาย

ความคาดหวัง และมาตรฐาน โดยมีผลที่ซับซ้อนต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสามารถในการช่วยเหลือด้วยตนเอง มีสัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และมีผลต่อความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายอีกนัยหนึ่งว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ของตนเองโดยผ่าน การรับรู้ และการประเมินด้วยตนเอง (พิมพ์จันทร์ ไชยกันทา, 2542) การที่บุคคลมีความพึงพอใจหรือมีความสุขในการดำเนินชีวิต (life satisfaction or happiness) สามารถช่วยเหลือ ดูแล และพึ่งตนเองได้ ตามบริบทที่เป็นมาตรฐานของตนเอง ในการที่มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพ มีความเป็นอยู่ที่ดี เป็นชีวิตที่พึ่งตัวเองได้ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นสุข มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีชีวิตที่ยืนยาว เพียบพร้อมด้วยความสุข และความสำเริงอย่างสมบูรณ์ เมื่อมนุษย์เติบโตขึ้นต้องหางานทำ ก็ปรารถนาที่จะมีชีวิตการทำงานที่มีคุณภาพ (quality of work life) อีกด้วย งานนั้นต้องเป็นงานที่ทำแล้วให้ตนเองเกิดความสุขจากการปฏิบัติหน้าที่การงานนั้นๆด้วย ทำแล้วมองเห็นหนทางที่จะเจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป (ปราชญา กล้าผจญ, 2545)

เมื่อกล่าวถึงความหมายของ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก มีความพึงพอใจหรือสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขช่วยเหลือ ดูแล พึ่งตนเองได้ และสามารถจัดการกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life: HRQOL) เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะคุณภาพชีวิตคือ ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมาก นอกจากการมองในเรื่องอายุขัย (life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (survival) เพราะคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลการตรวจวิเคราะห์ทางคลินิก หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ที่ไม่ได้มองเพียงว่าตัวโรค แต่มองในปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยการเน้นผู้ป่วยเป็นหลัก (พรธมติพา สักดิ์ทอง, 2550) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จนกระทั่งเปลี่ยนผ่านโดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมากที่พยาบาลไม่ควรมองข้าม (Sublett, 2007) แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะเผชิญช่วงภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ไม่นานนักหลังจากผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดพบผู้ป่วยถึงร้อยละ 66 ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก (O'Connell, Baker, & Munro, 2006) นอกจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่

เป็นอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้น การศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยค้นหาวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพยาบาลควรต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด จนกระทั่งหลังผ่าตัด (Buter, Downe-Wamboldt, Marsh, Bell, & Jarvi, 2001) มะเร็งต่อมลูกหมาก และควรมีการติดตามถึงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นระยะ ซึ่งจะเป็นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้ดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ อันส่งผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านเป็นคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

### 2.3.2 กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยกล้ามเนื้อโครงร่าง ซึ่งมีการใช้พลังงานมากกว่าขณะพัก (Caspersen, Powell & Christenson, 1985) กิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การทำสวน เป็นต้น กิจกรรมทางกายนั้นยังรวมอยู่ในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม การท่องเที่ยว ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่ากิจกรรมทางกายนั้นรวมอยู่ในทุกอิริยาบถของการเคลื่อนไหวออกแรงในทุกๆ กิจกรรม การมีกิจกรรมทางกายนั้นมีคุณประโยชน์มากมาย ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ ลดโอกาสการเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งลำไส้ ยังช่วยเรื่องสุขภาพจิต ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Pederden & Saltin, 2006) ที่สำคัญคือ การมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้กระดูกและกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีความแข็งแรง ซึ่งรวมไปถึงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) ด้วย เพราะเมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกายส่งผลให้กล้ามเนื้อท้องชั้นลึก (transversus abdominis muscles) ที่อยู่ใต้กล้ามเนื้อ interabdominal oblique fibers มีการหดตัว และร่วมกระตุ้นให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีการหดตัวตามมา ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ากล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้อท้อง (abdominal muscles) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการทำ ultrasound การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) และการทำ MRI (Price, Dawood & Jackson, 2010) จากการศึกษาของ Burt และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการออกกำลังกายตามปกติเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการฟื้นตัวจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก วิธีการออกกำลังกายที่นิยมเลือกคือการเดิน (Walking) ซึ่งเป็นวิธีที่นอกเหนือจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน นอกจากนี้การศึกษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ คือมีกิจกรรมทางกายรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ กับอีกกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางกายนั่งทำงานอยู่เฉยๆ พบว่าการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิด

urge urinary incontinence มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย (Virtuoso, Mazo, & Menezes, 2011) เพราะการมีกิจกรรมทางกายนั้นช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่งผลให้มีการนำออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย รวมไปถึงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมากขึ้นด้วย จึงช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และคงสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ (Dorey, 2007) ดังนั้นประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายจึงช่วยลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการที่มีกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่แข็งแรงขึ้น (Danforth et al., 2007) และเมื่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดีขึ้น ก็จะกระทบกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา กิจกรรมทางกายจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

### 2.3.3 ความรู้

ความรู้ คือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล โดยผ่านทางข้อมูล ข่าวสาร สื่อการเรียนรู้ต่างๆ คำอธิบาย การศึกษา คำบอกเล่า แนวทางตามทฤษฎี หรือได้จากการปฏิบัติเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจ (Oxford University press, 2012) ซึ่งความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบไปด้วยความเข้าใจในปัจจัยชักนำที่มีผลทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา และการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งในแต่ละบุคคลนั้นจะมีพื้นฐานความรู้ถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่แตกต่างกันไป จากประสบการณ์ในชีวิต รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพตั้งแต่ก่อนการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด ถึงผลที่อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่สำคัญ นั่นคือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากการสัมภาษณ์ยังพบผู้ป่วยหลายคนที่ได้ยินยอมผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ไม่รู้มาก่อนว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหลังการผ่าตัด (Shaughnessy et al, (2009-10) และยังพบว่าร้อยละ 39 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการเตรียมตัวรับมือกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอสัมพันธ์กับระยะเวลาหลังผ่าตัด ( $p = 0.01$ ) และร้อยละ 59 ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้วมากกว่า 5 ปีนั้นยังไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Palmer et al., 2003) โดยความรู้ที่ขาดในผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตั้งแต่เรื่องปัจจัยชักนำ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา และการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้มักเข้าใจว่าการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นส่วนหนึ่งของช่วงอายุที่เปลี่ยนผ่าน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ (Yuan & Williams, 2010)

ดังนั้นการให้ความรู้จากทีมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองใน

สภาวะเปลี่ยนผ่านได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Azuma, et al. (2008) พบว่าผลการศึกษาที่สำคัญในผู้หญิงที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มีความจำเป็น และมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ รวมทั้งความรู้ในเรื่องของการออกกำลังกาย นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากได้เปิดใจถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นไม่สามารถที่จะจัดการกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้ (Shaughnessy & Laws, 2009-10) การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากจึงเหมือนกับดาบสองคม (Palmer et al., 2003) ดังนั้นความรู้ของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมรับมือกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

#### 2.3.4 โรคร่วม

โรคร่วม (Comorbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรครวมกันจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีการดำเนินการตรวจ วินิจฉัย หรือรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น พบว่า 5 อันดับโรคเรื้อรังในคนไทย มีดังนี้ (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และ ธนวันต์ กาบภิรมย์, 2555)

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. โรคเบาหวาน
3. โรคหัวใจขาดเลือด
4. โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง
5. โรคหลอดเลือดสมอง

จากรายงานพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อกัน 5 โรค มีผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนรวม 646,746 ราย โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 360,658 ราย มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 566.17 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน 176,685 ราย อัตราป่วย 277.36 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด 38,176 ราย อัตราป่วย 59.93 ต่อประชากรแสนคน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง 39,017 ราย อัตราป่วย 61.25 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมอง 32,210 ราย อัตราป่วย 50.56 ต่อประชากรแสนคน (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2555) โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุปี 2550 ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ

ร้อยละ 7.0 โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5

โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในคนไทยส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดขึ้นสูงในวัยผู้สูงอายุ และเป็นวัยที่มีการพบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีโอกาสของการพบผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคร่วมเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคเรื้อรังทางเดินหัวใจส่วนล่าง และโรคหลอดเลือดสมอง (Hall, Jani, Ryu, Narayan, & Vijayakumar, 2005 ; Zeroski, Abel, Butler, Wallner, & Merrick, 2005) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ก็ยังคงอยู่กับผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัด จนกระทั่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากแล้วก็ตาม จากการศึกษาของ Ham et al, (2009) ในผู้หญิงพบว่าผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral) และระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy) ทำให้หลอดเลือดมีความแข็งตัว ไม่ยืดหยุ่น อันเป็นสาเหตุให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี การนำพาออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานด้วยเช่นกัน (Dorey, 2007) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนโรคอื่นๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคของระบบกล้ามเนื้อและเอ็น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีข้อจำกัดในการมีกิจกรรม ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของร่างกายและกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จึงเห็นได้ว่าโรคร่วมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aslan, et al. (2009) พบว่าผู้ชายสูงอายุที่มีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรค (relative risk: RR) ปอด 2.5 โรคหลอดเลือดสมอง 3.1 การกลั้นอุจจาระไม่อยู่ 29.1 และโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ 6.7 และการศึกษาของ Stenzelius, et al. (2004) พบว่าอาการไอเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง เนื่องจากการเกิดโรคเรื้อรังทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเสื่อม โดยที่เนื้อเยื่อจะเกิดการบาดเจ็บและมีการติดเชื้อ สูญเสียการทำหน้าที่ จึงทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายมีความแปรปรวน ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Chiarelli & Weatherall, 2010) โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยโรคร่วมเป็นตัวแปรที่

สนับสนุนความผันแปรต่อการทำงานของร่างกาย ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในร่างกาย ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป และมีความสำคัญต่อชีวิต (Dacal, Sereika, & Greenspan, 2006)

## 2.4 สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิงมีจำนวนมาก ในขณะที่การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในเพศชายนั้นยังมีน้อยอยู่ โดยเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมมะเร็งลูกหมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรนิ่งเฉย เพราะปัจจุบันจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงมากขึ้นเรื่อยๆ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2555 นี้ประมาณ 241,740 ราย (ร้อยละ 29) ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเพศชาย (American Cancer Society, 2012) ดังนั้นการรักษาที่ตามมาและสำคัญอย่างหนึ่งคือ การผ่าตัดต่อมมะเร็งต่อมลูกหมาก เมื่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้นการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากก็จะมากขึ้นตามมา และสิ่งที่ตามมาเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัดต่อมมะเร็งต่อมลูกหมากคือ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากสภาวะของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้การมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคลคือ การมีกิจกรรมทางกายที่จะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรงและโรคร่วมที่จะเป็นปัจจัยเสริมในการส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยทำให้ระบบการทำงานของร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบการไหลเวียนโลหิต ร่วมกับระบบการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ที่จะเป็นตัวนำพาสารอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย รวมไปถึงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วย ส่วนปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านด้านสังคมคือ ความรู้ เป็นความรู้ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากทีมสุขภาพ โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้คือ ผลลัพธ์สุขภาพของการเปลี่ยนผ่าน หากผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้ นั่นหมายถึง ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคม โดยการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การมีคุณภาพชีวิตได้ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทางด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มประชากร

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เดือนขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธีการทำผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยผ่าตัด หรือการผ่าตัดแบบใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง และให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่มีผลต่อการถ่ายปัสสาวะ

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ Power analysis ตามการวิเคราะห์ Correlation analysis (Polit & Beck, 2008 ) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา.05 ( $\alpha=.05$ ) กำหนดอำนาจของการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ 0.3 ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

## แหล่งเก็บข้อมูล (Settings)

1. หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 น.
2. คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 16.00-20.00 น และในวันเสาร์ เวลา 08.00-16.00 น.

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เครื่องมือส่วนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีส่วนที่ให้เลือกตอบและส่วนที่เติมคำในช่องว่างจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา จังหวัด ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก และหลังการผ่าตัดท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย

เป็นแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของวูล์ฟและคณะ (Wolf et al., 1994) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้สร้างต้นฉบับ และฉบับที่ได้พัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทยโดยธานี แก้วธรรมมานุกูล และคณะ (Kaewthummanukul, Brown, Weaver, & Thomas, 2006) มีจำนวน 4 ข้อ ทั้งนี้ได้มีการนำแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายมาใช้เป็นเครื่องมือวิจัยในพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง จากงานวิจัยเรื่อง Predictors of exercise participation in female hospital nurses (Kaewthummanukul et al., 2006) และนำมาใช้เป็นเครื่องมือวิจัยในผู้ช่วยพยาบาล จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของผู้ช่วยพยาบาล (ธานี แก้วธรรมมานุกูล, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, รุจิภาส ภูสว่าง, ดิลกา ไตรไพบูลย์ และ วันเพ็ญ ทรงคำ, 2551) ซึ่งการคำนวณคะแนนของกิจกรรมทางกายคิดเป็นหน่วยพลังงานมาตรฐาน (Metabolic equivalent: MET) คูณระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ หน่วยเป็นชั่วโมงต่อสัปดาห์ (hours/week) ค่า MET ของกิจกรรมทางกายต่างๆ กำหนดจากการศึกษาของ Ainsworth, et al. (2011) ดังนี้

เดินหรือเดินทางไกลกลางแจ้ง (รวมทั้งการเดินทางไปทำงาน)	2.5 MET
วิ่งเหยาะๆ (ช้ากว่า 10 นาที/1.6 กิโลเมตร)	6.0 MET

วิ่ง (10 นาที/1.6 กิโลเมตรหรือเร็วกว่า)	9.8 MET
ถีบจักรยาน (รวมทั้งถีบจักรยานที่อยู่กับที่)	7.0 MET
การออกกำลังกายเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อ/การออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม	7.3 MET
ประสิทธิภาพการเผาผลาญออกซิเจน/การเดินแอโรบิก/กรรเชียงบก/บาสเก็ตบอล	
เทนนิส สควอต หรือแรกเก็ตบอล	7.3 MET
แบดมินตัน	5.5 MET
วอลเลย์บอล	4.0 MET
ว่ายน้ำไปมา	5.8 MET
กิจกรรมสันทนาการอื่นๆ ที่ต้องเผาผลาญออกซิเจน (เช่น ปลูกและ	3.8 MET
ดูแลต้นไม้ภายในบริเวณบ้าน	
ยืนหรือเดินภายในบริเวณที่ทำงาน	4.0 MET
ยืนหรือเดินภายในบริเวณบ้าน	2.0 MET
นั่งทำงานหรือขณะขับรถ	1.5 MET
นั่งที่บ้าน	1.3 MET
การเดินง่ายๆ สบายๆ ไม่มีกฎเกณฑ์ (น้อยกว่า 2.0 กิโลเมตร/ชั่วโมง)	2.0 MET
การเดินปกติ (2.8-3.2 กิโลเมตร/ชั่วโมง)	3.5 MET
การเดินกระฉับกระเฉง (4.0 กิโลเมตร/ชั่วโมง)	5.0 MET
การเดินกระฉับกระเฉงมาก/เดินก้าวยาวๆ (4.5 กิโลเมตร/ชั่วโมง)	7.0 MET
เดินขึ้นบันไดจากชั้นหนึ่งไปยังอีกชั้นหนึ่ง	8.0 MET
การคิดคะแนนรวมทำโดยนำผลรวมของทุกกิจกรรมมารวมกัน จะได้เป็นระดับการ	
ออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกาย หน่วยเป็น MET hours/week ซึ่งระดับ	
การออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายจะมากหรือน้อยสามารถพิจารณาได้	
จากผลรวมของทุกกิจกรรม	

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence knowledge scale: UIKS)

เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พัฒนาโดย Yuan, & Williams (2010) มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วยความรู้เรื่องต่างๆ ดังนี้

ข้อ 1-5 เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อ 6-10 เรื่องอาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อ 11-15 เรื่องผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อ 16-20 เรื่องการป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อ 21-25 เรื่องการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อ 26-30 เรื่องการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือ แปลเป็นภาษาไทย โดยใช้หลักการแปลแบบสมมาตร (symmetric translation approach) คือการยึดความเท่าเทียมกันระหว่างแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษและแบบประเมินฉบับภาษาไทยในด้านความหมาย เนื้อหา และความคิด รวมทั้งคำนึงถึงความสอดคล้องของวัฒนธรรมไทย ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) 5 ท่าน และแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญ (Backward translation) พร้อมทั้งทำการเปรียบเทียบแบบประเมินชุดต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) (นันทกา สวัสดิพาณิช และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554) ซึ่งแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบมีความหมายดังนี้

ถูกต้อง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่ถูกต้อง	หมายถึง	ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านไม่รู้หรือไม่แน่ใจกับคำถาม

เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากผู้ป่วยเลือก “ตอบถูกต้อง” เท่ากับ 1 คะแนน แต่หากผู้ป่วยเลือกตอบ “ไม่ถูกต้อง” หรือ “ไม่ทราบ” เท่ากับ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งการแปลผลของคะแนนรวมในการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นดังนี้

มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Poor knowledge) หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” น้อยกว่า 60% หรือคะแนนรวมน้อยกว่า 18 คะแนน

มีความรู้ในระดับปานกลาง (Moderate knowledge) หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” ระหว่าง 60-80% หรือคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-24 คะแนน

มีความรู้ในระดับที่ดี (Good knowledge) หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” มากกว่า 80% หรือคะแนนรวมมากกว่า 24 คะแนน

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินโรคร่วม

แบบประเมินโรคร่วมที่พัฒนาขึ้นโดย Charlson, et al. (1987) แบบประเมินนี้ผู้วิจัยจะ

เป็นผู้ประเมินโรคร่วมจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ในประวัติการรักษา โดยมีการให้คะแนนตามความสำคัญของโรคจำนวน 19 โรค ซึ่งหลักในการให้คะแนนนั้นจะให้ตามความรุนแรงของโรคคือ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน และหากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน รายละเอียดของการให้คะแนนเป็นดังต่อไปนี้

1. โรคที่ให้คะแนน 1 คะแนน ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคความจำเสื่อม (Dementia) โรคปอดเรื้อรัง (Chronic pulmonary disease) โรคเกี่ยวกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disease) โรคเกี่ยวกับแผล (Ulcer disease) โรคตับระยะแรก (Mild liver disease) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

2. โรคที่ให้คะแนน 2 คะแนน ประกอบด้วย โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) โรคไตระยะกลางถึงระยะรุนแรง (Moderate to severe renal disease) โรคเบาหวานที่มีการทำลายอวัยวะ (Diabetes with end-organ damage) โรคมะเร็งระยะแรก (Any tumor) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

3. โรคที่ให้คะแนน 3 คะแนน ประกอบด้วย โรคตับระยะกลางถึงระยะรุนแรง (Moderate to severe liver disease)

4. โรคที่ให้คะแนน 6 คะแนน ประกอบด้วย โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastatic solid tumor) และโรคเอดส์ (AIDS)

การรวมคะแนนคือ นำเอาคะแนนที่ได้จากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งจะได้เป็นคะแนนรวม โดยผลรวมของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-37 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับเป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีโรคร่วม
คะแนน 1-2	หมายถึง	มีโรคร่วมน้อย
คะแนน 3-4	หมายถึง	มีโรคร่วมปานกลาง
คะแนนมากกว่า 4	หมายถึง	มีโรคร่วมมาก

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Quality of Life: I-QOL)

เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งแบบประเมินนี้เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นหลังการรักษา

หรือใช้เพื่อการตัดสินใจในการรักษาที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่นี้พัฒนาโดยทีมวิจัย Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน และทำการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดย Budhnell et al., (2005) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาต่างๆ กว่า 55 ภาษา หนึ่งในนั้นรวมภาษาไทยด้วย และมีการหาค่าความตรงของเนื้อหา (validity) ใน 4 ภาษาได้แก่ ภาษาฝรั่งเศส ภาษาเยอรมัน ภาษาสวีเดน และภาษาสเปน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ซื้อลิขสิทธิ์ใช้เครื่องมือจาก Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน สำหรับฉบับภาษาไทย Chaisaeng, Santingamkun, Opanuraks, Ratchanon, & Bunyaratavej (2006) ได้ทำการวิจัยเพื่อตรวจสอบค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 60 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 50 ราย โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เท่ากับ 52.42 ปี วิเคราะห์แบบ test re-test Peasons rank correlation มีค่าเท่ากับ 0.905 และ Cronbach alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.96 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มีจำนวน 22 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้ตอบดังนี้

1	เท่ากับ	มากอย่างยิ่ง
2	เท่ากับ	มาก
3	เท่ากับ	ปานกลาง
4	เท่ากับ	น้อย
5	เท่ากับ	ไม่เลย

โดยในแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็นด้านดังนี้

1. ด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม (Avoidance and Limiting Behavior: ALB) ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 และ 20
2. ด้านจิตสังคม (Psychosocial Impacts: PS) ได้แก่ข้อที่ 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 และ 22
3. ด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Embarrassment: SE) ได้แก่ข้อที่ 8, 12, 14, 18 และ 19

สรุปโดยรวมแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จะคิดรวมทั้งหมด 22 ข้อ ผลคะแนนรวมทั้ง 22 ข้ออยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน ซึ่งในการคำนวณระดับ

คะแนน (Scale score) คิดจาก ผลรวมของคะแนนในแต่ละด้าน (the sum of the items) ลบด้วย คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ (lowest possible score) นำค่าที่ได้หารด้วยคะแนนดิบที่เป็นไปได้ลบด้วย คะแนนต่ำสุดของคะแนนดิบที่เป็นไปได้ (possible raw score range) แล้วคูณด้วย 100

$$\text{Scale Score} = \frac{\text{the sum of the items} - \text{lowest possible score}}{\text{possible raw score range}} \times 100$$

ตัวอย่าง: ถ้าคะแนนในด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมคือ 3, 4, 3, 4 และ 3 ดังนั้นการคำนวณระดับคะแนนจะเป็นดังนี้

$$\text{ด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม} = \frac{17 - 5}{20} \times 100 = 60$$

โดยผลรวมของคะแนนในด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมคือ  $3+4+3+4+3 = 17$  ซึ่งด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีทั้งหมด 5 ข้อ

$$\text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ } 1+1+1+1+1 = 5$$

คะแนนดิบที่เป็นไปได้ลบด้วยคะแนนต่ำสุดของคะแนนดิบที่เป็นไปได้คือ  $[(5+5+5+5+5) - (1+1+1+1+1)]$  หรือ  $25-5 = 20$

การแปลผลของระดับคะแนนอยู่ระหว่างระดับคะแนนที่ 0-100 จากระดับคะแนนที่ 0 คือ คุณภาพชีวิตไม่ดี (poor quality of life) ถึง ระดับคะแนนที่ 100 คือ คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (maximum quality of life)

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยสัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้น

ปีสสาวะไม่อยู่ ได้ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องในเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

## 2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นำไปประเมินผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency: IC) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .735 และ .827 ตามลำดับ

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขอรับอนุญาตเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อชี้แจงจุดประสงค์และรายละเอียดของโครงการการวิจัยกับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ และหัวหน้างานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช
4. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยพบผู้ป่วยในแต่ละสถานที่ที่ทำการวิจัยตามวันและเวลาดังนี้คือ วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. ที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ และเวลา 16.00-20.00 น. ที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช
5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลของแต่ละหน่วยที่ทำการเก็บข้อมูลวิจัย โดยพยาบาลเป็นผู้คัดผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยขณะกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือภายหลังจากการได้รับการตรวจจากแพทย์เสร็จสิ้นแล้ว

6. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมชี้แจงด้วยตนเองถึงการทำวิจัย จุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรักษาความลับ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

7. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยเลือกตอบ ส่วนในแบบประเมินโรคร่วมผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยรวมทั้งพิจารณาการวินิจฉัยจากแพทย์ในประวัติการรักษา โดยมีเครื่องมือวิจัยรวมทั้งหมด 5 ชุดตามลำดับดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ชุดที่ 4 แบบประเมินโรคร่วม

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ในการเก็บข้อมูล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-45 นาที หากถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเข้าห้องตรวจ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจก่อน หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเสร็จจึงกลับมาทำแบบสอบถามต่อ ในกรณีระหว่างที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอยู่แล้วผู้ป่วยต้องการยุติการทำแบบสอบถามสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่ต้องให้เหตุผลของการยุติด้วย ทั้งนี้การยุติจะไม่มีผลกระทบในการตรวจรักษา ผู้ป่วยยังคงได้รับการตรวจรักษาโรคตามมาตรฐานของการรักษาพยาบาล และหากผู้ป่วยมีข้อสอบถามหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนการขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลักดังนี้

1. จริยธรรมสากลในการวิจัยในคน โดยการเคารพความเป็นบุคคล (Respect for person) ซึ่งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ และตัดสินใจอย่างอิสระโดยปราศจากความกดดันในการเข้าร่วมวิจัย

2. ขอความยินยอมโดยคำบอกกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวิจัยโดยละเอียด เพียงพอ และครอบคลุมด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย อย่างเปิดเผย มีการให้ข้อมูลในจุดประสงค์

ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรักษาความลับให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทนการเขียนลงชื่อ และอีกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยจะให้พยานซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ อ่านข้อความชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน หากผู้ป่วยมีความประสงค์ไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นในการรักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน

3. ความเสี่ยงของโครงการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการขอความคิดเห็นจากผู้ป่วยโดยแบบประเมินและแบบสอบถาม ไม่ได้มีการปฏิบัติใดๆ ต่อผู้ป่วย จึงไม่มีผลข้างเคียงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะรอรับการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกเบื่อ หรือรำคาญในการตอบแบบประเมินและแบบสอบถาม ซึ่งหากผู้ป่วยต้องการยุติการตอบแบบประเมินและแบบสอบถาม สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลของการยุติ และไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ผู้ป่วยยังคงได้รับการตรวจรักษาตามมาตรฐาน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้นและรายงานให้แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่

4. การรายงานผลการวิจัยจะไม่มีภาระระบุชื่อของผู้ป่วย แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยภาพรวม

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

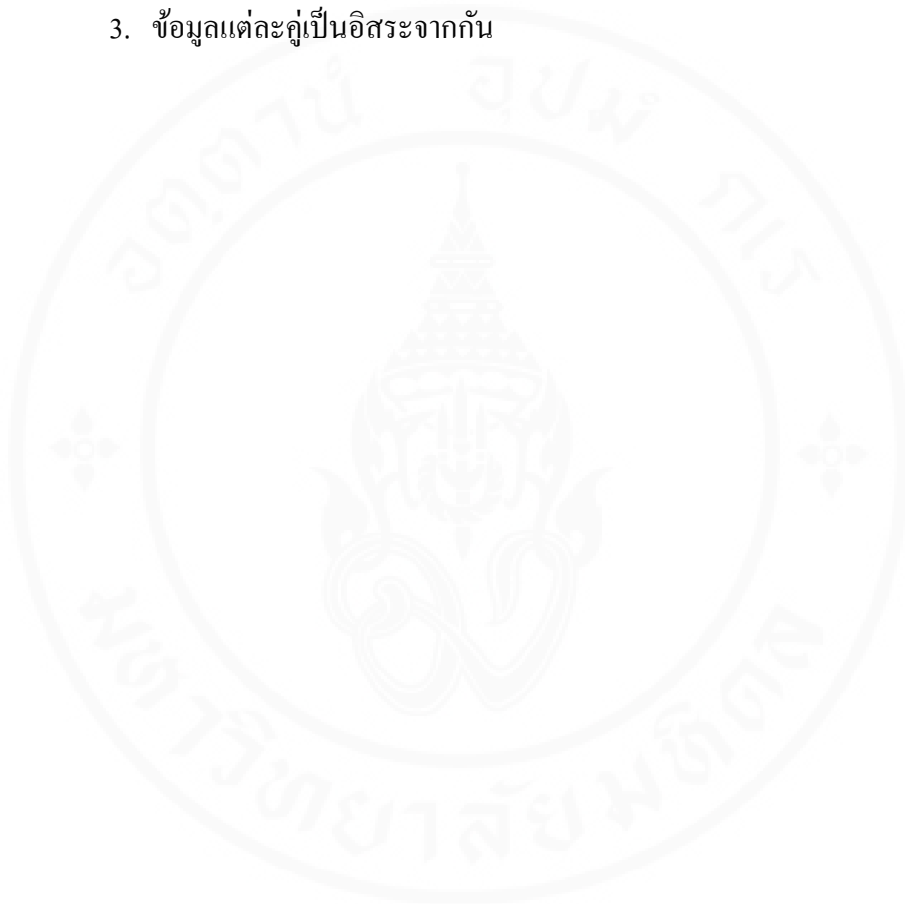
นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และโรคร่วม วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง การมีกิจกรรมทางกาย ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และโรคร่วม ต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

### การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

1. ค่าของตัวแปรทั้งสองเป็นค่าต่อเนื่อง และมีการแจกแจงแบบปกติ
2. สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
3. ข้อมูลแต่ละคู่เป็นอิสระจากกัน



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทางด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ส่วนที่ 3 การมีกิจกรรมทางกาย

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ส่วนที่ 5 โรคร่วม

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล****ตารางที่ 4.1** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
< 60 ปี	12	13.5
61-70 ปี	38	43.3
71-80 ปี	36	40.9
> 80 ปี	2	2.2
(min=50, max=84, mean=68.20, SD= 7.197)		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	88	100
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	86	97.7
จีน	2	2.3
<b>สัญชาติ</b>		
ไทย	88	100
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	86	97.7
หม้าย	2	2.3
<b>ภูมิลำเนาจังหวัด</b>		
ภาคตะวันตก	25	28.41
ภาคกลาง	18	20.45
กรุงเทพมหานคร	17	19.32
ภาคใต้	15	17.04
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	5.68
ภาคตะวันออก	4	4.55
ภาคเหนือ	4	4.55

**ตารางที่ 4.1** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด</b>		
กรุงเทพมหานคร	34	38.64
ภาคตะวันตก	23	26.14
ภาคกลาง	13	14.77
ภาคใต้	7	7.94
ภาคตะวันออก	5	5.68
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4	4.55
ภาคเหนือ	2	2.28
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.3
ประถมศึกษา	19	21.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	13.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	10	11.4
อนุปริญญา / ปวส.	9	10.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	24	27.3
สูงกว่าปริญญาตรี	12	13.6
<b>อาชีพ</b>		
เกษียณ	23	26.1
ไม่ได้ทำงาน	23	26.1
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	21	23.9
รับราชการ	12	13.6
พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ	3	3.4
พนักงาน/ลูกจ้างของเอกชน	3	3.4
พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐ	1	1.1
เกษตรกร	1	1.1
รับจ้างทั่วไป	1	1.1

**ตารางที่ 4.1** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิทธิในการรักษา</b>		
สิทธิข้าราชการ/บำนาญ	63	71.6
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	17	19.3
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	6.8
สิทธิประกันสังคม	2	2.3
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก</b>		
≤ 1-2 ปี	35	39.95
2-5 ปี	35	39.95
> 5 ปี	18	20.1
(min= 3 เดือน, max= 8 ปี ,mean= 2 ปี 11 เดือน, SD= 2.06 ปี)		
<b>หลังการผ่าตัดท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่</b>		
ได้	86	97.7
ไม่ได้	2	2.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 68.20 ปี อายุน้อยที่สุด 50 ปี และอายุมากที่สุด 84 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทยร้อยละ 97.7 ทั้งหมดมีสัญชาติไทย กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 97.7 สถานภาพหม้าย 2.3 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตกมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคเหนือ ร้อยละ 28.41, 20.45, 19.32, 17.04, 5.68, 4.55 และ 4.55 ตามลำดับ ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันตก ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ร้อยละ 38.64, 26.14, 14.77, 7.94, 5.68, 4.55 และ 2.28 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 27.3 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 21.6 ด้านอาชีพกลุ่มตัวอย่างเกษียณอายุและไม่ได้ทำงานเท่ากันร้อยละ 26.1 รองลงมาอาชีพค้าขาย/อิสระ และอาชีพรับราชการ ร้อยละ 23.9 และ 13.5 ตามลำดับ สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิข้าราชการ/บำนาญมากที่สุดร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นสิทธิจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 19.3 ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากเฉลี่ย 2 ปี 11 เดือน

น้อยที่สุด 3 เดือน และมากที่สุด 8 ปี หลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งนี้เกือบทั้งหมดร้อยละ 97.7 มีเพียงร้อยละ 2.3 ที่ไม่ได้รับข้อมูล

## ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ตารางที่ 4.2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (n=88)

คุณภาพชีวิต	Min	Max	Mean	SD
ด้านจิตสังคม	58.33	100	93.24	10.11
ด้านความรู้สึกลำบากเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	55	100	89.94	13.14
ด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม	40.63	100	83.09	14.69
คุณภาพชีวิตโดยรวม	57.95	100	88.80	10.63

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดด้านจิตสังคมมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 93.24 (SD=10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกลำบากเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (SD=13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมเฉลี่ยร้อยละ 83.09 (SD=14.69) ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่สูงทุกด้าน ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยค่อนข้างสูงเช่นกันถึงร้อยละ 88.80 (SD=10.63)

**ตารางที่ 4.3** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนที่เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง (n=88)

เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนครั้งในการพบแพทย์ในปีที่ผ่านมา</b>		
1 ครั้ง	1	1.1
2 ครั้ง	11	12.5
3 ครั้ง	7	8
4 ครั้ง	61	69.3
5 ครั้ง	3	3.4
6 ครั้ง	3	3.4
7 ครั้ง	2	2.3
(min = 1, max =7, mean = 3.81, SD = 1.015)		
<b>ความรุนแรงของปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด</b>		
เล็กน้อย	69	78.4
ปานกลาง	15	17
รุนแรง	4	4.5
<b>มีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม วิ่ง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่าง</b>		
ไม่มี	47	53.4
มี	41	46.6
<b>มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ก่อนไปถึงห้องน้ำ</b>		
ไม่มี	52	59.1
มี	36	40.9
<b>มีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราวแม้แต่เมื่อไม่ได้ทำอะไร หรือไม่ได้ปวดปัสสาวะ</b>		
ไม่มี	49	55.7
มี	39	44.3

**ตารางที่ 4.3** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนที่เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง (n=88)  
(ต่อ)

เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>ในเดือนที่ผ่านมาไม่มีปัสสาวะเล็ดออกมาตอนที่ไม่ต้องการแม้แต่เพียงเล็กน้อย</b>		
ไม่มีเลยสักครั้งในเดือนที่ผ่านมา	45	51.1
1 หรือ 2 ครั้ง ในเดือนที่ผ่านมา	5	5.7
4 ครั้ง (ประมาณสัปดาห์ละครั้ง)	3	3.4
สัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง	10	11.4
ประมาณวันละครั้ง	4	4.5
วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง	4	4.5
วันละ 3 หรือ 4 ครั้ง	4	4.5
วันละ 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น	13	14.8

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ในปีที่ผ่านมา 4 ครั้ง สูงที่สุดร้อยละ 69.3 มีความรุนแรงของปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดระดับเล็กน้อยสูงที่สุดร้อยละ 78.4 รองลงระดับปานกลาง และระดับมากร้อยละ 17 และ 4.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม วิ่ง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่างเกือบครึ่งถึงร้อยละ 46.6 มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ก่อนไปถึงห้องน้ำร้อยละ 40.9 มีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราว แม้แต่เมื่อไม่ได้ทำอะไร หรือไม่ได้ปวดปัสสาวะร้อยละ 44.3 และในเดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีปัสสาวะเล็ดออกมาตอนที่ไม่ต้องการแม้แต่เพียงเล็กน้อยวันละ 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น และสัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง ร้อยละ 14.8 และ 11.4 ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัสสาวะเล็ดออกมาตอนที่ไม่ต้องการแม้แต่เพียงเล็กน้อยเลยสักครั้งในเดือนที่ผ่านมามากที่สุดร้อยละ 51.1

### ส่วนที่ 3 การมีกิจกรรมทางกาย

ตารางที่ 4.4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกาย หน่วยเป็น MET hours/week (n=88)

การมีกิจกรรมทางกาย (MET hours/week)	Min	Max	Mean	SD
ระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกาย	52.36	293.91	125.67	51.28

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ( $\bar{x}$ =125.67, SD=51.28)

### ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n=88)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Poor knowledge)	23	26.1
มีความรู้ในระดับปานกลาง (Moderate knowledge)	51	58
มีความรู้ในระดับที่ดี (Good knowledge)	14	15.9

(min= 12 คะแนน, max= 29 คะแนน, mean= 20.48 คะแนน, SD= 4.245 คะแนน)

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58 รองลงมา มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 26.1 และ 15.9 ตามลำดับ ( $\bar{x}$ =20.48, SD=4.245)

**ตารางที่ 4.6** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องต่างๆ ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n=88)

ความรู้เรื่อง	ช่วงคะแนน	Mean	SD	การแปลผล
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1-5	2.73	1.07	ไม่เพียงพอ
อาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1-5	3.90	1.06	ปานกลาง
ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	0-5	4.17	1.23	ดี
การป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	0-5	3.18	1.33	ปานกลาง
การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1-5	3.35	1.32	ปานกลาง
การจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	0-5	3.19	1.42	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ( $\bar{x}=2.73, SD=1.07$ ) มีความรู้เรื่องผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=4.17, SD=1.23$ ) และมีความรู้เรื่องอาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง

### ส่วนที่ 5 โรคร่วม

**ตารางที่ 4.7** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความรุนแรงของโรคร่วม (n=88)

ความรุนแรงของโรคร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	0	0
มีโรคร่วมน้อย	61	69.3
มีโรคร่วมปานกลาง	22	25
มีโรคร่วมมาก	5	5.7

(min= 2 คะแนน, max= 6 คะแนน, mean= 2.5 คะแนน, SD= .994 คะแนน)

จากตารางที่ 4.7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมน้อยร้อยละ 69.3 มีโรคร่วมปานกลางร้อยละ 25 และมีโรคร่วมมากร้อยละ 5.7 ( $\bar{x}=2.5, SD=.994$ )

## ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (n=88)

ตัวแปร	การมีกิจกรรมทางกาย	ความรู้	โรคร่วม
การมีกิจกรรมทางกาย	-	-	-
ความรู้	-.081	-	-
โรคร่วม	-.024	.093	-
คุณภาพชีวิต	.063	-.215*	.032

\*  $p < .05$  (2-tailed)

จากตารางที่ 4.8 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเท่ากับ 0.215 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดจะเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการมีกิจกรรมทางกายและโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า กิจกรรมทางกายและโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ในประเด็นหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 5.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4.2) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 88.80 (Range=57.95-100, SD=10.63) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 78.4) แต่มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับมากเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น (ร้อยละ 17 และ 4.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.3) และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากในแต่ละด้าน เป็นดังนี้

1. ด้านจิตสังคม ซึ่งจิตสังคม หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีความพบพร่อง โดยแสดงออกมาทางภาวะสุขภาพจิต การเข้าสังคม และพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรับรู้ของตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Elliott, 1992) ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากด้านจิตสังคมจึงหมายถึง ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอันส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมสูงที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 93.24 (Range=58.33-100, SD=10.11) (ตารางที่ 4.2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในทางที่ดี และมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่

อยู่เป็นเรื่องราวปกติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และเป็นเรื่องราวปกติที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 87.5 และ 85.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2 ในภาคผนวก) การรับรู้นี้เป็น การรับรู้ในทางที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างถูกต้องถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก อันส่งผลต่อการแสดงออกทางภาวะสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถเข้าสังคมได้ และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้เหมาะสมตามวัย ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านจิตสังคมจึงสูง

2. ด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกอับอายเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจุดจุดหนึ่ง สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคนที่ให้ความสำคัญต่อการมีอิทธิพลของบุคคลอื่นที่ส่งผลกระทบต่อตน (Miller, 1995) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ตามปกติในช่วงเวลาสั้นๆ เป็นการตอบสนองอารมณ์ทางลบเมื่อต้องอยู่ในที่สาธารณะหรือเผชิญหน้าในสถานการณ์จริง (Miller & Leary, 1992) ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงหมายถึง ความรู้สึกด้านลบของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่แสดงออกมาเมื่อต้องเข้าสังคม อันส่งผลต่อคุณภาพการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากด้านจิตสังคม มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (Range=55-100, SD=13.14) (ตารางที่ 4.2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีการเปลี่ยนผ่านในการปรับตัวเมื่อต้องเข้าสังคมได้ดี โดยเห็นได้จากวิธีการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากการใช้แผ่นอนามัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างหลายรายใช้ผ้าขนหนูแทนเพื่อซึมซับน้ำปัสสาวะ บางรายใช้ผ้าขนหนูและรองด้วยถุงพลาสติกอีกชั้นในกรณีที่มีการซึมมาก และส่วนใหญ่จะพกติดตัวเมื่อต้องออกจากบ้าน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองเป็นการจัดการส่วนบุคคลที่จะช่วยให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเข้าสังคม คุณภาพชีวิตในด้านนี้จึงสูง

3. ด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม ข้อควรหลีกเลี่ยง หมายถึง การออกให้ห่างจากการกระทำบางอย่าง ไม่เผชิญหน้า และไม่ตอบสนอง รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น (Oxford University press, 2013) ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมจึงหมายถึง การที่ผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภาย หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากหลีกเลี่ยง ไม่เผชิญหน้า ไม่แสดงพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่จะเกิดขึ้นอันส่งผลต่อคุณภาพในการดำเนินชีวิต โดยการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่

อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเรื้องต้นต่อมลูกหมากด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในคุณภาพชีวิตทั้งหมด 3 ด้าน เฉลี่ยร้อยละ 83.09 (Range=40.63-100, SD=14.69) (ตารางที่ 4.2) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “ในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ๆ ที่มีปัสสาวะเล็ดอยู่มากจะไม่ออกไปไหน หลังๆ นี้ชินแล้ว” แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทราบถึงข้อควรหลีกเลี่ยงของตนเองกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงทำให้มีข้อจำกัดในพฤติกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับผ่านช่วงเวลานี้ไปได้ ข้อจำกัดต่างๆ เหล่านี้ก็จะลดลง ผู้ป่วยจึงกลับเข้ามาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 5.2 กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ( $r=.063$ ,  $p > .05$ ) สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมทางกายในที่นี้หมายถึง การมีกิจกรรมต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งการออกกำลังกาย และการทำกิจวัตรประจำวันทุกชนิดที่ส่งผลต่อแรงดันในช่องท้อง อันส่งผลต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งแม้ว่าผลของการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อย และระดับปานกลางจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Danforth et al., 2007; Eliasson, Nordlander, Larson, Hammarstrom & Mattsson, 2005) แต่ผลของการมีกิจกรรมทางกายที่หนักก็สามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ เช่น การวิ่งหรือการยกของหนักมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Eliasson et al., 2005; Bo, 2004; Bump & Norton, 1998) เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่หนักจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้มากขึ้น ส่งผลให้มีแรงดันในกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Brown, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.67 MET hours/week และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 51.28 MET hours/week (ตารางที่ 4.4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายค่อนข้างสูง การที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายค่อนข้างสูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย บางรายยังต้องทำหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่ มีเพียงร้อยละ

ละ 26.1 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตารางที่ 4.1) และพบว่าชนิดของการมีกิจกรรมทางกายที่พบจำนวนมากได้แก่ การมีกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ ที่ต้องเผาผลาญออกซิเจน เช่น ปลูกและดูแลต้นไม้ภายในบริเวณบ้าน การทำงานบ้าน (21.38 MET hours/week) และการยืนหรือเดินในบริเวณบ้าน (20.34 MET hours/week) (ตารางที่ 1 ในภาคผนวก) สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถึงภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดขึ้นเมื่อทำกิจกรรม เช่น มีปัสสาวะเล็ดเมื่อยกของหนักเมื่อเดินนานๆ ขณะทำสวนหรือขณะคายหญ้า โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แผ่นซึมซับน้ำปัสสาวะ (ฝ้านามัยหรือแพมเพิส) จะต้องเปลี่ยนกางเกงหรือต้องเปลี่ยนผ้าขหนูที่ใช้สำหรับซับน้ำปัสสาวะหลายครั้งในแต่ละวัน จนเกิดความรำคาญ และทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Salvatore, et al. (2009) ที่พบว่าในผู้หญิงที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 31.7 บ่นถึงภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในขณะที่ออกกำลังกาย และร้อยละ 20 ที่ต้องจำกัดการออกกำลังกายและกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลา ไอ จาม วิ่ง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่างเกือบครึ่งถึงร้อยละ 46.6 (ตารางที่ 4.3)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลของการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่มากจนเกินไปก็สามารถทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้ โดย Eliasson, et al. (2005) ได้ให้คำจำกัดความของการมีกิจกรรมทางกายในระดับมาก หมายถึง กิจกรรมทางกายต่างๆ ที่ทำให้เกิดแรงดันภายในช่องท้องมากขึ้นและส่งผลให้มีแรงดันต่ออุ้งเชิงกรานมากขึ้นตามมา กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ การวิ่ง การเดิน การกระโดด การเต้น ยิมนาสติก กีฬาที่ต้องใช้ลูกบอลในการเล่น และกีฬาอื่นๆ ที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bo, (2004) ที่พบว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก เช่น กีฬาประเภทลู่วิ่งและลาน ยิมนาสติก และกีฬาที่ใช้ลูกบอลในการเล่น สามารถทำให้มีอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นได้ เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่หนักจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้มากขึ้น จึงส่งผลให้มีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดความตึงเกินไปและอ่อนแรง ในที่สุดจะเกิดพยาธิสภาพที่ท่อทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยอาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่พบในการศึกษานี้คือ มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้อยู่ก่อนไปถึงห้องน้ำ (ร้อยละ 40.9) มีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราวโดยไม่ได้ทำอะไรหรือไม่ได้ปวดปัสสาวะ (ร้อยละ 44.3) และในเดือนที่ผ่านมา มีปัสสาวะเล็ดออกมาวันละ 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น, วันละ 3 หรือ 4 ครั้ง และวันละ 1 หรือ 2 ครั้งร้อยละ 14.8, 4.5 และ 4.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3) แต่ในทางตรงกันข้ามการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อยถึงปานกลางก็สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่ทำให้เกิดแรงดันในอุ้งเชิงกรานในระดับน้อย ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน

การว่ายน้ำ และการขี่ม้า (Eliasson et al., 2005) จากการศึกษาของ Danforth, et al. (2007) ในผู้หญิงสูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ได้ศึกษาผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายโดยแบ่งเป็นช่วงพลังงานมาตรฐานชั่วโมง/สัปดาห์ (MET hours/week) มีด้วยกันทั้งหมด 5 ช่วงพลังงานดังนี้ ช่วงพลังงานที่ 1 (< 6.2 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 2 (6.2- 1.4 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 3 (11.4-18 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 4 (18-28.6 MET hours/week) และช่วงพลังงานที่ 5 (>28.6 MET hours/week) พบว่าการเพิ่มระดับของการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ต่อการลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ อย่างไรก็ตามพลังงานมาตรฐานชั่วโมง/สัปดาห์จากผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายในการศึกษาของ Danforth, et al. (2007) เมื่อนำมาเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.67 MET hours/week (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสูงกว่ามาก ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการศึกษาในครั้งนี้มีกิจกรรมทางกายในระดับค่อนข้างสูง เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่สูงเกินไปก็สามารถทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้ กิจกรรมทางกายจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine, Laura, Aruna, John, & William (2007) ที่พบว่าผลรวมมีกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ แม้ว่าจะมีการเพิ่มระดับของการมีกิจกรรมทางกายก็ตาม ดังนั้นการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่พอดีก็จะสามารถช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะปกติของสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่สั้นลง ส่งผลให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตดีขึ้นตามมา

### 5.3 ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

จากการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.215, p < .05$ ) สามารถอภิปรายได้ว่าภาวะสุขภาพที่ดีมีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความรู้ ซึ่งความรู้ในที่นี้เป็นความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพ เพราะความรู้จะส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านได้ดี ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) โดยปัจจัยด้านสังคมคือ ความรู้ ความรู้นี้เป็นความรู้ของบุคคลในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะที่กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก และการที่บุคคลจะมีความรู้ได้นั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์

กับสังคม ซึ่งสังคมในที่นี้ หมายถึง บุคคลในทีมสุขภาพที่จะส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และการพัฒนาศักยภาพของการกลั้นปัสสาวะ จึงช่วยให้ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา จากผลการศึกษานี้ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต หมายความว่า มีความรู้น้อยคุณภาพชีวิตสูง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยสามารถอภิปรายได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7) หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ตารางที่ 4.1) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนที่ได้เข้าโครงการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) ของโรงพยาบาล เพื่อช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อหูรูดให้มีความแข็งแรง ช่วยลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Grace, 2005) อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ก็เป็นเพียงข้อมูลที่บอกกล่าวด้วยวาจาจากทีมสุขภาพที่ให้ความรู้ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยการขมิบก้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากเท่านั้นและส่วนใหญ่ได้รับหลังผ่าตัด (ตารางที่ 4.1) ซึ่งยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกหลายรายที่ยังไม่รู้ว่าต้องบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนานแค่ไหน ต้องบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานตอนไหน แล้วถ้าเริ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานช้าจะได้ผลหรือไม่อย่างไร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายกล่าวว่า “หลังผ่าตัดผมได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลให้ขมิบ ผมขมิบตั้งแต่นั้นมีสายปัสสาวะอยู่ ตอนถอดสายเลยถอดยาก และผมเพิ่งมารู้ตอนหลังว่าให้ขมิบหลังเอาสายออก” จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และมีกลุ่มตัวอย่างอีกบางส่วนที่เข้าโครงการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานของโรงพยาบาลนั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอร้อยละ 26.1 และมีเพียงร้อยละ 15.9 ที่มีความรู้ในระดับดี ( $\bar{x}=20.48, SD=4.245$ ) (ตารางที่ 4.5)

แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาสูงคือ มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าถึงร้อยละ 27.3 ก็ตาม (ตารางที่ 4.1) ก็ไม่ได้หมายความว่าระดับการศึกษาที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ที่ดี ซึ่ง Yuan, & Williams, (2010) พบว่าระดับความรู้เฉพาะโรค โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลระดับความรู้เฉพาะโรค โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาเช่นกัน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามภายหลังได้รับข้อมูลเป็นระยะว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้องหรือไม่ สามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้หรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้างที่เป็น

สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้ เมื่อกลับไปบ้านมีแรงกระตุ้นหรือไม่ และผลจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นอย่างไร นอกจากความรู้ในเรื่องการบริหาร กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วนั้น ควรมีการเพิ่มความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร่วมด้วย เพราะจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ( $\bar{x}=2.73, SD=1.07$ ) มีความรู้เรื่องอาการของภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ การป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการ จัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงความรู้เรื่องผลกระทบที่เกิดจาก ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=4.17, SD=1.23$ ) (ตารางที่ 4.6) นอกจากนี้การให้ความรู้ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก รวมทั้งการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานตั้งแต่ ก่อนการผ่าตัดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ และเตรียมตัวเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนผ่านจากภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากสู่การดำเนินชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่ บ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McGlynn, et al. (2004) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้ ตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องได้รับการผ่าตัด และได้รับการสอนการ บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีการฟื้นตัวดีขึ้นจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากร้อยละ 72 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยร้อยละ 98 มีความรู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้นการให้ความรู้ใน เรื่องต่างๆ เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รวมทั้งการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการ ผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจึงมีความสำคัญยิ่ง ที่จะช่วยให้เกิดการเตรียมตัวสู่การเปลี่ยนผ่านไปสู่การ ดำรงชีวิตที่บ้านภายหลังการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตลอดทั้งมี ความเข้าใจในความสำคัญของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่จะส่งผลโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างจริงจัง ในที่สุดผลของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก็ จะลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การให้ความรู้ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับโรค มีความรำคาญ ความเจ็บปวด บวกกับมีความหงุดหงิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้ ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หากมีการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิง กรานมาก่อนก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ และสามารถทำได้ง่ายขึ้น เพราะในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วย ยังคงมีสายสวนปัสสาวะอยู่ การมีสายสวนปัสสาวะอยู่นั้นเป็นประสบการณ์ที่บั่นทอนการดำรงชีวิต เนื่องจากสภาพร่างกายถูกกระทบกระทั่งตลอดเวลาจากสายสวนปัสสาวะ ซึ่งการศึกษาของ Burt, et al. (2005) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บรรยายถึงความรู้สึกเจ็บปวด และแสบบริเวณปลาย

อวัยวะเพศมากที่สุดที่เกิดจากการระคายเคืองของสายสวนปัสสาวะ โดยมีคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ทรมานมาก”

นอกจากนั้นยังมีประเด็นอื่นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นจากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตนั้นคือ ระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่นานมากขึ้น จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านในการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญอยู่กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดีขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป จากการศึกษาในครั้งนี้พบ ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปีร้อยละ 39.95 ระยะเวลามากกว่า 2 ปีถึง 5 ปีร้อยละ 39.95 และระยะเวลามากกว่า 5 ปีร้อยละ 20.1 (Range=3 เดือน ถึง 8 ปี, mean= 2 ปี 11 เดือน, SD= 2.06 ปี) (ตารางที่ 4.1) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พูดว่า “แรกๆ ก็คิดมาก ตอนนี้อย่างไรแล้ว” “ชินแล้ว” “ก็ต้องทำใจ เพราะเราเป็นอย่างนี้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary, et al. (2003) ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากคือ กลุ่มที่มีระยะเวลาหลังผ่าตัดน้อยกว่า 2 ปี ระยะเวลา 2-5 ปี และระยะเวลามากกว่า 5 ปี พบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่มากขึ้น ทำให้ความคิดเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะสามารถมีอาการดีขึ้นนั้นลดลง โดยที่ระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยกว่า 2 ปี ระยะเวลา 2-5 ปี และระยะเวลามากกว่า 5 ปี มีความคิดเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะสามารถมีอาการดีขึ้นร้อยละ 64, 40 และ 30 ตามลำดับ

อีกประเด็นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตคือ สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.7) (ตารางที่ 4.1) เพราะคู่สมรสเป็นเหตุผลสำคัญที่ช่วยประคองปัญหา หรือสภาวะที่เผชิญอยู่คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากให้เปลี่ยนผ่านไปได้ และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phillip, et al. (2000) พบว่าหนึ่งในห้าองค์ประกอบจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคือ คู่สมรสต้องมีการปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และมีการจัดการกับความรู้สึกขุ่นหมองที่เกิดขึ้นร่วมกันได้ ดังนั้นคู่สมรสจึงมีความสำคัญมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 49.92) ส่วนประเด็นด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้แก่ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเพียงร้อยละ 13.80 เนื่องจากไม่มีความแน่ใจว่าภาวะสุขภาพจะยังคงมีเสถียรภาพที่ดีอยู่หรือไม่ (Rita & Virpi, 2005) จึงสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ภรรยาผมเข้าใจ”

จากที่ได้อภิปรายมาทั้งหมดนี้ ล้วนเป็นเหตุผลที่แสดงให้เห็นว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่ามีความรู้น้อยแต่มีคุณภาพชีวิตสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

#### 5.4 โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.032, p > .05$ ) หมายความว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโรคร่วมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ซึ่งโรคร่วมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือโรคร่วมที่เกิดในเวลาใกล้เคียงกับการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากครั้งนี้ด้วยแบบประเมินโรคร่วมของ Charlson, et al. (1987) พบว่ากลุ่มตัวอย่างนอกจากจะเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากแล้วยังมีโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 15.9) (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการผลิตอินซูลิน หรือเกิดขึ้นจากร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้งานได้ (World Health Organization, 2011) หากไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ โรคเบาหวานก็จะไปทำลายเส้นประสาทและระบบหลอดเลือดจนเกิดพยาธิสภาพที่แขน ขา ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือดสมองตามมา เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักสำคัญในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้หากไม่นับรวมโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษา จะพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวานร้อยละ 5.7 รองลงมาจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 2.3 เท่าๆ กัน (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) การเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อและอวัยวะ และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเสื่อมที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย โดยทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บและการติดเชื้อ จนในที่สุดจะเกิดการสูญเสียการทำงานที่ จึงส่งผลให้การทำงานของร่างกายและระบบต่างๆ เกิดความแปรปรวน ร่างกายจึงทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Chiarelli & Weatherall,

2010) ซึ่งปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นโรคร่วมคือ อายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.20 ปี (ตารางที่ 4.1) จัดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมของร่างกายมากกว่าการสร้าง ซึ่งโรคมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีโอกาสเกิดขึ้นในวัยนี้เช่นกัน โดยมีโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่มีอัตราการเกิดขึ้นไม่มากในผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (American Cancer Society, 2010) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.3 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี (ตารางที่ 4.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sacit, Ertugrul, Ugur, Mehmet, and Çetin (2012) ที่พบว่าจากการคัดกรองโรคพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 40.7 ( $p < 0.001$ )

จากที่กล่าวมาในข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโรคร่วมที่ประเินจากแบบประเินโรคร่วมไม่สามารถอภิปรายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ เพราะคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ได้มีปัญหาที่เกิดมาจากโรคร่วมโดยตรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคร่วมที่เป็นได้ จึงไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม โดยแสดงให้เห็นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 69.3) มีเพียงหนึ่งในสี่ที่มีโรคร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 25) และส่วนน้อยมากที่มีโรคร่วมระดับมาก (ร้อยละ 5.7) ( $\bar{x}=2.5, SD=.994$ ) (ตารางที่ 4.7) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และมีโรคร่วมในระดับความรุนแรงต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และมีโรคร่วมระดับมาก คือมีคะแนน Charlson Score มากกว่า 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Ragins et al., 2009) นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Heit, Blackwell, & Ouseph, (2005) ที่ศึกษาผลกระทบของโรคร่วมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะเจาะจงโรค (disease-specific quality of life instruments) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้และไม่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับเท่ากันพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การศึกษาโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพราะไม่สามารถอภิปรายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้ แต่สามารถอภิปรายถึงการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ที่ว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดนั้น มีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน

ที่สำคัญ และมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านสังคม ซึ่งในที่นี่คือ การมีความรู้ แม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางลบ แต่ความรู้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด



## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ในการศึกษาวิจัย กลุ่มประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด 3 เดือนขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธีการทำผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยผ่าตัด (Laparoscopic radical prostatectomy) และการผ่าตัดแบบใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy) มีอายุมากกว่า 35 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง และไม่ได้มีภาวะทุพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาต ที่มีผลต่อการถ่ายปัสสาวะ ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ชุด ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินโรคร่วม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .735 และ .827 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย มีอายุเฉลี่ย 68.20 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 97.7) ทั้งหมดมีสัญชาติไทย มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.7) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 28.41) ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดกรุงเทพมหานครมากที่สุด (ร้อยละ 38.64) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 27.3) ด้าน

อาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เกษียณอายุและไม่ได้ทำงานเท่ากัน(ร้อยละ 26.1) สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิข้าราชการ/บำนาญมากที่สุด (ร้อยละ 71.6)ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก  $\leq$  1-2 ปี และช่วง 2-5 ปีเท่ากัน (ร้อยละ 39.95) หลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7)

2. การมีกิจกรรมทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ( $\bar{x}$ =125.67, SD=51.28)

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ และมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 26.1 และ 15.9 ตามลำดับ ( $\bar{x}$  =20.48, SD=4.245) เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องต่างๆ ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องปัจจัยเสี่ยงในระดับไม่เพียงพอ ( $\bar{x}$  = 2.73, SD=1.07) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องผลกระทบในระดับดี ( $\bar{x}$  =4.17, SD=1.23) และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องอาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  =3.09, SD=1.06;  $\bar{x}$  =3.18, SD=1.33;  $\bar{x}$  =3.35, SD=1.32 และ  $\bar{x}$  =3.19, SD=1.42 ตามลำดับ)

4. โรคร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อยร้อยละ 69.3 มีโรคร่วมระดับปานกลางร้อยละ 25 และมีโรคร่วมระดับมากร้อยละ 5.7 ( $\bar{x}$ =2.5, SD=.994)

5. คุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านจิตสังคมมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 93.24 (SD=10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (SD=13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมเฉลี่ยร้อยละ 83.09 (SD=14.69) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 88.80 (SD=10.63)

6. กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ( $r$  =.063,  $p$  > .05)

7. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $r$  = -.215,  $p$  < .05) หมายความว่ามีความรู้น้อยคุณภาพชีวิตสูง เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

8. โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ( $r$  =.032,  $p$  > .05)

## ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติพยาบาล

การให้ความรู้ก่อนและหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ยังคงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และมีความสำคัญมากที่นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดแล้วยังเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ในระหว่างการเปลี่ยนผ่านที่ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอันจะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องได้รับการผ่าตัด ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ไปพร้อมๆ กับการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด เพราะการให้ความรู้ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับโรค มีความรำคาญ ความเจ็บปวด บวกกับมีความหงุดหงิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หากมีการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมาก่อนก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ และสามารถทำได้ง่ายขึ้น

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ไม่ใช่จากการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วนั้น ควรเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา และการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควบคู่ไปกับการให้ผู้ป่วยเข้าใจโครงการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างจริงจัง ตลอดจนควรมีการติดตามเป็นระยะว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีความถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้หรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านมีแรงกระตุ้นหรือไม่ และผลจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นอย่างไร เพราะทุกขั้นตอนมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

### ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ในปัจจัยด้านความรู้และโรคร่วมต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และควรมีการศึกษาต่อ โดยควรเพิ่มเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และควรมีการกำหนดระยะเวลาภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ตลอดจนควรมีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในแต่ละช่วงเวลาภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการค้นหาปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป

2. เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสม และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ให้สามารถกลั้นปัสสาวะอยู่ได้ จึงควรมีการศึกษาการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมต่อไป เพื่อที่จะได้นำนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะ  
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

THE RELATIONSHIPS AMONG PHYSICAL ACTIVITY, KNOWLEDGE, COMORBIDITY AND  
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE FOLLOWING RADICAL  
PROSTATECTOMY

อรรพรรณ ปรางประสิทธิ์ 5338110 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.  
ภควัฒน์ ระมาตร์, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer) มีอัตราการเกิดในชายชาวตะวันตกมากที่สุด ส่วนในเอเชียมีอัตราการเกิดน้อยที่สุด (Parkin et al., 2005) รายงานการสำรวจในอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากประมาณ 192,000 คน (ร้อยละ 25) ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เกิดในเพศชาย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 และมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเพศชาย ด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวนประมาณ 27,360 คน (ร้อยละ 9) ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอด นอกจากนี้จากการสำรวจยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 27,000 คนที่ทราบว่ากำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Jemal et al., 2009) สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าในเพศชายมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเพศชายปี 2552 (ภัทรวินท์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2553) มีผู้ป่วยชายที่เข้ามาพักรักษาตัวหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 112 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 35-90 ปี ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราชแผนกผู้ป่วยในศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะปี 2553 นอกจากนี้ การศึกษาของ Nithisathian et al. (in press) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธีการผ่าตัดแบบใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy: RALRP)

พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องใช้แผ่นซึมซับปัสสาวะอย่างน้อย 1 แผ่นต่อวัน ร้อยละ 73.3 และที่ต้องใช้แผ่นซึมซับปัสสาวะมากกว่า 1 แผ่นต่อวันร้อยละ 26.7

การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Radical prostatectomy) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นการรักษาที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุได้นานขึ้นมากกว่า 10 ปี (Aus et al., 2005) โดยวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดจะทำในกรณีที่มะเร็งไม่มีการกระจายออกจากต่อมลูกหมาก ซึ่งจะได้ผลดีในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะต้น จุดประสงค์ของการผ่าตัดคือการตัดก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุด เพื่อให้หายจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของ Hisasue et al., (2004) พบว่าภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้แก่ การบาดเจ็บของช่องทวารหนักร้อยละ 4.9 และการบาดเจ็บของท่อไตร้อยละ 0.8 สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเหมือนกับการผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ภายใน 1 เดือน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังทำการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นมี 2 ปัญหาที่สำคัญคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าเกิดขึ้นได้ร้อยละ 69 (Palmer et al., 2003) และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction: ED) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 38 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Tewari, Srivastava, & Menon, 2003) ทั้งนี้คาดการณ์ว่าการฟื้นตัวของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นใช้เวลาประมาณ 12 เดือน (Hisasue, 2004) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากจะช่วยรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากให้มีคุณภาพการถ่ายปัสสาวะสะดวกมากขึ้น และช่วยต่ออายุผู้ป่วยมะเร็งให้ยาวนานขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องยอมรับกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นให้ได้ ซึ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีโอกาสเกิดได้นานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปีหลังผ่าตัด (Palmer et al., 2003) โดยจะเกิดขึ้นหลังถอดสายสวนปัสสาวะ (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; Palmer et al., 2003; & Phillip et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อีก ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ด มีปัสสาวะซึมกึ่งแข็งกึ่งเหลว มีความรู้สึกต้องรีบเข้าห้องน้ำทันที บ่อยๆ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นรุนแรง เจ็บพลัน ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เกิดความวิตกกังวล (YuKo & Sawatzky, 2008) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย (Phillip, et al., 2000; Burt et al., 2005) สูญเสียสมรรถภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย (Palmer et al., 2003) และขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; McGlynn et al., 2004) อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากน้อยมาก โดยส่วนใหญ่ศึกษาในเชิงระบาดวิทยาถึงอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยสูงอายุและในผู้หญิงสูงอายุ แต่ยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการ

กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ว่าจะในกลุ่มของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง และในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังต่อมลูกหมากก็ตาม ซึ่งปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่มีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่คือกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกายถูกกำหนดเป็นทุกอิริยาบถของการเคลื่อนไหวด้วยกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกของร่างกายโดยอาศัยพลังงาน การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายทำงานอย่างสมดุล ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจโรคเบาหวาน และลดอัตราการเกิดโรคอื่นๆ นอกจากนั้นยังช่วยลดน้ำหนัก ในผู้หญิงที่มีกิจกรรมทางกายจะมีอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่าผู้หญิงที่นั่งอยู่เฉยๆ (Peterson, 2008) การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องช่วยลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยพบว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง และการมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้หญิงสูงอายุ (Danforth et al., 2007) เพราะในความเป็นจริงการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง มีความแข็งแรง และการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การศึกษาของ Yuan (2009) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำมาก ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของความรู้ถึงปัจจัยชักนำ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษาและการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากยังไม่รู้ว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ที่จะสามารถดูแลตนเองเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Locher, Burgio, Goode, Roth, & Rodriguez, 2002) เพราะฉะนั้นเรื่องของความรู้ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วยซึ่งก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง

นอกจากนี้อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่คือ โรคร่วม โรคร่วมคือโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคหลักที่อาจมีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นภาวะปกติที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการพัฒนาของโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุชายนั้นมีความสัมพันธ์กับประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอด (Aslan, Beji, Erkan, Yalcin, Gungor, 2009) ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่าและ 3.1 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุชาวลาตินที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวายเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ล้วนแล้วแต่

เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ยังพบอีกว่าจำนวนโรคร่วมนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ หากมีโรคร่วมเพียงอย่างเดียวจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 14.0 หากมีโรคร่วมสองโรคจะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 22.0 หากมีโรคร่วมสามโรคจะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 23.6 และหากมีโรคร่วมสี่โรคจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่มากถึงร้อยละ 37.6 (Smith et al., 2010)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยนี้ ประกอบกับประเทศไทยยังมีงานวิจัยถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยมาก แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในสตรีและในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีความแตกต่างกัน เพราะการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บบริเวณหูรูดในระหว่างการผ่าตัด (Hisasue, 2004) แต่ในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเสื่อมของร่างกายซึ่งทำให้มีการจำกัดกิจกรรมทางกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่าน จากภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากแล้วมีการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตด้วยตนเองที่บ้าน ตรงนี้เองเป็นช่วงที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่สภาวะหนึ่งในสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไป หรือการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างดีนั้น หมายความว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลัง ผ่าตัดต่อมลูกหมากให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
3. โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดด้วยวิธีการผ่าตัดโดยกล้องช่วยผ่าตัด และแบบแขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด 3 เดือนขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง และไม่มีภาวะทุพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาตที่มีผลต่อการถ่ายปัสสาวะ มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทางด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือส่วนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง
2. แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย ของ Wolf, et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้สร้างต้นฉบับ และฉบับที่ได้พัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทยโดยธานี แก้วธรรมมานุกูล และคณะ (Kaewthummanukul, Brown, Weaver, & Thomas, 2006) มีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งการคำนวณคะแนนของกิจกรรมทางกายคิดเป็นหน่วยพลังงานมาตรฐาน

(Metabolic equivalent: MET) คุณระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ หน่วยเป็นชั่วโมง/สัปดาห์ (hours/week) ค่า MET ของกิจกรรมทางกายต่างๆ กำหนดจากการศึกษาของ Ainsworth, et al. (2011) การคิดคะแนนรวมทำโดย นำผลรวมของทุกกิจกรรมมารวมกันจะได้เป็นระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมทางกาย หน่วยเป็น MET hours/week

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence knowledge scale: UIKS) พัฒนาโดย Yuan, & Williams (2010) มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วย ความรู้เรื่องต่างๆ เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยง (ข้อ 1-5) อาการ (ข้อ 6-10) ผลกระทบ (ข้อ 11-15) การป้องกัน (ข้อ 16-20) การรักษา (ข้อ 21-25) และการจัดการ (ข้อ 26-30) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแปลย้อนกลับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากผู้ป่วยเลือก “ตอบถูกต้อง” เท่ากับ 1 คะแนน แต่หากผู้ป่วยเลือกตอบ “ไม่ถูกต้อง” หรือ “ไม่ทราบ” เท่ากับ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งการแปลผลของคะแนนรวมในการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นดังนี้ มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” < 60% หรือคะแนน < 18 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” ระหว่าง 60-80% หรือคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-24 คะแนน มีความรู้ในระดับที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” > 80% หรือคะแนน > 24 คะแนน

4. แบบประเมินโรคร่วม ของ Charlson, et al. (1987) มีการให้คะแนนตามความสำคัญของโรคจำนวน 19 โรค ซึ่งหลักในการให้คะแนนนั้นจะให้ตามความรุนแรงของโรคคือ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน และหากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Quality of Life: I-QOL) แบบประเมินนี้เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นหลังการรักษา ซึ่งพัฒนาโดยทีมวิจัย Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน และทำการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดย Budhnell et al., (2005) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาต่างๆกว่า 55 ภาษา หนึ่งในนั้นรวมภาษาไทยด้วย และมีการหาค่าความตรงของเนื้อหา (validity) ใน 4 ภาษา ได้แก่ ภาษาฝรั่งเศส ภาษาเยอรมัน ภาษาสวีเดน และภาษาสเปน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ซื้อลิขสิทธิ์ใช้เครื่องมือจาก Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน มีจำนวน 22 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็นด้านดังนี้ ด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม (Avoidance and Limiting Behavior: ALB) ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 และ 20 ด้านจิตสังคม (Psychosocial Impacts: PS) ได้แก่ข้อที่ 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 และ 22 ด้านความรู้สึกล้ออายเมื่อต้องเข้าร่วม

กิจกรรมทางสังคม (Social Embarrassment: SE) ได้แก่ข้อที่ 8, 12, 14, 18 และ 19 ผลคะแนนรวมทั้ง 22 ข้ออยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน ซึ่งในการคำนวณระดับคะแนน (Scale score) คิดจากผลรวมของคะแนนในแต่ละด้าน (the sum of the items) ลบด้วยคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ (lowest possible score) นำค่าที่ได้หารด้วยคะแนนดิบที่เป็นไปได้ลบด้วยคะแนนต่ำสุดของคะแนนดิบที่เป็นไปได้ (possible raw score range) แล้วคูณด้วย 100

$$\text{Scale Score} = \frac{\text{the sum of the items} - \text{lowest possible score}}{\text{possible raw score range}} \times 100$$

การแปลผลของระดับคะแนนอยู่ระหว่างระดับคะแนนที่ 0-100 จากระดับคะแนนที่ 0 คือ คุณภาพชีวิตไม่ดีถึง ระดับคะแนนที่ 100 คือ คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองยื่นเพื่อขอเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ ณ หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมชี้แจงด้วยตนเองถึงรายละเอียดต่างๆ ในทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีเครื่องมือวิจัยรวมทั้ง 5 ชุด ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินโรคร่วม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนมีค่าเท่ากับ .735 และ .827 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย มีอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 43.3) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 97.7) ทั้งหมดมีสัญชาติไทย มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.7) มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตกมากที่สุด (ร้อยละ 28.41) ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดกรุงเทพมหานครมากที่สุด (ร้อยละ 38.64) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 27.3) ด้านอาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เกษียณอายุและไม่ได้ทำงานเท่ากัน (ร้อยละ 26.1) สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิข้าราชการ/บำนาญมากที่สุด (ร้อยละ 71.6) ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก  $\leq$  1-2 ปี และช่วง 2-5 ปีเท่ากัน (ร้อยละ 39.95) หลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7)

### การมีกิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ( $\bar{x}=125.67$ ,  $SD=51.28$ )

### ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58 รองลงมามีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ และมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 26.1 และ 15.9 ตามลำดับ ( $\bar{x}=20.48$ ,  $SD=4.245$ ) เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เรื่องต่างๆ ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องปัจจัยเสี่ยงในระดับไม่เพียงพอ ( $\bar{x}=2.73$ ,  $SD=1.07$ ) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องผลกระทบในระดับดี ( $\bar{x}=4.17$ ,  $SD=1.23$ ) และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องอาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.09$ ,  $SD=1.06$ ;  $\bar{x}=3.18$ ,  $SD=1.33$ ;  $\bar{x}=3.35$ ,  $SD=1.32$  และ  $\bar{x}=3.19$ ,  $SD=1.42$  ตามลำดับ)

### โรคร่วม

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อยร้อยละ 69.3 มีโรคร่วมระดับปานกลางร้อยละ 25 และมีโรคร่วมระดับมากร้อยละ 5.7 ( $\bar{x}=2.5$ ,  $SD=.994$ )

### คุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้านจิตสังคมมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 93.24 (SD=10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกรับอภัยเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (SD=13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมเฉลี่ยร้อยละ 83.09 (SD=14.69) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 88.80 (SD=10.63)

### ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเท่ากับ 0.215 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดจะเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการมีกิจกรรมทางกายและโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

### อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ในประเด็นหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีแนวโน้มเฉลี่ยค่อนข้างสูงร้อยละ 88.80 (SD=10.63) และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านก็มีแนวโน้มเฉลี่ยค่อนข้างสูงเช่นกัน โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดด้านจิตสังคมสูงสุดเฉลี่ยร้อยละ 93.24 (SD=10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกรับอภัยเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเฉลี่ยร้อยละ 89.94 (SD=13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรมเฉลี่ยร้อยละ 83.09 (SD=14.69) (ตารางที่ 4.2) และสาเหตุที่แสดงให้เห็นว่าผลของการศึกษาที่พบคุณภาพชีวิต

ของผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดมีแนวโน้มเฉลี่ยค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 78.4) แต่มีระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับมากเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น (ร้อยละ 17 และ 4.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.3)

## 2. กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ( $r=.063, p > .05$ ) สามารถอภิปรายได้ว่า แม้ว่าผลของการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อย และระดับปานกลางจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (Danforth et al., 2007; Eliasson, Nordlander, Larson, Hammarstrom & Mattsson, 2005) แต่ผลของการมีกิจกรรมทางกายที่หนักก็สามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้ เช่น การวิ่ง หรือการยกของหนักมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (Eliasson et al., 2005; Bo, 2004; Bump & Norton, 1998) เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่หนักจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้มากขึ้น ส่งผลให้มีแรงดันในกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ (Brown, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ( $\bar{x}=125.67, SD=51.28$ ) (ตารางที่ 4.4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายค่อนข้างสูง การที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย บางรายยังต้องทำหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่ มีเพียงร้อยละ 26.1 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตารางที่ 4.1) และพบว่าชนิดของกิจกรรมทางกายที่พบจำนวนมากได้แก่ การมีกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ ที่ต้องเผาผลาญออกซิเจน เช่น ปลูกและดูแลต้นไม้ภายในบริเวณบ้าน การทำงานบ้าน (21.38 MET hours/week) และการยืนหรือเดินในบริเวณบ้าน (20.34 MET hours/week) (ตารางที่ 1 ในภาคผนวก) สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถึงภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดขึ้นเมื่อทำกิจกรรม เช่น มีปัสสาวะเล็ดเมื่อยกของหนัก เมื่อเดินนานๆ ขณะทำสวนหรือขณะคายหญ้า โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แผ่นซึมซับน้ำปัสสาวะ (ผ้าอนามัยหรือแพมเพิส) จะต้องเปลี่ยนกางเกงหรือต้องเปลี่ยนผ้าขนหนูที่ใช้สำหรับซับน้ำปัสสาวะหลายครั้งในแต่ละวัน จนเกิดความรำคาญ และทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Salvatore, et al. (2009) ที่พบว่าในผู้หญิงที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 31.7 ปั่นถึงภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในขณะที่

ออกกำลังกาย และร้อยละ 20 ที่ต้องจำกัดการออกกำลังกายและกิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลา ไอ จาม วิ่ง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่างเกือบครึ่งถึงร้อยละ 46.6 (ตารางที่ 4.3)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลของการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่มากจนเกินไปก็สามารถทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้ โดย Eliasson, et al. (2005) ได้ให้คำจำกัดความของการมีกิจกรรมทางกายในระดับมาก หมายถึง กิจกรรมทางกายต่างๆ ที่ทำให้เกิดแรงดันภายในช่องท้องมากขึ้นและส่งผลให้มีแรงดันต่ออุ้งเชิงกรานมากขึ้นตามมา กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ การวิ่ง การเดิน การกระโดด การเต้น ยิมนาสติก กีฬาที่ต้องใช้ลูกบอลในการเล่น และกีฬาอื่นๆ ที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bo, (2004) ที่พบว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก เช่น กีฬาประเภทลู่วิ่งและลาน ยิมนาสติก และกีฬาที่ใช้ลูกบอลในการเล่น สามารถทำให้มีอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นได้ เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่หนักจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้มากขึ้น จึงส่งผลให้มีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดความตึงเกินไปและอ่อนแรง ในที่สุดจะเกิดพยาธิสภาพที่ท่อทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยอาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้ก่อนไปถึงห้องน้ำ (ร้อยละ 40.9) มีอาการปัสสาวะเล็ดรวดเป็นครั้งคราวโดยไม่ได้ทำอะไรหรือไม่ได้ปวดปัสสาวะ (ร้อยละ 44.3) และในเดือนที่ผ่านมา มีปัสสาวะเล็ดออกมาวันละ 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น, วันละ 3 หรือ 4 ครั้ง และวันละ 1 หรือ 2 ครั้งร้อยละ 14.8, 4.5 และ 4.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3)

แต่ในทางตรงกันข้ามการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อยถึงปานกลางก็สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่ทำให้เกิดแรงดันในอุ้งเชิงกรานในระดับน้อย ได้แก่ การเดิน การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ และการขี่ม้า (Eliasson et al., 2005) จากการศึกษาของ Danforth, et al. (2007) ในผู้หญิงสูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ได้ศึกษาผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายโดยแบ่งเป็นช่วงพลังงานมาตรฐานชั่วโมง/สัปดาห์ (MET hours/week) มีด้วยกันทั้งหมด 5 ช่วงพลังงานดังนี้ ช่วงพลังงานที่ 1 (< 6.2 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 2 (6.2- 14 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 3 (14.4-18 MET hours/week) ช่วงพลังงานที่ 4 (18-28.6 MET hours/week) และช่วงพลังงานที่ 5 (>28.6 MET hours/week) พบว่าการเพิ่มระดับของการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ต่อการลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ อย่างไรก็ตามพลังงานมาตรฐานชั่วโมง/สัปดาห์จากผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายในการศึกษาของ Danforth, et al. (2007) เมื่อนำมาเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผลรวมของการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.67 MET

hours/week (ตารางที่ 4.4) ซึ่งสูงกว่ามาก ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการศึกษาในครั้งนี้มีกิจกรรมทางกายในระดับค่อนข้างสูง เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่สูงเกินไปก็สามารถทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ได้ กิจกรรมทางกายจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine, Laura, Aruna, John, & William (2007) ที่พบว่าผลรวมมีกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ แม้ว่าจะมีการเพิ่มระดับของการมีกิจกรรมทางกายก็ตาม ดังนั้นการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่พอดีก็จะสามารถช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะปกติของสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่สั้นลง ส่งผลให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตดีขึ้นตามมา

### 3. ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.215, p < .05$ ) สามารถอธิบายได้ว่าภาวะสุขภาพที่ดีมีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความรู้ เพราะความรู้จะส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านได้ดี ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) โดยปัจจัยด้านสังคมคือความรู้ ความรู้นี้เป็นความรู้ของบุคคลในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะที่กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และการที่บุคคลจะมีความรู้ได้นั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งสังคมในที่นี้ หมายถึง บุคคลในทีมสุขภาพที่จะส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และการพัฒนาศักยภาพของการกล้ามเนื้อปัสสาวะ จึงช่วยให้ปัญหาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา จากผลการศึกษานี้ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต หมายความว่า มีความรู้น้อยคุณภาพชีวิตสูง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยสามารถอธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7) หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนที่ได้เข้าโครงการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Kegel exercise) ของโรงพยาบาล เพื่อช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อหูรูดให้มีความแข็งแรง ช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Grace, 2005) อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ก็เป็นเพียงข้อมูลที่บอกกล่าวด้วยวาจาจากทีมสุขภาพที่ให้ความรู้ในเรื่อง

การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยการขมิบก้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากเท่านั้นและส่วนใหญ่ได้รับหลังผ่าตัด (ดังตารางที่ 4.1) ซึ่งยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกหลายรายที่ยังไม่รู้ว่าจะต้องบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนานแค่ไหน ต้องบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานตอนไหน แล้วถ้าเริ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานซ้ำจะได้ผลหรือไม่อย่างไร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายกล่าวว่า “หลังผ่าตัดผมได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลให้ขมิบ ผมขมิบตั้งแต่ที่มีสายปัสสาวะอยู่ ตอนถอดสายเลยถอดขมิบ และผมเพิ่งมารู้ตอนหลังว่าให้ขมิบหลังเอาสายออก” จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และมีกลุ่มตัวอย่างอีกบางส่วนที่เข้าโครงการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานของโรงพยาบาลนั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 58 รองลงมา มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอร้อยละ 26.1 และมีเพียงร้อยละ 15.9 ที่มีความรู้ในระดับดี ( $\bar{x}=20.48, SD=4.245$ ) (ตารางที่ 4.5)

แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาสูงคือ มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าถึงร้อยละ 27.3 ก็ตาม (ตารางที่ 4.1) ก็ไม่ได้หมายความว่าระดับการศึกษาที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ที่ดี ซึ่ง Yuan, & Williams, (2010) พบว่าระดับความรู้เฉพาะโรค โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลระดับความรู้เฉพาะโรค โดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาเช่นกัน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามภายหลังได้รับข้อมูลเป็นระยะว่า ข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้องหรือไม่ สามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้หรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้ เมื่อกลับไปบ้านมีแรงกระตุ้นหรือไม่ และผลจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นอย่างไร นอกจากนี้ความรู้ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วนั้น ควรมีการเพิ่มความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมด้วย เพราะจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ( $\bar{x}=2.73, SD=1.07$ ) มีความรู้เรื่องอาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การป้องกันการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงความรู้เรื่องผลกระทบที่เกิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=4.17, SD=1.23$ ) (ตารางที่ 4.6) นอกจากนี้การให้ความรู้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก รวมทั้งการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานตั้งแต่อ่อนการผ่าตัดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ และเตรียมตัวเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนผ่านจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากสู่การดำเนินชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่

บ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McGlynn, et al. (2004) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรับรู้ตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องได้รับการผ่าตัด และได้รับการสอนการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีการฟื้นตัวดีขึ้นจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากร้อยละ 72 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยร้อยละ 98 มีความรู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รวมทั้งการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากจึงมีความสำคัญยิ่ง ที่จะช่วยให้เกิดการเตรียมตัวสู่การเปลี่ยนผ่านไปสู่การดำรงชีวิตที่บ้านภายหลังการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตลอดทั้งมีความเข้าใจในความสำคัญของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่จะส่งผลโดยตรงต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างจริงจัง ในที่สุดผลของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก็จะลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การให้ความรู้ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับโรค มีความรำคาญ ความเจ็บปวด บวกกับมีความหงุดหงิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หากมีการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมาก่อนก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ และสามารถทำได้ง่ายขึ้น เพราะในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีสายสวนปัสสาวะอยู่ การมีสายสวนปัสสาวะอยู่นั้นเป็นประสบการณ์ที่บั่นทอนการดำรงชีวิต เนื่องจากสภาพร่างกายถูกกระทบกระทั่งตลอดเวลาจากสายสวนปัสสาวะ ซึ่งการศึกษาของ Burt, et al. (2005) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บรรยายถึงความรู้สึกเจ็บปวด และแสบบริเวณปลายอวัยวะเพศมากที่เกิดจากการระคายเคืองของสายสวนปัสสาวะ โดยมีคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า “ทรมานมาก”

นอกจากนั้นยังมีประเด็นอื่นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นจากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต นั่นคือระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่นานมากขึ้น จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านในการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญอยู่กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดีขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากมีเวลาน้อยกว่า 2 ปีร้อยละ 39.95 ระยะเวลามากกว่า 2 ปีถึง 5 ปีร้อยละ 39.95 และระยะเวลามากกว่า 5 ปีร้อยละ 20.1 (Range=3 เดือน ถึง 8 ปี, mean= 2 ปี 11 เดือน, SD= 2.06 ปี) (ตารางที่ 4.1) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พูดว่า “แรกๆ ก็คิดมาก ตอนนี่ไม่คิดแล้ว” “ชินแล้ว” “ก็ต้องทำใจ เพราะเราเป็นอย่างนี้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary, et al. (2003) ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากคือ กลุ่มที่มีระยะเวลาหลังผ่าตัดน้อย

กว่า 2 ปี ระยะเวลา 2-5 ปี และระยะเวลามากกว่า 5 ปี พบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม  
ถูกหมากที่มากขึ้น ทำให้ความคิดเกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จะสามารถมีอาการดีขึ้นนั้น  
ลดลง โดยที่ระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมถูกหมากน้อยกว่า 2 ปี ระยะเวลา 2-5 ปี และระยะเวลา  
มากกว่า 5 ปี มีความคิดเกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จะสามารถมีอาการดีขึ้นร้อยละ 64, 40 และ  
30 ตามลำดับ

อีกประเด็นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตคือ สถานภาพ  
สมรสคู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97.7) (ตารางที่ 4.1) เพราะคู่  
สมรสเป็นเหตุผลสำคัญที่ช่วยประคองปัญหา หรือสภาวะที่เผชิญอยู่คือ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่  
ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านมถูกหมากให้เปลี่ยนผ่านไปได้ และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต  
ที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phillip, et al. (2000) พบว่าหนึ่งในห้าองค์ประกอบจาก  
การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคือ คู่สมรสต้องมีการปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน  
และมีการจัดการกับความรู้สึกขุ่นหมองที่เกิดขึ้นร่วมกันได้ ดังนั้นคู่สมรสจึงมีความสำคัญมากที่สุด  
ต่อคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 49.92) ส่วนประเด็นด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านม  
ถูกหมากได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนั้นมีความสำคัญต่อ  
คุณภาพชีวิตเพียงร้อยละ 13.80 เนื่องจากไม่มีความแน่ใจว่าภาวะสุขภาพจะยังคงมีเสถียรภาพที่ดีอยู่  
หรือไม่ (Rita & Virpi, 2005) จึงสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ภรรยาผม  
เข้าใจ”

#### 4. โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านมถูกหมาก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $t=0.032, p > .05$ ) หมายความว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
ที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านมถูกหมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโรคร่วม  
เป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al.,  
2010) ซึ่งโรคร่วมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือโรคร่วมที่เกิดในเวลาใกล้เคียงกับการ  
เป็นมะเร็งเต้านมถูกหมากนั้น ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่มี  
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งเต้านมถูกหมากครั้งนี้ด้วยแบบประเมินโรคร่วมของ  
Charlson, et al. (1987) พบว่ากลุ่มตัวอย่างนอกจากจะเป็นโรคมะเร็งเต้านมถูกหมากแล้วยังมี  
โรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 15.9) (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่  
เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการผลิตอินซูลิน หรือเกิดขึ้นจากร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้

งานได้ (World Health Organization, 2011) หากไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ โรคเบาหวานก็จะไปทำลายเส้นประสาทและระบบหลอดเลือดจนเกิดพยาธิสภาพที่แขน ขา ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือดสมองตามมา เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักสำคัญในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้หากไม่นับรวมโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษา จะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวานร้อยละ 5.7 รองลงมาจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 2.3 เท่าๆ กัน (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) การเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อและอวัยวะ และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเสื่อมที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย โดยทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บและการติดเชื้อ จนในที่สุดจะเกิดการสูญเสียการทำงานที่ จึงส่งผลให้การทำงานของร่างกายและระบบต่างๆ เกิดความแปรปรวน ร่างกายจึงทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Chiarelli & Weatherall, 2010) ซึ่งปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นโรคร่วมคือ อายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.20 ปี (ตารางที่ 4.1) จัดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมของร่างกายมากกว่าการสร้าง ซึ่งโรคมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีโอกาสเกิดขึ้นในวัยนี้เช่นกัน โดยมีโอกาสเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่มีอัตราการเกิดขึ้นไม่มากในผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (American Cancer Society, 2010) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.3 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี (ตารางที่ 4.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sacit, Ertugrul, Ugur, Mehmet, and Çetin (2012) ที่พบว่าจากการคัดกรองโรคพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 40.7 ( $p < 0.001$ )

จากที่กล่าวมาในข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโรคร่วมที่ประเมินจากแบบประเมินโรคร่วมไม่สามารถอธิบายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ เพราะคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ได้มีปัญหาที่เกิดมาจากโรคร่วมโดยตรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคร่วมที่เป็นได้ จึงไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม โดยแสดงให้เห็นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 69.3) มีเพียงหนึ่งในสี่ที่มีโรคร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 25) และส่วนน้อยมากที่มีโรคร่วมระดับมาก (ร้อยละ 5.7) ( $\bar{x}=2.5, SD=.994$ ) (ตารางที่ 4.7) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และมีโรคร่วมในระดับความรุนแรงต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และมีโรคร่วมระดับมาก คือมีคะแนน Charlson Score มากกว่า 1 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Ragins et al., 2009) นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Heit, Blackwell, & Ouseph, (2005) ที่ศึกษาผลกระทบของโรคร่วมต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะเจาะจง โรค (disease-specific quality of life instruments) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้และไม่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ระดับเท่ากันพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การศึกษาโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพราะไม่สามารถอธิบายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ แต่สามารถอธิบายถึงการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ที่ว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดนั้น มีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ และมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านสังคม ซึ่งในที่นี้คือ การมีความรู้ แม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์ทางลบ แต่ความรู้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติพยาบาล

การให้ความรู้ก่อนและหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ยังคงเป็นสิ่งผู้ป่วยต้องการ และมีความสำคัญมากที่นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดแล้วยังเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ในระหว่างการเปลี่ยนผ่านที่ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอันจะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต้องได้รับการผ่าตัด ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ไปพร้อมๆ กับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด เพราะการให้ความรู้ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกับโรค มีความรำคาญ ความเจ็บปวด บวกกับมีความหงุดหงิดจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หากมีการฝึกการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมาก่อนก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะ และสามารถทำได้ง่ายขึ้น

ในส่วนองความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ที่ให้นอกจากการฝึกรบริหารกล้ามเนื้ออึ่งเชิงกรานแล้วนั้น ควรเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ อาการ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา และการจัดการกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ ควบคู่ไปกับการให้ผู้ป่วยเข้าโครงการบริหารกล้ามเนื้ออึ่งเชิงกรานอย่างจริงจัง ตลอดทั้งควรมีการติดตามเป็นระยะว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีความถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถบริหารกล้ามเนื้ออึ่งเชิงกรานได้หรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถบริหารกล้ามเนื้ออึ่งเชิงกรานได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านมีแรงกระตุ้นหรือไม่ และผลจากการบริหารกล้ามเนื้ออึ่งเชิงกรานเป็นอย่างไร เพราะทุกขั้นตอนมีความสำคัญยึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปยู่ที่บ้าน

### ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ในปัจจัยด้านความรู้และโรคร่วมต่อภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และควรมีการศึกษาต่อ โดยควรเพิ่มเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากระดับความรุนแรงของภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ และกำหนดระยะเวลาภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ตลอดทั้งควรมีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ในแต่ละช่วงเวลาภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการค้นหาปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกไป

2. เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสม และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ให้สามารถกลั่นปัสสาวะยู่ได้ จึงควรมีการศึกษาการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมต่อไป เพื่อที่จะได้นำนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

THE RELATIONSHIPS AMONG PHYSICAL ACTIVITY, KNOWLEDGE,  
COMORBIDITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH URINARY  
INCONTINENCE FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY

ORAWAN PRANGPRASIT 5338110 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAI DUTSADEEKUL, D.N.S.,  
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., PATKAWAT RAMART, M.D.

## EXTENDED SUMMARY

### Background and Significance of the Problem

The incidence rates for prostate cancer are highest in Western men. In Asia, the occurrence rates are lowest (Parkin et al., 2005). A survey conducted in the U.S. revealed that there were about 192,000 patients who had been diagnosed with prostate cancer, accounting for 25% of all cancer patients in males, or the highest incidence rate. As regards the mortality rate among male patients, prostate cancer ranks second, making up approximately 27,360 cases (9%), second only to lung cancer. In addition, the survey also found that the number of patients who knew they were dying from prostate cancer was 27,000 (Jemal et al, 2009). In Thailand, according to the data from the National Cancer Institute, prostate cancer ranked fifth among all newly diagnosed male cancer patients in 2009 (Pattarawin Attasara & Rangsiya Boa-som, B.E. 2553). According to the statistics of the inpatient urology department of Siriraj Hospital, in 2010, there were 112 male patients, aged 35 to 90 years, who were admitted into the hospital after undergoing prostatectomy. In addition, Nithisathian et al. (in press) conducted a study in men after robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy (RALAP) and found that of the total number of

male patients with urinary incontinence post-prostatectomy, 233 men (73.3%) required at least one pad per day and 85 men (26.7%) used more than one pad per day to cope with their incontinence.

Radical prostatectomy is the treatment of prostate cancer patients. It is believed that after undergoing radical prostatectomy, the patients are expected to live for longer than ten years (Aus et al., 2005). Radical prostatectomy is viable in cases where the cancer has not spread out of the prostate. In other words, radical prostatectomy is effective in an early stage of prostate cancer. The purpose of prostatectomy is to remove as much of the tumor as possible, so as to ensure recovery from prostate cancer. Prostatectomy may cause complications during surgery and after surgery. For instance, Hisasue et al. (2004) conducted a study and found that complications during radical prostatectomy included anus injury (4.9%) and ureteral injury (0.8%). Other complications are similar to postoperative complications that occur after a general surgery. Patients can recover within one month. However, there are two major problems that generally occur after radical prostatectomy. Urinary incontinence is found in 69% of the cases (Palmer et al., 2003), and erectile dysfunction (ED) is found in 38% of patients over the age of 60 years (Tewari, Srivasatava, & Menon, 2003). It has been estimated that recover from urinary incontinence takes approximately 12 months (Hisasue, 2004). Although radical prostatectomy helps prostate cancer patients to improve the quality and convenience of urination and extend the life of prostate cancer patients, the patients must accept their urinary incontinence is a major problem. Urinary incontinence can last from six months to five years after surgery (Palmer et al., 2003), and it occurs after catheter removal (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; Palmer et al., 2003; & Phillip et al., 2000). In addition, there are also other issues that follow urinary incontinence. Patients may have urge incontinence, stress incontinence, wet underwear, frequent urgent sense, sudden and strong desire to void, and inability to hold urine, which can lead to anxiety (YuKo & Sawatzky, 2008), embarrassment (Phillip et al., 2000; Burt et al., 2005), loss of a sense of masculinity due to erectile dysfunction (Palmer et al., 2003), and a lack of confidence in socialization (Shaughnessy & Laws, 2009-2010; McGlynn et al., 2004), all of which can adversely affect their quality of life.

There are not many studies conducted in Thailand on patients with urinary incontinence after prostatectomy. Most of the epidemiological studies on the incidence of urinary incontinence in were conducted with elderly patients and older women, but there is no study on the factors that directly affect urinary incontinence, whether in a group of elderly males and females, and in prostate cancer patients. Urinary incontinence post-prostatectomy is a problem that has more impacts than those of problems faced by other groups of patients. For this reason, the researcher was interested in investigating the relationships among selected factors and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy. It has been found that one important factor affecting urinary incontinence is physical activity. Physical activity is defined as all manner of movement via muscles and skeleton of the body energy. The continuous physical activity helps the body function properly and maintain balance, and reduces the incidence of heart disease, diabetes mellitus, and other diseases. It also reduces body weight. In women with normal physical activity, the incidence of urinary incontinence is lower than that in women who are passive (Peterson, 2008). Continuous physical activity reduces urinary incontinence. It has been found that continuous physical activity and walking are associated with a reduced incidence of urinary incontinence in older women (Danforth et al., 2001). In fact, physical activity improves the strength of the pelvic floor muscle, so regular physical activity can reduce incidence of urinary incontinence. Furthermore, there is also a factor of knowledge. Knowledge refers to knowledge of self-care in urinary incontinence. According to Yuan (2009), elderly patients had poor urinary incontinence knowledge. They lacked knowledge of risk factors, symptoms, prevention, treatment, and management of urinary incontinence. Simply put, most patients do not know how to perform self-care when they have urinary incontinence (Locher, Burgio, Goode, Roth, & Rodriguez, 2002). Therefore, knowledge of self-care of urinary incontinence is one of the factors that affect quality of social life, which is in fact general quality of life of patients.

In addition, another important factor that plays a major role in the life of patients with urinary incontinence is co-morbidity. Co-morbidity is a disease that occurs before or happens with the main disease that may result in complications. Urinary incontinence is a common condition that occurs in patients with chronic

disease development. Factors associated with the incidence of urinary incontinence in elderly male patients include history of stroke and lung disease (Aslan, Erkan Yalcin, Beji, & Gungor, 2009), and such diseases constitute risk factors that can increase the incidence of urinary incontinence by 2.5 times and 3.1 times, respectively. Furthermore, it was found that high prevalence rates of hypertension, congestive heart failure, depression, and anxiety disorder are the factors associated with the prevalence of urinary incontinence among elderly Latino males. Also, it has been documented that the number of co-morbidities is associated with urinary incontinence. If there is one co-morbidity, the risk of urinary incontinence increases to 14.0%. With two co-morbidities, the risk of urinary incontinence increases to 22.0%, and with three co-morbidities, the risk of urinary incontinence increases to 23.6%. With four co-morbidities, the risk of urinary incontinence increases to as much as 37.6% (Smith et al., 2010).

Based on the aforementioned discussion, the researcher realized the importance of this research. Moreover, there is very little research conducted with patients with urinary incontinence following radical prostatectomy in Thailand. Most of the studies on urinary incontinence were carried out with urinary incontinence women and elderly patients. It is worth noting that the cause of urinary incontinence following radical prostatectomy is sphincter injury during surgery (Hisasue, 2004). However, in elderly patients, urinary incontinence is caused by degeneration of the body which has limited physical activity. Therefore, the researcher was interested in studying three factors that occur in patients following radical prostatectomy during the transition from prostatectomy to living at home. This is the process of transition from one state to another state with a change in physical condition or transition from health to illness. A good transition to life at home means patients have a good quality of life. Thus, the researcher was interested in studying the relationship among physical activity, knowledge, and co-morbidity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy. It was anticipated that the findings of the study could be used as guidelines for nursing intervention and for promotion of quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy, thus enabling them to return to life at home with a good quality of life.

## **Research Objectives**

1. To explore quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy
2. To investigate the relationship among physical activity, knowledge, and co-morbidity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy

## **Research Hypothesis**

1. There is relationship between physical activity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.
2. There is a relationship between knowledge and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.
3. There is a relationship between co-morbidity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.

## **Methodology**

The present study was descriptive correlational research which aimed at investigating the relationship between selected factors of physical activity, knowledge, and co-morbidity and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.

### **Population and sample**

The population of the present study consisted of patients with urinary incontinence following radical prostatectomy via laparoscopic radical prostatectomy and robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy, whose postoperative duration was longer than three months, who were aged 35 years old or older, who had not been treated with radiotherapy, and who did not suffer from disability, paresis, or paralysis that affected urination. Data collection took place at the outpatient urological clinic and special urological clinic (after-office-hours clinic) at Siriraj Hospital.

## Research Instruments

1. The demographic characteristic questionnaire was developed by the researcher.

2. The physical activity questionnaire was first developed by Wolf et al. (1994). The researcher was granted permission from the questionnaire developers to use the instrument in the present research as well as the adapted version by Kaewthummanukul, Brown, Weaver, and Thomas (2006) to suit the Thai cultural contexts. The instrument consisted of four items which calculated the physical activity scores in metabolic equivalent (MET) unit multiplied by the time used in doing such an activity in hours per week. The MET of physical activities was determined based on the study conducted by Ainsworth et al. (2011). The total scores were calculated by summing the score of all activities to derive at the level of exercises with energy exertion to have physical activities in MET hours/week.

3. The urinary incontinence knowledge scale (UKIS) was constructed by Yuan and Williams (2010). It was composed of 30 items which divided knowledge of incontinence into different aspects as follows: risk factors (items 1-5), symptoms (items 6-10), impacts (items 11-15), prevention (items 16-20), treatment (items 21-25), and management (items 26-30). The researcher asked the developers of the instrument to translate it into the Thai language. After that, the translated version was examined by a panel of five experts before it was back-translated into English. As for scoring criteria, if the patients chose the 'correct' responses, the score was equal to 1 point, but if the patients chose the 'incorrect' or 'don't know,' responses, the score was equal to 0 point. The total scores were derived from the sum of the score of each item. As for interpretation of scores, if the patients chose the 'correct' responses less than 60% or their total scores were lower than 18, points, their knowledge was at a poor level. If they chose the 'correct' responses between 60% and 80% or their total scores were between 18 and 24 points, their knowledge was at a moderate level. If they chose the 'correct' responses more than 80% or their total scores were higher than 24 points, their knowledge was at a good level.

4. The co-morbidity scale developed by Charlson et al. (1987) was scored in accordance with the significance of a total of 19 diseases, equal to 1, 2, 3, or 6

points depending on the disease severity. If the patients did not have any co-morbidity, the score given was 0 point.

5. The incontinence quality of life (I-QOL) questionnaire was developed by the Seattle Quality of Life Group, University of Washington, U.S.A. and was subsequently revised and improved by Budhnell et al. (2005). It was used to assess incontinence that took place after a treatment, and was translated into more than 55 languages including the Thai language. The validity of the instrument was determined with four versions of the scale—French, German, Swedish, and Spanish. The researcher bought the copyright to use the scale from the Seattle Quality of Life Group of the University of Washington. The instrument consisted of 22 items, which were divided into three dimensions as follows: the avoidance and limiting behavior (ALB) dimension composed of items 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, and 20; the psychosocial impacts (PS) dimension consisting of items 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, and 22; and the social embarrassment (SE) dimension, composed of items 8, 12, 14, 18, and 19. The possible total scores of the questionnaire ranged from 22 to 110 points. The scale scores were calculated from the sum of items deducted by the lowest possible score before dividing it with possible raw score range and then multiplying it with 100 as follows:

$$\text{Scale Score} = \frac{\text{the sum of the items} - \text{lowest possible score}}{\text{possible raw score range}} \times 100$$

As for interpretation of scores, the scores ranged from 0 to 100 points. The score of 0 point reflected poorest quality of life, while the score of 100 points indicated best quality of life.

## Data Collection

After approval was granted by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, the researcher submitted a certification letter to ask for permission to collect data at the outpatient urological clinic and special after-hour urological clinic. Data were collected while the patients were waiting for their physician's examination. The researcher introduced herself to the patients, explained research objectives and data collection procedures, and asked for cooperation in data collection. After the

patients agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form. The researcher then collected data from the subjects using five questionnaires consisting of the demographic characteristics questionnaire, the physical activity questionnaire, the urinary incontinence knowledge scale, the comorbidity scale, and the incontinence quality of life (I-QOL) questionnaire. The urinary incontinence knowledge scale and the incontinence quality of life (I-QOL) questionnaire were tried out to determine their reliability with 30 subjects. Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.735 and 0.827, respectively. Data were then analyzed by means of frequency, percentage, mean, standard deviation, and median. Also, Pearson's product moment correlation coefficient was employed to determine the relationships among the study variables.

## **Findings**

### **Demographic characteristics of the sample**

There were 88 subjects who participated in the present study. Close to half, or 43.3%, were between 61 and 70 years old, and all of them, or 100%, were Buddhists. As regards ethnicity, nearly all, or 97.7%, were Thai, but 100% of them were Thai citizens. The largest group, or 28.41%, had their hometown in the western region of the country, but more than one-third, or 38.64%, were currently residing in Bangkok. Moreover, more than one quarter, or 27.3%, held a Bachelor's degree. In terms of occupation, 26.1% were retired, while another 26.1% were unemployed. Nearly three-fourths of the subjects, or 71.6%, used governmental reimbursements to pay for their medical expenses, and 39.95% had radical prostatectomy less than or equal to one to two years ago, while another 39.95% had the operation between two to five years ago. Finally, almost all of the subjects, or 97.7%, received information about the illness.

### **Physical activity**

The study findings showed that the subjects' levels of energy exertion in physical activities ranged from 52.36 to 293.91 MET hours/week (Mean = 125.67, SD

= 51.28).

### **Urinary incontinence knowledge**

More than half of the subjects, or 58%, had a moderate level of urinary incontinence knowledge. This was followed by a poor level of knowledge and a good level of knowledge, accounting for 26.1% and 15.9%, respectively (Mean = 20.48, SD = 4.245). When considering different levels of urinary incontinence knowledge, it was found that the subjects' knowledge of risk factors at a poor level (Mean = 2.73, SD = 1.07), their knowledge of impacts was at a good level (Mean = 4.17, SD = 1.23), and their knowledge of symptoms, prevention, treatment, and management was at a moderate level (Mean = 3.09, SD = 1.06; Mean = 3.18, SD = 1.33; Mean = 3.35, SD = 1.32; and Mean = 3.19, SD = 1.42, respectively).

### **Co-morbidity**

More than two-thirds of the subjects, or 69.3%, had a low level of co-morbidities, one quarter, or 25%, had a moderate level of co-morbidities, and only 5.7% of them had a high level of co-morbidities (Mean = 2.5, SD = 0.994).

### **Incontinence quality of life**

As regards quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy, the subjects had incontinence quality of life in the psychosocial impacts dimension with the mean of 93.24% (SD = 10.11), followed by the social embarrassment dimension at the mean of 89.94% (SD = 13.14) and the avoidance and limiting behavior dimension with the mean of 83.09% (SD = 14.69). The overall incontinence quality of life was equal to 88.80% (SD = 10.63).

### **Relationships among physical activity, knowledge, co-morbidity, and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy**

The study findings revealed that the correlation coefficient ( $r$ ) between the knowledge variable and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy was equal to 0.215. There was a negative relationship with

statistical significance at the 0.05 level ( $p < 0.05$ ). This means that when the subjects had a low level of urinary incontinence knowledge, the overall quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy would increase. Furthermore, it was found that physical activity and co-morbidity were not related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.

## **Discussion of Findings**

The study findings can be discussed based on the research hypotheses in the following aspects:

### **1. The quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy**

In this study, overall quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy tended to be high, at 88.80% (SD = 10.63). When analyzing each aspect of quality of life, it was found that the mean tended to be rather high as well. The psychosocial impacts dimension of quality in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy was highest, at 93.24% (SD = 10.11), followed by social embarrassment, at 89.94% (SD = 13.14) and avoidance and limiting behavior, at 83.09% (SD = 14.69) (Table 4.2). The means of quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy were rather high because more than three-fourths of them, or 78.4%, had a low level of severity of urinary incontinence, whereas only 17% and 4.5% had a moderate and a high level of severity of urinary incontinence, respectively (Table 4.3).

### **2. Physical activity was related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy**

The study findings showed that physical activity was not related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy ( $r = 0.063$ ,  $p > 0.05$ ). One plausible explanation is that even though previous studies have pointed out that a low and moderate level of physical activity can help reduce the risks of urinary incontinence (Danforth et al., 2007; Eliasson, Nordlander, Larson,

Hammarstrom, & Mattsson, 2005), heavy physical activity can be a risk factor of urinary incontinence. For example, running and lifting heavy objects have been found to be related to urinary incontinence (Eliasson et al., 2005; Bo, 2004; Bump & Norton, 1998). This is because heavy physical activity increases abdominal pressure, which in turn increases pressure in the pelvic muscles, hence incontinence (Brown, 2003). Likewise, in this study, it was found that the subjects' levels of energy exertion in physical activities ranged from 52.36 to 293.91 MET hours/week (Mean = 125.67, SD = 51.28) (Table 4.4). This means that the subjects had a rather high level of physical activity. This may have been because all of the subjects were male, and most of them had to continue working to earn a living to support the family. Only approximately one-fourth of the subjects, or 26.1%, were unemployed (Table 4.1). It was also revealed that there were various physical activities including recreational activities that were aerobic activities such as growing and tending to plants at home and doing household chores (21.38 MET hours/week), or standing or walking around the house (20.34 MET hours/week) (Table 1 in the Appendix). The subjects in this study explained that urinary incontinence tended to take place when they were doing activities such as lifting a heavy object, walking for a long period of time, or gardening or mowing the lawn. The subjects did not use adult diapers, and they had to change their pants or towels used to absorb urine several times a day, which caused them annoyance and limitations in doing activities. Similarly, Salvatore et al. (2009) have reported that 31.7% of female suffering from urinary incontinence indicated that incontinence occurred when they were exercising, and 20% of them had to limit their exercises or favorite activities to curb urinary incontinence. In the present study, almost half of the subjects, or 46.6%, experienced urinary incontinence when they were coughing, sneezing, running, walking, jumping, or doing certain activities (Table 4.3).

Therefore, it could be concluded that too much physical activity could lead to urinary incontinence. Eliasson et al. (2005) have defined a high level of physical activity as physical activity that results in an increase in abdominal pressure leading to pressure in the pelvis including running, dancing, jumping, doing gymnastic, doing sports involving a ball, and doing other sports that involve energy exertion. In addition, Bo (2004) found that heavy physical activities such as track and field sports,

gymnastics, and sports involving use of a ball can increase the rates of urinary incontinence because heavy energy exertion increases abdominal pressure which also leads to more pressure in the bladder, making pelvic muscles tense and weak, and this pathology of the urinary tracts finally brings about urinary incontinence. The symptoms of urinary incontinence in patients following radical prostatectomy found in the present study included urge incontinence (40.9%) and stress incontinence (44.3%). In the past month, 14.8%, 4.5%, and 4.5% of the subjects had incontinence more than five times a day, three to four times a day, or one to two times a day, respectively (Table 4.3).

On the other hand, having a low to moderate level of incontinence could help reduce incontinence. Activities which result in a low level of abdominal pressure include walking, bicycling, swimming, and horseback riding (Eliasson et al., 2005). A study of Danforth et al. (2007) conducted with elderly women with urinary incontinence explored outcomes of physical activities by dividing MET hours per week into five intervals—interval 1 (< 6.2 MET hours/week), interval 2 (6.2-14 MET hours/week), interval 3 (14-18 MET hours/week), interval 4 (18-28.6 MET hours/week), and interval 5 (> 28.6 MET hours/week). It has been found that an increase in physical activity is associated with a reduction in rates of incontinence. However, the mean score of physical activity in the present study was 125.67 MET hours/week (Table 4.4), which was higher the MET hours per week in the study of Danforth et al. (2007). Therefore, it could be concluded that the subjects in the present study had a rather high level of physical activity, and when physical activity is at a level that is too high, urinary incontinence can result. For this reason, in this study, physical activity was not associated with quality of life of urinary incontinence patients following radical prostatectomy. A similar finding has been reported by Catherine, Laura, Aruna, John, & William (2007) who found that outcomes of overall physical activity were not related to urinary incontinence even though the level of physical activity was increased. Therefore, having physical activity at an appropriate level could reduce urinary incontinence after radical prostatectomy, which enables patients to undergo the transition and regain their pre-operation condition, shortening their suffering caused by urinary incontinence and enhancing their quality of life.

### **3. Knowledge was related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy**

The study findings revealed that there was a statistically significant negative relationship between knowledge and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy ( $r = -0.215, p < 0.05$ ). This could be explained that one important factor for good health is knowledge because knowledge can promote good transition. This is consistent with the transition theory of Meleis et al. (2010). Knowledge is seen as a social factor, individuals' self-care knowledge when they are encountering urinary incontinence after radical prostatectomy. In order for individuals to have knowledge, they need to have social interactions, referring to healthcare team members who promote patients' self-care knowledge and develop their potential to cope with incontinence, hence better quality of life. In this study, it was found that knowledge was negatively related to quality of life. This meant that the subjects who had a lower level of knowledge and a better quality of life. Such a finding was inconsistent with the findings of previous studies. One plausible explanation is that there may have been other factors that affected the relationship between knowledge and quality of life. In this study, almost all of the subjects, or 97.7%, received knowledge of their sickness after undergoing radical prostatectomy, but only some of them participated in the Kegel exercise program of the hospital to promote strength of the sphincter and reduce urinary incontinence after radical prostatectomy (Grace, 2005). However, even though almost all of the subjects received knowledge, the knowledge they received was provided orally by the healthcare team members about postoperative Kegel exercise, and most of them received the knowledge after the operation (Table 4.1). Here were still a number of subjects who did not know for how long they should do the Kegel exercise and what outcome they would receive if they started doing the exercise later than others. One of the subjects explained, *“After the surgery, I received information from the hospital to do the Kegel exercise. I started doing that when the catheter had not yet been removed, so it was difficult to remove the catheter. I learned later on that I should have started the exercise after the catheter was removed.”* Thus, it could be seen that when most of the subjects received the knowledge after undergoing radical prostatectomy and some participated in the Kegel exercise program, their knowledge

was still not at a good level. In this study, the findings showed that more than half of the subjects, or 58%, had a moderate level of knowledge of urinary incontinence, 26.1% had a poor level of knowledge, and only 15.9% had a good level of knowledge (Mean = 20.48, SD = 4.245) (Table 4.5).

In this study, more than one quarter of the subjects, or 27.3%, graduated with a Bachelor's degree (Table 4.1). However, a high level of education does not always guarantee a good level of knowledge. According to Yuan and Williams (2010), level of specific knowledge of the disease, particularly knowledge of urinary incontinence, of elderly patients suffering from urinary incontinence was not related to educational background. When the study was conducted with nurses, it was also found that specific knowledge of urinary incontinence was not related to educational background. Thus, there should be a monitoring after information has been disseminated to make sure that the information is correct or not, to determine if patients are able to do the Kegel exercise, to see if they have motivation, and to monitor their Kegel exercise outcomes. In addition to knowledge of Kegel exercise, knowledge should be additionally provided regarding other aspects of urinary incontinence. The findings of the present study indicated that the subjects had a poor level of knowledge of risk factors of urinary incontinence (Mean = 2.73, SD = 1.07), a moderate level of symptoms, prevention, treatment, and management of urinary incontinence at a moderate level, and a good level of impacts of urinary incontinence (Mean = 4.17, SD = 1.23) (Table 4.6). Furthermore, provision of knowledge as soon as they are diagnosed with prostate cancer and practice of Kegel exercise before the surgery should enable patients to prepare themselves to manage transition from postoperative urinary incontinence to recovery at home. Similarly, McGlynn et al. (2004) have reported that 72% and 98% of the patients who received knowledge since their diagnosis of prostate cancer that required radical prostatectomy and received teaching of how to do the Kegel exercise two weeks prior to the operation had better recovery from postoperative urinary incontinence and better quality of life, respectively, making them feel happy with their life after radical prostatectomy. Therefore, provision of knowledge about urinary incontinence and practice of Kegel exercise before radical prostatectomy are deemed vital to enable patients to prepare for the transition to living their life at home after the operation. This is because the

patients will have a chance to develop understanding of the illness as well as the significance of Kegel exercise that will directly affect them. With such understanding, the patients should seriously practice Kegel exercise, which will eventually help reduce their urinary incontinence, hence a better quality of life.

When knowledge is provided after radical prostatectomy, the patients may be too concerned with the disease and pain, and they may be irritated or annoyed with postoperative urinary incontinence, so they may not have willpower to do the Kegel exercise. However, if the Kegel exercise has been practiced before the operation, the patients should have skills that make it easier for them to do the exercise. After the surgery, the patients will still have the catheter on them, which is considered an experience that affects their life because their body is constantly disturbed by the catheter. In a study of Burt et al. (2005), most of the patients described their pain and burning sensation at the tip of their penis due to irritation caused by the catheter, as one of them stated that, "*It was very torturous.*"

There may also be other factors that may have affected the relationship between knowledge and quality of life. According to the study findings, knowledge was negatively related to quality of life. The longer the period after radical prostatectomy is, the better the transition from living with urinary incontinence to normal condition. In this study, 39.95% of the subjects had received radical prostatectomy for less than two years, 39.95% had received radical prostatectomy for two to five years, and 20.1% had had radical prostatectomy for more than five years (Range = 3 months to 1 year, Mean = 2 years 11 months, SD = 2.06 years) (Table 4.1). Most of the subjects explained, "*At first I obsessively thought about this, but now I no longer think about it,*" "*I am used to it now,*" and "*I have to live with it now that I am like this.*" Likewise, Mary et al. (2003) divided the urinary incontinence patients undergoing radical prostatectomy into three groups according to their duration after the surgery—less than two years, between two and five years, and more than five years. It was found that the longer the duration after radical prostatectomy, the less thinking about improvement of urinary incontinence, as 64%, 40%, and 30% of the subjects who had received radical prostatectomy for less than two years, between two and five years, and more than five years thought about improvement of their urinary incontinence, respectively.

Another issue that may have had an effect on the relationship between knowledge and quality of life was marital status. Nearly all of the subjects, or 97.7%, were married (Table 4.1). In general, a spouse is someone who can support the patients to cope with problems and overcome urinary incontinence. Thus, the subjects in this study had good quality of life. Such a finding yielded support to the study of Phillip et al. (2000) who found that one of the five components derived from the interview of the subjects was spousal interactions and support and mutual management of gloomy feelings. Thus, a spouse is the most important factor for quality of life (49.92%). On the other hand, the health issue that occurred after radical prostatectomy—urinary incontinence and erectile dysfunction—was important for quality of life only by 13.80%. This may be because the patients are not certain about stability of their health (Rita & Virpi, 2005). Similarly, in the present study, the subjects explained that, “*My wife understands it.*”

#### **4. Co-morbidity was related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy**

According to the study findings, co-morbidity was related to quality of life with no statistical significance ( $r = 0.032$ ,  $p > 0.05$ ). This means that co-morbidity was not related to quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy. This could be explained that co-morbidity is a personal factor according to the transition theory of Meleis, et al. (2010). Co-morbidity, whether it occurs before or almost the same time as prostate cancer, affects health status of patients. In this study, the co-morbidity scale of Charlson et al. (1987) was used to investigate co-morbidity in urinary incontinence patients following radical prostatectomy. It was found that in addition to prostate cancer, 15.9% of the subjects suffered from diabetes mellitus (Table 3 in the Appendix). Diabetes mellitus is a chronic illness that results from abnormality of insulin or the body's inability to use insulin (World Health Organization, 2011). If diabetes mellitus is uncontrollable, it can destroy the neurological and the vascular systems, leading to pathology of the arms, legs, eyes, kidney, heart, and cerebrovascular system. In fact, diabetes mellitus is a chronic condition that is a cause of various diseases such as myocardial infarction, cerebrovascular disease, etc. In this study, excluding prostate cancer which was part of

the inclusion criteria, 5.7% of the subjects had myocardial infarction, second to only diabetes mellitus, and 2.3% suffered from cerebrovascular disease and another 2.3% had chronic obstructive pulmonary disease (Table 3 in the Appendix) The onset of a chronic illness results in damages to tissues and organs in the body, and it is also a major cause of physical deterioration, resulting in injury and infection of tissues, which eventually leads to loss of functioning, disrupting different bodily functioning and systems. As a result, physical functioning is adversely affected (Chiarelli & Weatherall, 2010). One factor that causes co-morbidity is age. In this study, the mean age of the subjects was 68.20 years (Table 4.1), which was considered old age. In old age, the body goes through more deterioration than regeneration, and it is the time prostate cancer can occur very rapidly among males who are 50 years old and older, but the rate is lower in males younger than 40 years of age (American Cancer Society, 2010). In the present study, close to half of the subjects, or 43.3%, were between 61 and 70 years old, and the second largest group consisted of those who were 71 to 80 years old (Table 4.1). Such findings were consistent with the findings of Sacit, Ertugrul, Ugu, Mehmet, and Cetin (2012) who found that in the screening, 40.7% of patients older than 60 years of age had prostate cancer ( $p < 0.001$ ).

Therefore, it could be seen that co-morbidity as assessed with the co-morbidity scale could not discuss quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy. This may be because quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy was not directly affected by problems caused by co-morbidity. Put another way, the subjects were able to control their co-morbidity, so they did not suffer from complications from co-morbidity. More than two-thirds of the subjects, or 69.3%, had a low level of co-morbidity, and one-fourth, or 25%, had a moderate level of co-morbidity. Only a small percentage, or 5.7%, had a high level of co-morbidity (Mean = 2.5, SD = 0.994) (Table 4.7). In one study, it was found that urinary incontinence with varying degrees of severity and a high level of co-morbidity with Charlson score more than one point were not related to quality of life (Ragins et al., 2009). Moreover, Heit, Blackwell, & Ouseph (2005) who investigated effects of co-morbidity on quality of life in patients with urinary incontinence using the disease-specific quality of life instrument among patients with and without kidney transplant and with similar degree of urinary incontinence have

reported that the urinary incontinence subjects with a kidney transplant had a lower level of relationship than that of the urinary incontinence subjects without a kidney transplant without any effect on quality of life. Therefore, it could be concluded that co-morbidity was not related to quality of life as in this study it could not explain quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy, but it could explain various physical functioning of the body.

In summary, The study is supports the concept of transition theory of Meleis, et al. (2010) that the transition results in the health of patients with incontinence following radical prostatectomy. The important transition factors and affect the transition results to a better quality of life depend on the social factor, which in this factor is knowledge. Though knowledge is negatively correlated, but knowledge influence the quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.

## **Recommendations and Implications of Findings**

### **For nursing practices**

Provision of knowledge before and after the patients undergo radical prostatectomy is deemed important as it enables patients to make a decision about the treatment methods of their prostate cancer as well as helps prepare the patients both physically and psychologically for radical prostatectomy and their transition. This is because these patients have to encounter major complications of radical prostatectomy including urinary incontinence and erectile dysfunction. After the patients have been diagnosed with prostate cancer and require a surgery, nursing care plans should be devised so as to provide knowledge simultaneously with exercising pelvic muscles before the surgery. If knowledge is disseminated after radical prostatectomy, the patients may be overwhelmed with anxiety about the disease, pain, and irritability caused by postoperative urinary incontinence. Thus, they may be too discouraged to do the Kegel exercise. However, if the Kegel exercise is practiced before undergoing

the surgery, the patients may be equipped with necessary skills and feel that the exercise is not too difficult to practice.

As regards urinary incontinence knowledge, in addition to Kegel exercise practices, knowledge should be provided to cover other aspects of urinary incontinence such as risk factors of urinary incontinence, symptoms, impacts, prevention, treatment, and management. Besides this, patients should be seriously encouraged to participate in the Kegel exercise program, and periodical monitoring and follow-ups should be conducted to ensure that patients have correct knowledge and are able to do Kegel exercises. Also, patients should be constantly motivated to do Kegel exercises, and their exercise outcomes should be monitored. This is because all of these steps are considerably important to enable patients to have a smooth transition to ensure good quality of life when they return home.

#### **For nursing research**

1. The study findings have suggested that the roles of knowledge and co-morbidity in urinary incontinence patients should be further examined. In future research, the inclusion criteria should include selection of study samples based on levels of severity of urinary incontinence and duration after undergoing radical prostatectomy. Throughout, there should be comparing the quality of life patients with urinary incontinence in each period after radical prostatectomy. So that the findings would shed more light on factors promoting incontinence quality of life in patients undergoing radical prostatectomy.

2. Further studies should be carried out to investigate appropriate levels of physical activities so as to derive at a body of knowledge on appropriate physical activities for patients with urinary incontinence following radical prostatectomy that can be subsequently used to develop a clinical nursing practice guideline to ensure these patients' incontinence quality of life.

## รายการอ้างอิง

- เจริญ ถีนานุปันธุ์ และวชิร คชการ. (2547). มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer), ตำรา ไททฤษฎี  
คชเสณี ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย (หน้า 740-752).  
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จุฑามาศ แอนเนียม. (2550). มะเร็งต่อมลูกหมากและความคิดปกติอื่นๆ. กรุงเทพฯ: กรีนฟอน มีเดีย.
- จูลินทร์ โอภาณูรักษ์. (2554). การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากและผลการรักษา. ใน พิชัย บุญยะรัตเวช  
และ อภิรักษ์ สันติงามสกุล (บรรณาธิการ), ต่อมลูกหมาก (หน้า 173-233). กรุงเทพฯ:  
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ไชยวงศ์ นวलय. (2555). “ศิริราช” ผ่าตัดผู้ป่วยด้วยหุ่นยนต์มากที่สุดในอาเซียน. ผู้จัดการออนไลน์.  
สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2555, จาก [http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?  
NewsID=9550000120223](http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?NewsID=9550000120223)
- คนัยพันธ์ อัครสกุล. (2548). มะเร็งต่อมลูกหมาก, คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิก  
ผู้สูงอายุ (หน้า 185-196). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ธานี แก้วธรรมานุกุล, ชวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์, รุจิภาส ภู่อ่าง, ดิลกา ไตรไพบูลย์ และ  
วันเพ็ญ ทรงคำ. (2551). ปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของผู้ช่วยพยาบาล. *พยาบาล  
สาร*, 35(1), 22-35.
- นันทกา สวัสดิพิพาช และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้าม  
วัฒนธรรม เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารการพยาบาล*, 26(1), 19-28.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
บริษัท ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- ปราชญา กล้าผจญ. (2545). *คุณภาพชีวิตของมนุษย์ นักบริหารกับการออกกำลังกาย*.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- พิมพ์จันทร์ ไชยกันธา. (2542). *คุณภาพชีวิตนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัย  
พายัพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. *Thai pharmaceutical and health  
science journal*, 2(3), 327-337.

- วนิดา ศรีไพโรจน์ชุกุล. (ม.ป.ป.). *Urinary system*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2555, จาก <http://www.dt.mahidol.ac.th/departments/anatomy/course/DTAN251/sheet/Urinary%20system.pdf>
- วิรัตน์ เวียงสุกษา และสุรชาติ หฤทัยถาวร. (2554). การผ่าตัดต่อท่อกลองเพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระดับโรงพยาบาลศูนย์. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(1), 53-61
- ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม. (2553). *Hospital-based cancer registry 2009*. กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรส.
- ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม. (2554). *Hospital-based cancer registry 2010*. กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรส.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุข ปี 2541-2552*. วันที่ค้นข้อมูล 11 กันยายน 2555, จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เว็บไซต์: [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_FullScreen.aspx?reportid=219&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_FullScreen.aspx?reportid=219&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). วันที่ค้นข้อมูล 30 ตุลาคม 2555, จาก [http://www.opp.go.th/StatisticsOld\\_24-10-51.pdf](http://www.opp.go.th/StatisticsOld_24-10-51.pdf)
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และ ชนวันต์ กาบภิรมย์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2533. *สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*, 43(17), 257-271.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., et al. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61, 37-49.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D, Meckes, N., Bassett, D. R., Tudor-Locke, C., et al. (2011). 2011 Compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(8), 1575-1581.
- American Cancer Society. (2012). *Cancer Facts & Figures 2012*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2012). Prostate cancer: Early detection. Retrieved September 20,2012, from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003182-pdf.pdf>

- American Cancer Society. (2010). Prostate cancer. Retrieved April 11, 2013, from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003134-pdf.pdf>
- American Joint Committee on Cancer. (2011). 5<sup>th</sup> Reprint manual pages AJCC (7<sup>th</sup> ed.). New York, NY: Springer.
- Amin, M., Khalid, A., Tazeen, N., & Yasoob, M. (2010). Zonal anatomy of prostate. *Annals*, 16(3), 138-142.
- Aslan, E., Beji, K. N., Erkan, A. H., Yalcin, O., Gungor, F. (2009). The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 18, 3290-3298.
- Aus, G., Abbou, C. C., Pacik, D., Schmid, H. P., Poppel V. H., Wolff, M. J., et al. (2005). EAU guidelines on prostate cancer. *European urology*, 40, 97-101.
- Azuma, R. Murakami, K., Iwamoto, M., Tanaka, M., Saita, N., & Abe, Y. (2008). Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese womwn. *Nursing and health sciences*, 10, 151-158.
- Bo, K. (2004). Urinary incontinence, plevic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports medicine*, 37(7), 451-464.
- Brown, J. S., Nyberg, L. M., Kusek, J. W., Burgio, K. L., Diokno, A. C., Foldspang, A., et al. (2003). Proceedings of the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases international symposium on epidemiologic issues in urinary incontinence in women. *American journal of obstetrics & gynecology*, 188(6), S77-88.
- Bump, R. & Norton, P. (1998). Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and gynecology clinics of North American*, 25(4), 723-746.
- Burt, J., Caelli, K., Moore, K., & Andersoon, M. (2005). Radical prostatectomy: Men's experience and postoperative needs. *Journal of clinical nursing*, 14, 883-890.
- Bushnell, D. M., Martinm, M. L., Summers, K. H., Svihra, J., Liomis, C., & Patrick, D. L. (2005). Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Quality of life research*, 14(8), 1901-1913.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and Distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126-131.

- Catherine, K., Laura, N. M., Aruna, V. S., John, D. P., & William, H. H. (2007). Stredd urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. *Journal of women's health, 17*(5), 783-792.
- Chiarelli, P., & Weatherall, M. (2010). The link between chronic condition and urinary incontinence. *Australian and New Zealand continence journal, 16*(1), 7-14.
- Chaisaeng, S., Santingamkun, A., Opanuraks, J., Ratchanon, S., Bunyaratavej, C. (2006). IQOL: translation & reliability for use with urinary incontinence patients in Thailand. *J Med Assoc Thai, 89*(Suppl 3), S33-S39.
- Charlson, E. M., Pompei, P., Ales, L. K., & Mackenzie, R. C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis, 40*(5), 373-383.
- Crawford, D. E., Miller, J. G., Labrie, F., Hirano, D., Batuello, J., & Glode, M. L. (2001). Prostate cancer pathology, screening, and epidemiology. *Reviews in urology, 3*(2), S1-S10.
- Dacal, K., Sereika, M. S., & Greenspan, L. S. (2006). Quality of life in prostate cancer patients taking androgen deprivation therapy. *The American geriatrics society, 54*, 85-90.
- Danforth, N. K., Shah, D. A., Townswnd, K. M., Lifford, L. K., Curhan, C. G., Resnick, M. N., et al. (2007). Physical activity and Urinary incontinence among health, older women. *American college of obstetricians and gynecologists, 109*(3), 721-727.
- Eliasson, K., Nordlander, I., Larson, B., Hammarstrom, M., & Mattsson, E. (2005). Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scansinavian journal of medicine & science in sports, 15*(2), 87-94.
- Elliott, S. J. (1992). Psychosocial impacts in populations exposed to solid waste facilities. *Open Access Dissertations and Theses, Paper 3803*. Retrieved June 24, 2013, from <http://digitalcommons.mcmaster.ca/opendissertations/3803>
- Grace, D. (2005). Restoring pelvic floor function in men: review of RCTs. *British journal of nursing, 14*(19), 1014-1021.
- Ham, E., Choi, H., Seo, J., Kim, H., Palmer, M., & Kim, I. (2009). Risk factors for female urinary incontinence among middle-aged Korean women. *Journal of women's health, 18*(11), 1801-1806.

- Hall, W. H., Jani, A. B., Ryu, J. K., Narayan, S., & Vijayakumar, S. (2005). The impact of age and comorbidity on survival outcomes and treatment patterns in prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 8, 22-30.
- Heit, M., Blackwell, L., & Ouseph, R. (2005). Comorbidities affect the impact of urinary incontinence as measured by disease-specific quality of life instruments. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 16(1), 6-11.
- Hisasue, S., Takahashi, A., Kato, R., Shimizu, T., Masumori, N., Itoh, N., et al. (2004). Early and late complications of radical retropubic prostatectomy: experience in a single institution. *Jpn J Clin Oncol*, 34(5), 274-279.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, J. M. (2009). Cancer statistics. *Cancer journal clinic*, 59, 225-249.
- Kaewthummanukul, T., Brown, K. C., Weaver, M. T., & Thomas, R. R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 663-675.
- Khafagy, R., Shackley, D., Samuel, J., O'Flynn, K., Betts, C., & Clarke, N. (2007). Complications arising in the final year of life in men dying from advanced prostate cancer. *Journal of palliative medicine*, 10(3), 705-711.
- Locher, L. J., Burgio, L. K., Goode, S. P., Roth, L. D., & Rodriguez, E. (2002). Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist*, 42(4), 515-521.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions Theory*. New York: Hamilton Printing.
- McGlynn, B., Gurun, M., Meddings, R., Al-Saffar, N., Hollins, G., Tindall, M., et al. (2004). Management of urinary incontinence following radical prostatectomy. *Urology nursing*, 26(6), 475-515.
- McVary, T. K. (2006). BPH: Epidemiology and comorbidities. *The American journal of managed care*, 12(5), S122-S128.
- Miller, R. S. (1995). On the nature of embarrassability: Shyness, social evaluation, and social skills. *Journal of personality*, 63, 315-339.
- Miller, R. S., & Mark, R. L. (1992). Social sources and interactive functions of emotion: The case of embarrassment. *Emotion and social behavior*, ed. M. S. Clark, Newbury Park, CA: Sage, 202-221.

- Nithisathian, C., Nualyong, C., Leewansangtong, S., Srinualnad, S., Taweemonkongsap, T., Chaityaprasithi, B., et al. (in press). Incidence of urinary incontinence and erectile dysfunction post robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy: The first 318 cases in Siriraj hospital, Thailand.
- Nygaard, I., Girts, T., Fultz, H., N., Kinchen, K., Pohl, G., & Sternfeld, B. (2005). Is urinary incontinence a barrier to exercise in women?. *American college of obstetricians and gynecologists, 106*(2), 307-314.
- O'Connell, B., Baker, L., Munro, I. (2006). The nature and impact of incontinence in men who have undergone prostate surgery and implications for nursing practice. *Contemporary nurse, 24*, 65-78.
- O'Sullivan, R., Karantanis, E., Stevermuer, T. L., Allen, W., & Moore, K. H. (2004). Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. *International journal of obstetrics and gynaecology, 111*, 859-862.
- Oxford University press. (2013). Oxford dictionaries. Retrieved June 24, 2013, from [http://oxforddictionaries.com/definition/english/avoid?q=Avoidance#avoid\\_\\_14](http://oxforddictionaries.com/definition/english/avoid?q=Avoidance#avoid__14)
- Oxford University press. (2012). Oxford dictionaries. Retrieved October 08, 2011, from [http://oxforddictionaries.com/definition/american\\_english/knowledge?region=us#m\\_en\\_us1261368](http://oxforddictionaries.com/definition/american_english/knowledge?region=us#m_en_us1261368)
- Palmer, H. M., Fogarty, A. L., Somerfield, R. M., & Powel, L. L. (2003). Incontinence after prostatectomy: Coping with incontinence after prostate cancer surgery. *Oncology nursing forum, 30*(2), 229-238.
- Parkin, D. Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA: A cancer journal for clinicians, 55*(2),74-108.
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian journal of medicine and science in sports, 16*(Suppl. 1),3-63.
- Perterson, A. J. (2008). Minimize urinary incontinence: Maximize physical activity in women. *Urologic nursing, 28*(5), 351-356.
- Phillip, C., Gray, E. R., Fitch, I. M., Labrecque, M., & Klotz, L. (2000). Early postsurgery experience of prostate cancer patients. *American cancer society, 8*(4),165-171.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2008). *Nursing reseach: generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. (2010). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. *Maturitas*, doi:10.1016/j.maturitas.2010.08.004.
- Ragins, A. I., Shan, J., Thom, D. H., Subak, L. L., Brown, J. S., & Eeden, D. V. (2009). Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *Journal of urology*, 179(2), 651-655.
- Rita, W., & Virpi, H. (2005). Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic nursing*, 25(2), 88-100.
- Sacit, N., Ertugrul, S., Ugur, B., Mehmet, C. G., & Çetin, D. (2012). The relationship between prostate size, patient age and prognostic factors in patients with prostate biopsy cancer detected. *Turkish journal of urology*, 38(3), 121-125.
- Salvatore, S., Serati, M., Laterza, R., Uccella, S., Torella, M., & Bolis, P-F. (2009). The impact of urinary stress incontinence in young and middle-age women practising recreational sports activity: an epidemiological study. *British journal of sports medicine*, 43, 1115-1118.
- Selman, H. S. (2011). The McNeal prostateL A review. *Urology*, 78(6), 1224-1228.
- Shaughnessy, K. O. P., & Laws, A. T. (2009-10). Australian men's long term experience following prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Contemporary nurse*, 34(1), 98-109.
- Smith, L. A., Wang, P., Anger, T. J., Mangione, M. C., Trejo, L., Rodriguez, V. L., et al. (2010). Correlated of urinary incontinence in community-dwelling older latinos. *The American geriatrics society*, 58, 1170-1176.
- Staskin, D., Kelleher, C., Avery, K., Bosch, R., Cotterill, N., Coyne, K., et al. (2008, June). Committee 5A initial assessment of urinary and faecal incontinence in adult male and female patients. Retrieved October 8, 2012, from [http://www.icsoffice.org/Publications/ICI\\_4/files-book/comite-5A-B.pdf](http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-5A-B.pdf)
- Stenzelius, K., Mattiasson, A., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourology and urodynamics*, 23, 211-222.
- Stenzelius, K., Westergren, A., Mattiasson, A., Hallberg, R. I. (2005). Older women and men with urinary symptoms. *Archives of gerontology and geriatrics*, 43(2), 249-265.

- Stranne J., Dember J., Fall M., Knutson T., & Peeker R. (2009). One-third of the Swedish male population over 50 years of age suffers from lower urinary tract symptoms. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *43*, 199-205.
- Tewari, A., Srivasatava, A., & Menon, M. (2003). A prospective comparison of radical retropubic and robot-assisted prostatectomy: experience in one institution. *BJU international*, *92*, 205-210.
- Vesely S., Knutson T., Dambef J., Dicuio M., & Dahlstrand C. (2003). Relationship between age, prostate volume, prostatespecific antigen, symptom score and uroflowmetry in men with lower urinary tract symptoms. *Scand J Urol*, *37*, 322-328.
- Virtuoso, F. J., Mazo, Z. G., & Menezes, C. E. (2011). Urinary incontinence and perineal muscle function in physically active and sedentary elderly women. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, *15*(4), 310-317.
- Walsh, P. C., Marschke, P., Ricker, D., & Burnett, A. L. (2000). Patient reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. *Urology*, *55*, 58-61.
- Wolf, A., Hunter, D., Colditz, G., Manson, J., Stampfer, M., Corsano, K., Rosner, B., Kriska, A. & Willett, W. (1994). Reproducibility and validity of a self-administered physical activity questionnaire. *International Journal of Epidemiology*, *23*, 991-999.
- World Health Organization. (2011). Diabetes. Retrieved June 09, 2013, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL measuring quality of life. Retrieved October 29, 2012, from [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Yang, BH., Chen, YC., Chiang, BL., & Chang, YC. (2005). Effects of nursing instruction on asthma knowledge and quality of life in schoolchildren with asthma. *Journal of nursing research*, *13*(3), 174-183.
- Yuan, H., Williams, A. B. (2009). Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health and social in the community*, *18*(1), 82-90.
- Yuko, F. W., & Sawatzky, V. J. (2008). Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: A nursing framework. *Clinical journal of oncology nursing*, *12*(4), 647-654.

Zeroski, D., Abel, L., Butler, M. W., Wallner, K., & Merrick, S. G., (2005). Factors affecting patient selection for prostate brachytherapy: What nurses should know. *Clinical journal of oncology nursing*, 9(5), 55-560.





**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลย้อนกลับ (Back translation) แบบประเมินคุณภาพ  
ชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถาม การมีกิจกรรมทางกาย และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. รองศาสตราจารย์ นพ. กิตติณัฐ กิจวิภัย  
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ  
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อ.นพ. ภาวิวัฒน์ ระมาตร์  
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ  
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุวดี ชาดีไทย  
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ กัทลียา คงเพชร  
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร.วรรณวิมล คงสุวรรณ  
หัวหน้าหน่วยผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ (พยาบาลชำนาญการ)  
งานการพยาบาลผ่าตัด  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ภาคผนวก ข

## หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ถนนพราหมณ์ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
<b>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</b>		
<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>		
		<b>หมายเลข SI 032/2013</b>
<b>ชื่อโครงการภาษาไทย :</b> ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด		
<b>รหัสโครงการ :</b> 009/2556(EC3)		
<b>หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด :</b> นางสาวอรรรรณ ปรางประสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล		
<b>สถานที่ทำวิจัย :</b> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		
<b>เอกสารที่รับรอง :</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</li> <li>2. โครงร่างการวิจัย</li> <li>3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร</li> <li>4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย</li> <li>5. แบบบันทึกข้อมูล</li> <li>6. ประวัติผู้วิจัย</li> </ol>		
<b>วันที่รับรอง :</b> 15 มกราคม 2556		
<b>วันหมดอายุ :</b> 14 มกราคม 2557		
<p>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).</p>		
<b>ลงนาม</b> ..... (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรุพิมภ์ สูงสว่าง) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	<b>23</b> ต.ค. 2556 วันที่	
<b>ลงนาม</b> ..... (ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	<b>24</b> ต.ค. 2556 วันที่	
<small>Page 1 of 2</small>		
<small>หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253</small>		

## ภาคผนวก ก

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดีท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

## ชื่อโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

นางสาวอรรณพ ปรางประสิทธิ์ ผู้วิจัย

ผศ.ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผศ.ดร. อรพรรณ ไตสิงห์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อ.นพ. ภควัฒน์ ระมาตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

## สถานที่วิจัย

หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรคศัลยศาสตร์ยูโร ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร และหน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ อาคารสยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517 โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

30 Regent Ratchada Tower อาคาร B ห้อง 30/62 ซ.อินทามระ 49 ถ.สุทธิสาร แขวงดินแดง

เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 087-0703951

E-mail address : orn\_nurse@hotmail.com

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง มิถุนายน 2556

## ที่มาของโครงการวิจัย

การศึกษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศชายนั้นยังมีอยู่น้อย โดยเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรนิ่งเฉย เพราะ

ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถมีคุณภาพชีวิตได้ดีเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก

มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

จะมีผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 88 ราย

หากท่านตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบคำถามจากแบบสอบถามและประเมิน ซึ่งได้มีการกำหนดข้อคำถามไว้แล้วทั้งหมด 5 ส่วน รวมทั้ง 87 ข้อ ในระหว่างที่ท่านตอบคำถามหากท่านไม่เข้าใจคำถามข้อใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านซักถามได้ตลอดเวลา แบบสอบถามและประเมินทั้งหมดมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 12 ข้อ
2. แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 ข้อ
3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 30 ข้อ
4. แบบประเมินโรคร่วม จำนวน 19 โรค
5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 22 ข้อ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียง การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามจากแบบสอบถามและแบบประเมินที่ได้มีการกำหนดข้อมคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆต่อท่าน จึงมีผลข้างเคียงน้อย แต่อย่างไรก็ตามท่านอาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่ท่านรอรับการตรวจ ซึ่งอาจทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย เสียเวลา หรือไม่สบายใจในการตอบคำถามบางคำถาม ดังนั้นท่านสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยสามารถยุติได้ตลอดเวลาหรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเหตุผลหรือเงื่อนไขใดๆและไม่มีผลกระทบใดๆ

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 2 ตุลาคม 2555

2



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... 009 12556 (EC)  
วันที่รับรอง... 15 ต.ค. 2556

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านจะยังคงได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ คุณอรวรรณ ประจประสิทธิ์ (ผู้วิจัย) โทรศัพท์ 087-0703951 ได้ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆ ในขณะที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้นและรายงานให้แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยตรวจและหอผู้ป่วยร่วมประเมินอาการผิดปกติ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในทันทีและในส่วนของสถานที่ทำการวิจัยที่เป็นหน่วยตรวจโรค ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบคำถามเฉพาะในช่วงเวลาเปิดให้บริการเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มิบุคลากรที่มีคุณภาพปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลรวมถึงมีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เพียงพอพร้อมใช้และได้มาตรฐาน

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ ตามสิทธิการรักษาของท่าน เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายโดยให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบประเมินและแบบสอบถาม ไม่มีการฉีดยาหรือให้ทำกิจกรรมใดเป็นพิเศษ ดังนั้นการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใดๆที่ไม่พึงประสงค์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษา ในกรณีที่ท่านมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้นและรายงานให้แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานทันที เพื่อให้ท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

**ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย**

เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนไม่ลงผายไม่ท้อง  
ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนไม่ลงผายไม่ท้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งท่านจะไม่ได้รับประโยชน์อันใด แต่ข้อมูลจากการศึกษานี้ อาจช่วยในการปรับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเดียวกับท่านในอนาคต

**ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ไม่มีค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ**

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่ม

เข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่  
ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/  
อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้  
ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ  
การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถ  
ร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.02419  
2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร  
(.....)  
วันที่.....



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ.....  
วันที่รับรอง.....15 ต.ค. 2556

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม ทางกาย ความรู้โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด"

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้


หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อ คุณอรวรรณ ปรางประสิทธิ์ ที่เบอร์โทรศัพท์ 087-0703951 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข วันที่ 2 ตุลาคม 2555

1



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ.....  
วันที่รับรอง.....

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารซึ่งแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/ศาสตราจารย์หรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....  
(.....)

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

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย  
คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....  
(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ..... 00912996 (EC)  
T5 ต.ค. 2556  
วันที่รับรอง.....

## ภาคผนวก จ

### หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
อาคารรักรังสิมวงศ์ ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพราวานน  
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐  
โทร.๐-๒๔๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๑๙-๙๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๓๐๒๙

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวอรรรณ ปรางประสิทธิ์ นักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.สุพร ดนัยดุขฎีกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจาก ผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธีการผ่าตัดแบบ Laparoscopic redical prostatectomy และ Robotic-assisted laparoscopic redical prostatectomy ที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ณ หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรคศัลยศาสตร์ยูโร, คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการศัลยศาสตร์ยูโร และหน่วยผ่าตัด และตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการมี กิจกรรมทางกาย, แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่, แบบประเมินโรคร่วม และแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำ วิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

Amn WU

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุพร ดนัยดุขฎีกุล

โทรศัพท์ ๐-๒๔๑๙-๙๔๖๘-๘๐ ต่อ ๑๗๖๔

## ภาคผนวก จ เอกสารการได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ขออนุญาตใช้ และแปลแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ  
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence knowledge scale: UIKS) ของ Yuan & Williams  
(2010)

The screenshot shows a Hotmail email interface with the following content:

**Hotmail** | New | Reply | Reply all | Forward | Delete | Junk | Sweep | Mark as | Move to | Categories | Options

**RE: Communication for Nursing research** | 4 messages | 0 unread | Show all

**Dr. Haobin Yuan** | 1/17/2012 | Reply

To: Matina Kurah

From: **haobinfriend** (haobinfriend@163.com) | Info

Sent: Tuesday, January 17, 2012 9:05:18 AM

To: Matina Kurah (orn\_nurse@hotmail.com)

Dear Matina,  
You are so welcome, Just cite my paper as a reference in your thesis and your publications. Thanks once again.  
Best wishes for you  
Sincerely  
Haobin

**Matina Kurah** | 1/16/2012 | Reply

To: Dr. Haobin Yuan

From: **Matina Kurah** (orn\_nurse@hotmail.com) | Info

Sent: Monday, January 16, 2012 9:43:40 PM

To: Dr. Haobin Yuan (haobinfriend@163.com)

Dear Dr. Haobin,  
Very Very THANK YOU for your kindness.  
I will do my best for this research.  
Thank you again...^^

Best regards,  
Orawan Prangprasit (Matina)

**Dr. Haobin Yuan** | 1/16/2012 | Reply

To: Matina Kurah

From: **haobinfriend** (haobinfriend@163.com) | Info

Sent: Monday, January 16, 2012 7:16:08 PM

To: Matina Kurah (orn\_nurse@hotmail.com)

Dear Matina,  
You are so welcome to use the instrument. Good luck for your research.  
Best wishes  
Sincerely  
Sincerely  
Haobin

**Matina Kurah** | Documents | 1/16/2012 | Reply

To: haobinfriend@163.com, haobinfriend@hotmail.com

From: **Matina Kurah** (orn\_nurse@hotmail.com) | Info

Sent: Monday, January 16, 2012 1:38:07 PM

To: haobinfriend@163.com; haobinfriend@hotmail.com

Faculty of Nursing, Mahidol University.

2 Phrannok Road, Bangkok 10700, Thailand

16 January 2012

Dear Dr.Haobin Yuan,

I have seen your research. The title of your research paper is Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. I am very interested in the Urinary Incontinence Knowledge Scale (UIKS).

My name is Orawan Prangprasit. I am 25 years old. I am studying master's degree in Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. I am interested to do research in urology. I am doing my research. My paper is The relationship between body mass index, functional status, knowledge and quality of life in urinary continence patients following prostatectomy. After I read your research I very interested in your tool (Urinary Incontinence Knowledge Scale: UIKS). I wish to ask for permission to use this tool and translated into Thai language. I would like to use this tool to measure the knowledge of patients who has incontinence post prostatectomy.



I am looking for forward from your reply.

(Miss Orawan Prangprasit)

Tel :+6687-0703-951

E-mail : [orn\\_nurse@hotmail.com](mailto:orn_nurse@hotmail.com)

My Address : The Miami Residence Room 312, 1591 Fetchaburitadmai Road, Makkasan, Rachataevee, Bangkok 10310 Thailand

New | Reply | Reply all | Forward | Delete | Junk | Sweep ▼ | Mark as ▼ | Move to ▼ | Categories ▼ |  

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ขออนุญาตใช้แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของวงูฟและ  
คณะ (Wolf et al., 1994)

Contact for Studying (Request instrument permission) Please

---

Matina Kurah (orn\_nurse@hotmail.com) 5:47 AM  
 To: Willett, Walter C.

Thank you very very much ^o^

Best Regards

Orawan Prangprasit

Sent from my iPhone

---

Willett, Walter C. (wwillett@hsph.harvard.edu) 3:13 AM  
 To: Flynn, Deborah H., orn\_nurse@hotmail.com

You are welcome to use this, and best wishes with your project!

Walter Willett

---

**From:** Flynn, Deborah H.  
**Sent:** Tuesday, March 26, 2013 2:06 PM  
**To:** Willett, Walter C.  
**Subject:** FW: Contact for Studying (Request instrument permission) Please

---

Matina Kurah (orn\_nurse@hotmail.com) 3/26/2013  
 To: walter.willett@channing.harvard.edu

Dear Dr. Walter Willett,

My name is Orawan Prangprasit. I am 26 years old. I am studying master's degree in Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. I am doing my Thesis. It's about The quality of life patients following prostatectomy, and one factor is Physical activity. After I read your research name "Reproducibility and Validity of a Self-Administered Physical Activity Questionnaire", I very interested in your instrument "Physical Activity Questionnaire". I have been to contact Dr. Anne M. Wolf about I wish to ask for permission to use this instrument in my thesis. Dr. Anne recommend me to contact you and give me this (<http://www.hsph.harvard.edu/walter-willett/>). Because This tool is owned by the Nurses' Health Study based at the Harvard School of Public Health.

I Hope you will agree for permission, Please. I am looking for forward from your reply. Thank you so much.

Yours sincerely  
(Miss Orawan Prangprasit)

Tel: +6687-0703-951  
Faculty of Nursing Mahidol University  
Thailand  
E-mail : [orn\\_nurse@hotmail.com](mailto:orn_nurse@hotmail.com)

© 2013 Microsoft Terms Privacy Developers English (United States)

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ขออนุญาตใช้แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของวูฟและคณะ (Wolf et al., 1994) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทยโดยธานี แก้วธรรมานุกุล และคณะ (Kaewthummanukul, Brown, Weaver, & Thomas, 2006)

Home  
Contacts  
Calendar

manage your spam

**Dr.Thaneek**  
To: orn\_nurse@hotmail.com Documents | 10/12/2012 Reply

From: **Thaneek Kaewthummanukul** (thaneek32@hotmail.com)  
Sent: Friday, October 12, 2012 8:11:35 AM  
To: orn\_nurse@hotmail.com

3 attachments (total 60.2 KB) Hotmail Active View

PART VII ...docx View online Download (21.0 KB)  
ตัวอย่างก...docx View online Download (15.6 KB)  
แบบสอบถาม...docx View online Download (23.6 KB)

Download all as zip

คุณอรวรรณ อาจารย์ส่งเครื่องมือมาใต้ไฟล์ที่แนบ ขอให้โชคดีและประสบความสำเร็จในการศึกษาครับ  
อ.ดร.ธานี แก้วธรรมานุกุล

**Matina Kurah**  
To: thaneek32@hotmail.com 10/9/2012 Reply

From: **Matina Kurah** (orn\_nurse@hotmail.com)  
Sent: Tuesday, October 09, 2012 11:13:35 AM  
To: thaneek32@hotmail.com

เรียน อ.ธานี แก้วธรรมานุกุล

หนูเป็นนักศึกษา ป.โท มมทล ค่ะ ซึ่งหนูได้อ่านงานวิจัยเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย และได้ใช้แบบประเมินการมีกิจกรรมทางกายของวูฟและคณะ (Wolf et al., 1994) ซึ่งทราบว่าอาจารย์เป็นผู้แปล ซึ่งหนูพยายามสืบค้นไม่เห็นตัวเครื่องมือรูปแบบเดิม จึงอยากขอความกรุณาจากอาจารย์ค่ะ จะพอเป็นไปได้นั้นคะที่หนูจะขอ File เครื่องมือชิ้นนี้ที่อาจารย์เป็นผู้แปล เพราะตอนนี้หนูต้องการเครื่องมือที่ใช้วัดกิจกรรมทางกายมากค่ะ และถ้าทางอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยของหนู OK หนูจะขออนุญาตใช้เครื่องมือของอาจารย์ค่ะ

ขอบพระคุณมากค่ะ  
อรวรรณ

New | Reply | Reply all | Forward | Delete | Junk | Sweep | Mark as | Move to | Categories |


© 2012 Microsoft Terms Privacy About our ads Advertise Developers Help Center Feedback English

เอกสกรกรซื้อลคขสิทธิ์ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหภววะกลั่นปัสสวะ  
ไม่อยู่ (Incontinence Quality of Life: I-QOL) จก Seattle Quality of life Group ของ University  
of Washington

**Seattle Quality of Life Group**  
**University of Washington**

Seattle Quality of Life Group  
Dept. of Health Services  
University of Washington  
UW Tower - 4333 Brooklyn Ave NE  
Box 359455  
Seattle Washington, 98195  
Phone: (800)291-2193  
Fax: (206) 616-3135  
seaqol@u.washington.edu

**RECEIPT**

Department Name/Phone Number Health Services (800)-291-2193		Box Number 358852	Invoice Date September 25, 2012		Invoice Number IQOL-113
			US Taxpayer ID No 916001537		
Vendor Name Seattle Quality of Life Group			Buyer Name Miss Orawan Prangprasit Faculty of Nursing, Mahidol University		
Mailing Address  University of Washington Box 359455			Mailing Address  30/62 Regent Ratchada Tower Bluidind B, 5 floor, room 62, Soi Inthamara 49, Sutthisan Winitchai Rd., Din Daeng, Din Daeng, Bangkok, 10400 Thailand		
City (USA) Seattle	State WA	Zip 98195-945	City	State/Country	Zip/ Country Code
Vendor's Certificate I hereby certify that the items and total herein are proper charges for materials, merchandise or services furnished by the University of Washington   Signature _____ Date: 9-25-12			Special Instructions: Payment can be via check or money order and should be made out to the University of Washington. Send check or money order to the Seattle Quality of Life Group Attn: Karen Wennerstrom at the address given above.		
Item	Detail Description		Quantity	Unit Price	Extended Amount
IQOL	IQOL-English instrument, manual and scoring procedure (student)		1	\$50.00	\$50.00
	Translation: Thai (free)		1		
Check #066279 for \$50.00 from HSBC Bank USA NA, Branch 003, Bangkok			Wire transfer fee		
			<b>TOTAL ►</b> In US Dollars		<b>\$50.00</b>

**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**เรื่อง** ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี  
ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

**คำชี้แจง :** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 30 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินโรคร่วม จำนวน 19 โรค

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 22 ข้อ



รับรองโดย คณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ: ๐๐๑/๒๕๕๖/๒๕๖  
วันที่รับรอง: 15 ต.ค. 2๖๖๐

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่าง  หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ท่านมีอายุ.....ปี
2. ศาสนา
  - พุทธ                       อิสลาม                       คริสต์
  - พราหมณ์-ฮินดู               ซิกข์                       อื่นๆ โปรดระบุ.....
3. เชื้อชาติ.....
4. สัญชาติ.....
5. สถานภาพสมรส
  - โสด                       คู่                       หม้าย                       หย่า                       แยกกันอยู่
6. ภูมิลำเนาจังหวัด.....
7. ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด.....
8. ระดับการศึกษา
  - ไม่ได้ศึกษา                       ประถมศึกษา                       มัธยมศึกษาตอนต้น
  - มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.               อนุปริญญา / ปวส.               ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
  - สูงกว่าปริญญาตรี
9. อาชีพ
  - ข้าราชการ                       พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐ                       พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
  - พนักงาน/ลูกจ้างของเอกชน               ค้าขาย/อาชีพอิสระ                       เกษตรกร
  - รับจ้างทั่วไป                       อื่นๆ โปรดระบุ.....
10. สิทธิในการรักษา
  - สิทธิข้าราชการ/บำนาญ                       สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า                       สิทธิประกันสังคม
  - จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง                       ประกันชีวิต                       อื่นๆ โปรดระบุ.....
11. ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก  
.....ปี                      .....เดือน
12. หลังการผ่าตัดท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่               ได้               ไม่ได้



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล  
 รหัสโครงการ: 009/2556(๒)  
 วันที่รับรอง: 15 ส.ค. 2556

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้เป็นแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย โดยให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย (✓)  
 ลงใน  วงกลมที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาเฉลี่ยต่อสัปดาห์จำนวนเท่าไรในการทำกิจกรรมสันทนาการต่างๆ ต่อไปนี้	ศูนย์	1-4 นาที	5-19 นาที	20-59 นาที	1 ชม.	1-1.5 ชม.	2-3 ชม.	4-6 ชม.	7-10 ชม.	11+ ชม.
- เดินหรือเดินทางไกลกลางแจ้ง (รวมทั้งการเดินทางไปทำงาน).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- วิ่งเหยาะๆ (ช้ากว่า 10 นาที/1.6 กิโลเมตร)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- วิ่ง (10 นาที/1.6 กิโลเมตรหรือเร็วกว่า)....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ฝึกอบรม (รวมทั้งฝึกอบรมที่อยู่กับที่).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- การออกกำลังกายเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อ/ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเผาผลาญออกซิเจน/การเดินแอโรบิก/กรรเชียงบก/บาสเก็ตบอล.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- เทนนิส สควอต หรือแรกเกตบอล.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- แบดมินตัน.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- วอลเลย์บอล.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ว่ายน้ำไปมา.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- กิจกรรมสันทนาการอื่นๆที่ต้องเผาผลาญออกซิเจน (เช่น ปลูกและดูแลต้นไม้ภายในบริเวณบ้าน).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- อื่นๆ ระบุ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. โดยเฉลี่ยท่านใช้เวลาจำนวนกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการ:	ศูนย์	1-4 นาที	5-19 นาที	20-59 นาที	1 ชม.	1-1.5 ชม.	2-3 ชม.	4-6 ชม.	7-10 ชม.	11+ ชม.
- ขึ้นหรือเดินภายในบริเวณที่ทำงาน.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ขึ้นหรือเดินภายในบริเวณบ้าน.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- นั่งทำงานหรือขณะขับรถ.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- นั่งที่บ้าน.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ข้อใดคือลักษณะการเดินปกติของท่านในที่กลางแจ้ง

- ง่าย ๆ สบาย ๆ ไม่มีกฏเกณฑ์ (น้อยกว่า 2.0 กิโลเมตร/ชั่วโมง)
- ปกติ (2.8 - 3.2 กิโลเมตร/ชั่วโมง)
- กระฉับกระเฉง (4 กิโลเมตร/ชั่วโมง)
- กระฉับกระเฉงมาก/เดินก้าวยาว ๆ (4.5 กิโลเมตร/ชั่วโมงหรือเร็วกว่า)
- ไม่สามารถเดินได้

4. ในแต่ละวัน ท่านเดินขึ้นบันไดจากชั้นหนึ่งไปยังอีกชั้นหนึ่งกี่ครั้ง

- 2 ครั้งหรือน้อยกว่า
- 3-4
- 5-9
- 10-14
- 15 ครั้งหรือมากกว่า



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
 รหัสโครงการ.....  
 วันที่รับรอง..... 15 ต.ค. 2556



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... ๐๐๙ 12556 (๕๖)  
วันที่รับรอง... 15 ต.ค. 2556

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน โดยใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งข้อความที่ให้เลือกรับตอบ มีความหมายดังนี้

ถูกต้อง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่ถูกต้อง	หมายถึง	ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่ทราบ	หมายถึง	ท่านไม่รู้หรือไม่แน่ใจกับคำถาม

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ทราบ
1. การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาคลายเครียด หรือยานอนหลับเป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่			
2. การกลับมาเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่			
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือกาแฟเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่			
4. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ			
5. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก			
6. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่คือภาวะที่ไม่สามารถควบคุมการเล็ดลางของปัสสาวะ			
7. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดขึ้นเมื่อยกของหนัก หัวเราะ หรือจาม			
8. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกต้องรีบเข้าห้องน้ำทันที บ่อยๆ เป็นความรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างมาก เจ็บปิ้นและไม่สามารถเก็บปัสสาวะได้			
9. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งกลางวันและกลางคืน โดยไม่ได้มีความรู้สึกว่าจะเพาะปัสสาวะเต็ม			
10. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องมีปัสสาวะไหลตลอด โดยที่ไม่มีอาการปวดปัสสาวะ หรือไม่สามารถควบคุมการไหลได้			
11. อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สามารถจำกัดกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางเพศ			



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
รหัสโครงการ: 009/2556 (๐๓)  
วันที่รับรอง: 15 ต.ค. 2556

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ทราบ
12.อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่สามารถจำกัดกิจกรรมทางสังคม			
13.อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นต้นเหตุของปัญหาความเครียดด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความสูญเสียความมั่นใจในตนเอง			
14.อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่สามารถเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจ			
15.อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่สามารถเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และลดคุณภาพชีวิต			
16.การหลีกเลี่ยงอาการท้องผูกสามารถช่วยทำให้กลืนปัสสาวะได้ดีขึ้น			
17.การควบคุมโรคเบาหวาน พาร์กินสัน หรือ โรคความจำเสื่อมสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
18.การหลีกเลี่ยงความอ้วนสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
19.การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
20.การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (การขมิบ) มีส่วนในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
21.การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสามารถรักษาอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
22.การเพิ่มช่วงระยะเวลาระหว่างการถ่ายปัสสาวะสามารถลดอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
23.การรับประทานยา เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระต่อการรักษาอื่นในภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
24.ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานสามารถได้รับยาที่รักษาอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้			
25.การผ่าตัดสามารถรักษาอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ให้หมดไปได้			
26.การจำกัดการดื่มน้ำสามารถลดความถี่ของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
27.การเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งสามารถลดความถี่ของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
28.การลดการออกกำลังกายหนักช่วยลดความถี่ของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
29.การตั้งเวลาการเข้าห้องน้ำช่วยลดความถี่ของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่			
30.ผ้าอนามัย หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปสามารถใช้ในการรักษาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่			

รับรองโดย คณะกรรมการจัดสรรการศึกษาในคณะ  
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
 รหัสโครงการ: ๐๐๑๒๙๖๒๕  
 วันที่รับรอง: 15 มิ.ย. 2556

ส่วนที่ 4 แบบประเมินโรคร่วม

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมิน โรคร่วมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โดยให้ผู้ประเมินทำ  
 เครื่องหมาย  (วงกลม) ล้อมรอบคะแนนที่ตรงกับโรคร่วมของผู้ป่วย

โรคร่วม	คะแนน
No comorbidity disease	0
1. Myocardial infarction	1
2. Congestive heart failure	1
3. Peripheral vascular disease	1
4. Cerebrovascular disease	1
5. Dementia	1
6. Chronic pulmonary disease	1
7. Connective tissue disease	1
8. Ulcer disease	1
9. Mild liver disease	1
10. Diabetes	1
11. Hemiplegia	2
12. Moderate to sever renal disease	2
13. Diabetes with end-organ damage	2
14. Any tumor	2
15. Leukemia	2
16. Lymphoma	2
17. Moderate to sever liver disease	3
18. Metastatic solid tumor	6
19. AIDS	6

ผลรวมคะแนน = .....

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

**คำชี้แจง:** กรุณาอ่านข้อความนี้อย่างละเอียดในแบบสอบถามที่ท่านจะได้นำไปใช้ คือคำบอกเล่าบางประการจากผู้ที่มีประสบการณ์ปัสสาวะไม่อยู่ (ปัสสาวะเล็ดในเวลาที่ไม่ต้องการ) กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด ณ ปัจจุบัน และวงตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน หากท่านไม่แน่ใจในการตอบคำถาม กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด คำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างดี

**ความรู้สึกรู้สึกของท่าน**

(กรุณาวง  ตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

1. เข้าใจถึงเวลาที่จะไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่มีเลย

2. เข้าใจถึงเวลาที่ไอหรือจามเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่มีเลย



รับรองโดย คณะกรรมการจัดสรรมหาวิทยาลัย  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ.....00919961557  
วันที่รับรอง.....15...ธ.ค...2556

3. เข้าใจต้องระวังในการลุกขึ้นยืนหลังจากการนั่งเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่มีเลย

4. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะหาห้องน้ำได้ที่ไหนเวลาไปสถานที่ที่ไม่เคยไป

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

5. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่เนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

6. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกโล่งใจที่จะออกจากบ้านเป็นเวลานานเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

7. ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ เพราะปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำสิ่งที่อยากทำ

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... 00912996 (E7)  
วันที่รับรอง... 15 ต.ค. 2556

8. ข้าพเจ้ากังวลว่าผู้อื่นจะได้กลิ่นปัสสาวะจากตัวข้าพเจ้า

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

9.ข้าพเจ้าคิดถึงปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดของข้าพเจ้าตลอดเวลา

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

10.การเข้าห้องน้ำบ่อยๆ เป็นเรื่องสำคัญสำหรับข้าพเจ้า

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ 00912556 (CC)  
วันที่รับรอง 15 มิ.ย. 2556

11.ข้าพเจ้าจำเป็นต้องวางแผนทุกอย่างล่วงหน้าเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

12.ข้าพเจ้ากังวลว่าปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อข้าพเจ้ามีอายุมากขึ้น

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

13.ข้าพเจ้ามีปัญหาหนักหน่วงไม่สนิทเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดรด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

14. ข้าพเจ้ากลัวที่จะอับอายขายหน้าเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดของข้าพเจ้า

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

15. ปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นคนที่มีสุขภาพไม่ดี

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

16. ปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราดทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกว่าช่วยตัวเองไม่ได้

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

17. ข้าพเจ้ามีความสุขในชีวิตน้อยลงเนื่องจากปัญหาการถ่ายปัสสาวะหรือปัสสาวะเล็ดราด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

18. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะปัสสาวะราด

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย



รับรองโดย คณะกรรมการวิชาการวิจัยในชั้น  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... 00912556 (EC)  
วันที่รับรอง... 15 ต.ค. 2556

19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถกลั่นปีศาจได้

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

20. ข้าพเจ้าต้องคอยระวังสิ่งที่ดีมีและปริมาณที่ดีมีเนื่องจากปัญหาการถ่ายปีศาจหรือปีศาจเสียดราของข้าพเจ้า

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

21. ปัญหาการถ่ายปีศาจหรือปีศาจเสียดราของข้าพเจ้าทำให้ข้าพเจ้ามีข้อจำกัดในการเลือกเครื่องแต่งกาย

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย

22. ข้าพเจ้ากังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เพราะปัญหาการถ่ายปีศาจหรือปีศาจเสียดรา

1. มากอย่างยิ่ง
2. มาก
3. ปานกลาง
4. น้อย
5. ไม่เลย



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... 0091256 (๕๖)  
วันที่รับรอง... 15 ส.ค. 2556



รับรองโดย คณะกรรมการอธิการบดี  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ: ๐๐๓ (๒๕๕๖) (๒๕๕๖)  
วันที่รับรอง: 15 ต.ค. 2556

เอกสารแนบของแบบสอบถามส่วนที่ 5  
เกี่ยวกับตัวของท่าน

ก-1 ท่านมีปัญหากล้ามเนื้อขาหรือข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด (กรุณากรอกตัวเลขในช่องด้านล่าง)

ปี เดือน

ก-2 ท่านได้พบแพทย์กี่ครั้งในปีที่ผ่านมา เพื่อรักษาปัญหากล้ามเนื้อขาหรือข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด (กรุณากรอกจำนวนครั้งในช่องที่ให้ไว้)

จำนวนครั้งในการพบแพทย์ในปีที่ผ่านมา \_\_\_\_\_

ก-3 อธิบายถึงความรุนแรงของปัญหากล้ามเนื้อขาหรือข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด

(กรุณาวางตัวเลขหน้าคำตอบของท่าน)

- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง
- 3 รุนแรง

ก-4 ท่านมีอาการข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด เจ็บ บวม แดง หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่างหรือไม่

- 0 ไม่มี
- 1 มี

ก-5 ท่านมีอาการกล้ามเนื้อขาหรือข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด เหนื่อยล้าหรือไม่

- 0 ไม่มี
- 1 มี

ก-6 ท่านมีอาการข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด บวมแดงเป็นครั้งคราว แม้แต่เมื่อไม่ได้ทำอะไร หรือไม่ได้ปวดข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใดหรือไม่

- 0 ไม่มี
- 1 มี

ก-7 ในเดือนที่ผ่านมาท่านมีข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด บวมแดงจนต้องพักแม้แต่เพียงเล็กน้อย กี่ครั้ง

(กรุณากรอกจำนวนครั้งในช่องที่ให้ไว้)

จำนวนครั้งในเดือนที่ผ่านมา \_\_\_\_\_

ก-8 ในเดือนที่ผ่านมาท่านมีข้อเท้าหรือข้อเข่าหรือข้อศอกหรือข้อนิ้วใด บวมแดงจนต้องพักแม้แต่เพียงเล็กน้อย กี่ครั้ง

- 0 ไม่มีเลยสักครั้งในเดือนที่ผ่านมา
- 1 1 หรือ 2 ครั้ง ในเดือนที่ผ่านมา

- 2 4 ครั้ง (ประมาณสัปดาห์ละครั้ง)
- 3 สัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง
- 4 ประมาณวันละครั้ง
- 5 วันละหนึ่งหรือสองครั้ง
- 6 วันละสามหรือสี่ครั้ง
- 7 วันละห้าครั้งหรือมากกว่านั้น



รับรองโดย คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
รหัสโครงการ... ๐๐๑ ๕๙๙๖ (๕๐)  
วันที่รับรอง... 15 มิ.ย. 2556

## ภาคผนวก ข

## ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูล และตัวแปร

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละกิจกรรม หน่วยเป็น MET hours/week (n=88)

การมีกิจกรรมทางกาย (MET hours/week)	Min	Max	Mean	SD
เดินหรือเดินทางไกลกลางแจ้ง (รวมทั้งการเดินทางไปทำงาน)	0	52.5	11.69	11.52
วิ่งเหยาะๆ(ช้ากว่า 10 นาที/1.6 กิโลเมตร)	0	126	4.57	15.75
วิ่ง (10 นาที/1.6 กิโลเมตรหรือเร็วกว่า)	0	34.3	0.77	5.14
ถีบจักรยาน (รวมทั้งถีบจักรยานที่อยู่กับที่)	0	98	7.19	15.02
การออกกำลังกายเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อ/การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเผาผลาญออกซิเจน/การเดินแอโรบิค/กรรเชียงบก/บาสเก็ตบอล	0	0	0	0
เทนนิส สควอต หรือแรกเก็ตบอล	0	1.82	0.27	0.19
แบดมินตัน	0	22	0.46	3.09
วอลเลย์บอล	0	0	0	0
ว่ายน้ำไปมา	0	11.6	0.26	1.56
กิจกรรมสันทนาการอื่นๆที่ต้องเผาผลาญออกซิเจน (เช่น ปลูกและดูแลต้นไม้ภายในบริเวณบ้าน การทำงานบ้าน)	0	106.4	21.38	23.51
บริหารร่างกาย	0	16.1	3.52	4.38
ขึ้นหรือเดินภายในบริเวณที่ทำงาน	0	120	12.31	20.97
ขึ้นหรือเดินภายในบริเวณบ้าน	1	84	20.34	17.94
นั่งทำงานหรือขณะขับรถ	0	84	13.89	14.9
นั่งที่บ้าน	2.6	63	25.2	12.7

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ (n=88)

ข้อความ	ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันหรือยานอนหลับเป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	10	11.4
2. การกลับมาเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	27	30.7
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือกาแฟเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	52	59.1
4. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ	77	87.5
5. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก	75	85.2
6. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่คือภาวะที่ไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะ	80	90.9
7. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่จะเกิดขึ้นเมื่อยกของหนัก หัวเราะ หรือจาม	75	85.2
8. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกต้องรีบเข้าห้องน้ำทันที บ่อยๆ เป็นความรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างมาก เจ็บพลันและไม่สามารถเก็บปัสสาวะได้	64	72.7
9. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน โดยไม่ได้มีความรู้สึกว่าจะกระเพาะปัสสาวะเต็ม	63	71.6
10. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องมีปัสสาวะไหลตลอด โดยที่ไม่มีอาการปวดปัสสาวะ หรือไม่สามารถควบคุมการไหลได้	62	70.5
11. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถจำกัดกิจกรรมประจำวัน และกิจกรรมทางเพศ	69	78.4
12. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถจำกัดกิจกรรมทางสังคม	69	78.4
13. อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เป็นต้นเหตุของปัญหาความเครียดด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความสูญเสียความมั่นใจในตนเอง	80	90.9

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะกลิ่นปัสสาวะ  
ไม่อยู่ (n=88) (ต่อ)

ข้อความ	ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
14.อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจ	70	80.7
15.อาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่สามารถเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และลดคุณภาพชีวิต	78	88.6
16.การหลีกเลี่ยงอาการท้องผูกสามารถช่วยทำให้กลิ่นปัสสาวะได้ดีขึ้น	54	61.4
17.การควบคุมโรคเบาหวาน พาร์กินสัน หรือโรคความจำเสื่อมสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	50	56.8
18.การหลีกเลี่ยงความอ้วนสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	60	68.2
19.การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	35	39.8
20.การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (การขมิบ) มีส่วนในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	81	92
21.การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสามารถรักษาอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	81	92
22.การเพิ่มช่วงระยะเวลาระหว่างการถ่ายปัสสาวะสามารถลดอาการกลิ่นปัสสาวะได้	59	67
23.การรับประทานยา เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระต่อการรักษาอื่นในภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	51	58
24.ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานสามารถได้รับยาที่รักษาอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ได้	51	58
25.การผ่าตัดสามารถรักษาอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ให้หมดไปได้	53	60.2
26.การจำกัดการดื่มน้ำสามารถลดความถี่ของอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	66	75
27.การเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งสามารถลดความถี่ของอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	63	71.6
28.การลดการออกกำลังกายหนักช่วยลดความถี่ของอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	61	69.3
29.การตั้งเวลาการเข้าห้องน้ำช่วยลดความถี่ของอาการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	43	48.9
30.ผ้าอนามัยหรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปสามารถใช้รักษาภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	48	54.5

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคร่วมแต่ละโรค (n=88)

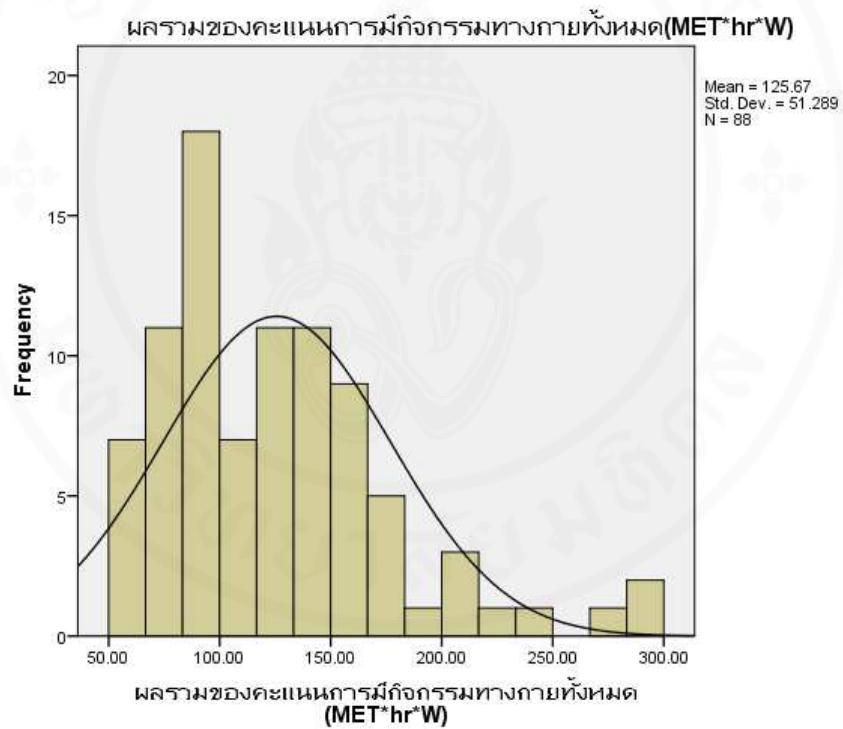
เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
No comorbidity disease	0	0
1. Myocardial infarction	5	5.7
2. Congestive heart failure	0	0
3. Peripheral vascular disease	0	0
4. Cerebrovascular disease	2	2.3
5. Dementia	0	0
6. Chronic pulmonary disease	2	2.3
7. Connective tissue disease	0	0
8. Ulcer disease	0	0
9. Mild liver disease	1	1.1
10. Diabetes	14	15.9
11. Hemiplegia	0	0
12. Moderate to sever renal disease	0	0
13. Diabetes with end-organ damage	1	1.1
14. Any tumor	88	100
15. Leukemia	0	0
16. Lymphoma	0	0
17. Moderate to sever liver disease	0	0
18. Metastatic solid tumor	5	5.7
19. AIDS	0	0

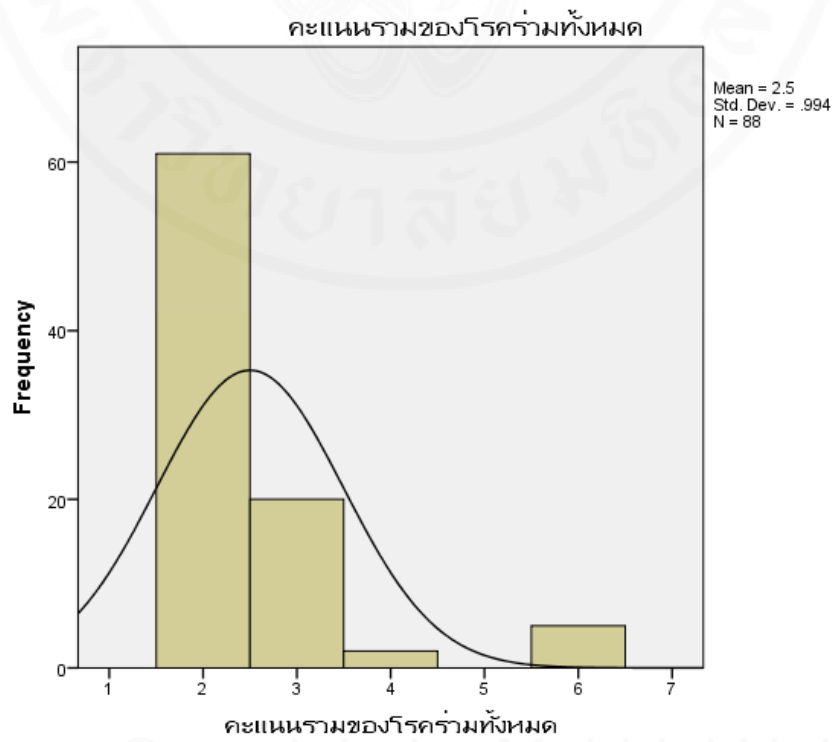
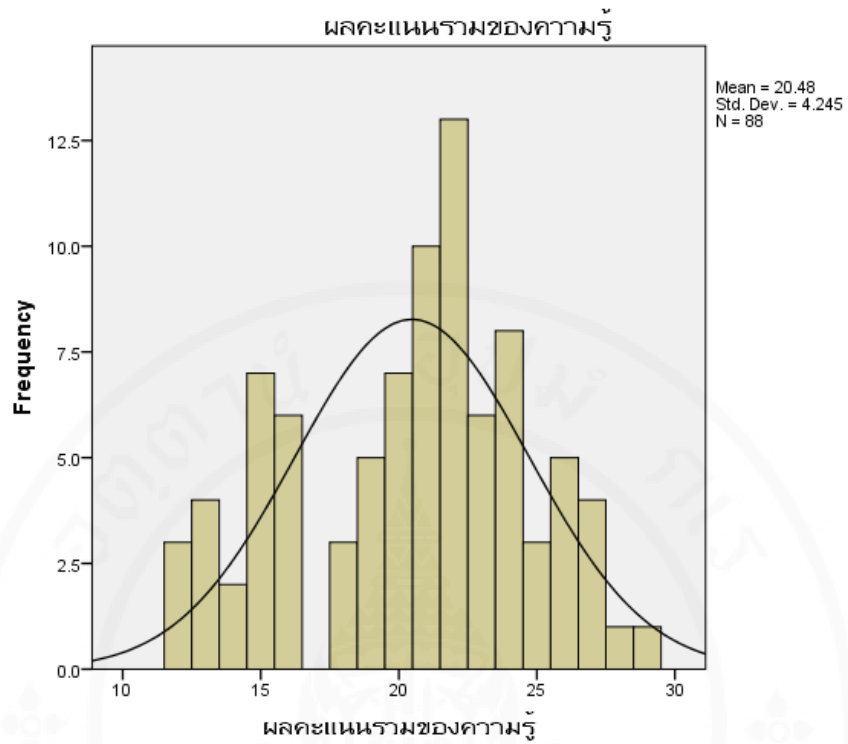
หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีได้มากกว่า 1 โรค

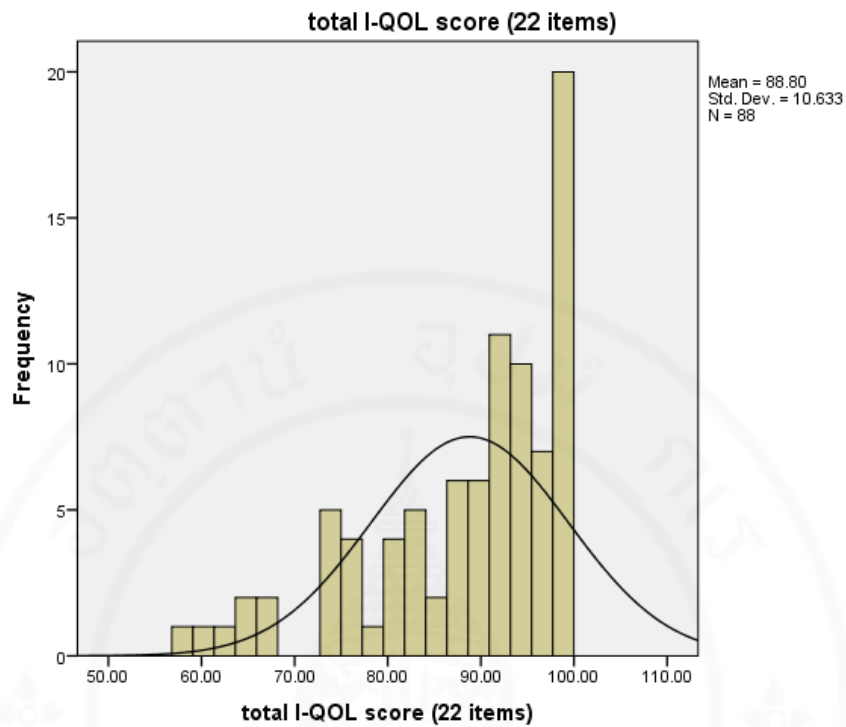
### ภาคผนวก ฉ

## การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

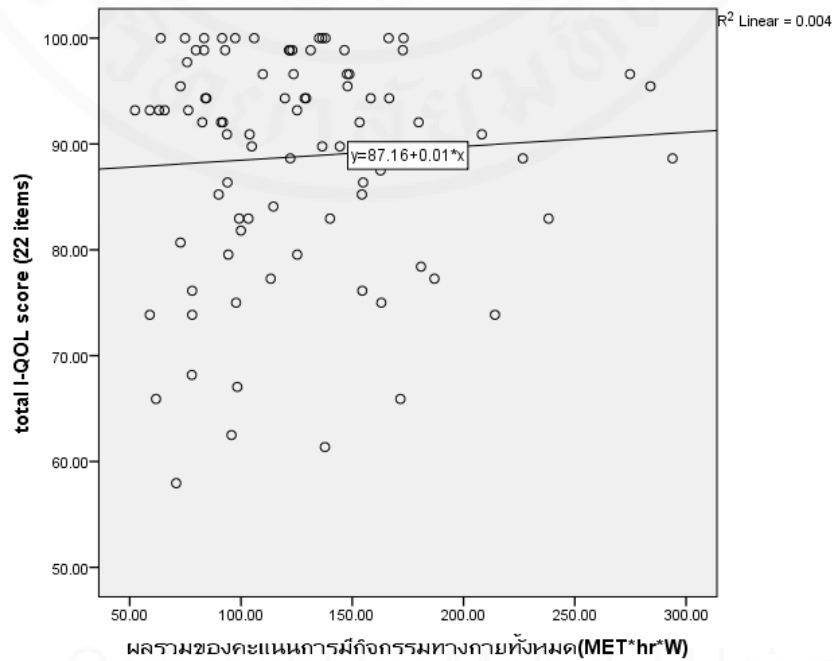
1. การตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด โดยใช้กราฟฮิสโตแกรม (Histogram)



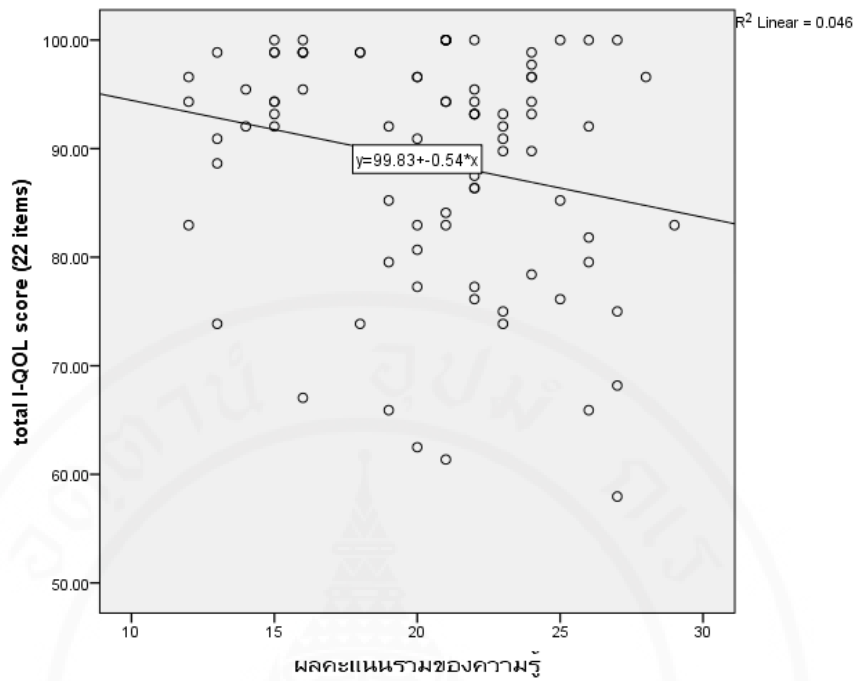




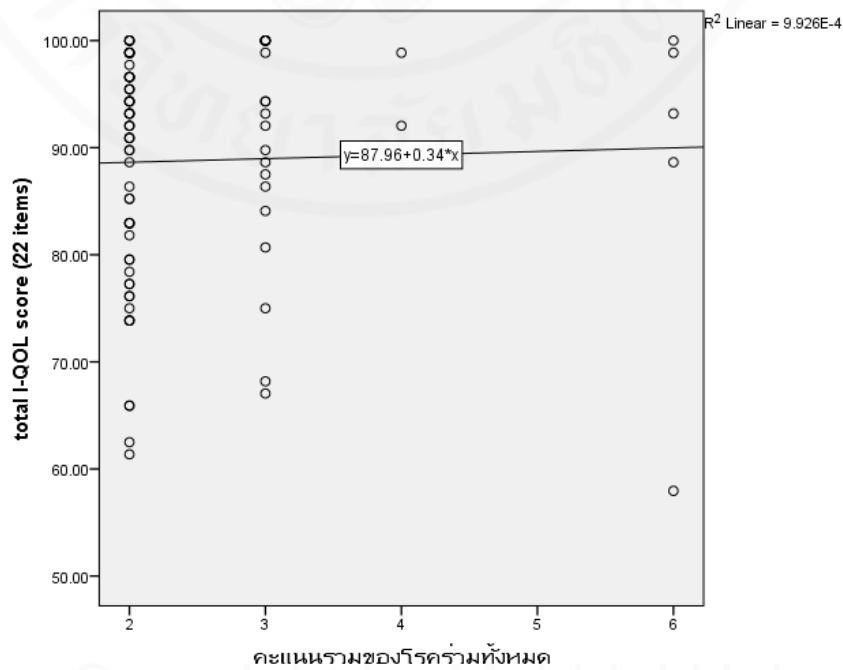
2. การตรวจสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ด้วยวิธี Scatter plot



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะ  
ไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่  
 ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างโรคร่วมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่  
 ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวอรรวรรณ ปรางประสิทธิ์
วัน เดือน ปีเกิด	10 มิถุนายน พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 Certificate of Completion, Visiting Scholar in Nursing, จาก School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology, Western Australia พ.ศ. 2550 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553-2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา	ทุนโครงการต้นกล้าอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่ปัจจุบัน	29/2 หมู่ที่ 1 ตำบลธนู อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ 087-0703951 E-mail address: orn_nurse@hotmail.com
การทำงาน	พ.ศ. 2551-2555 พยาบาลวิชาชีพ Level 3 ศูนย์ทางเดินปัสสาวะ ศูนย์สุขภาพชาย และศูนย์ศัลยกรรม โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์