

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง (Ory et al., 1986, p. 662) ประชากรในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีในชุมชนได้ร้อยละ 15-30 (Consensus Conference, 1989) สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายुर้อยละ 12-16 (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ, 2544, หน้า 20) และ จากการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) พบว่า ผู้สูงอายุไทยในชุมชนมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นอัตราความชุกร้อยละ 28.5 และมีอุบัติการณ์พบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ซึ่งปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบในเพศหญิงมากกว่าชายถึงสองเท่า (ธนอมขวัญ ทวีบุญ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และกรรณกาญจน์ ศรีภักดี, 2540) โดยพบในหญิงร้อยละ 37.7 ในขณะที่เพศชายพบร้อยละ 18.9 (ปฤศมา ภูวนันท์, 2539) ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาของการไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว (transient incontinence) และแบบถาวร (persistent incontinence) ในส่วนของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบถาวร (persistent incontinence) แบ่งออกเป็น 5 ชนิด คือ ภาวะปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (stress urinary incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบราดกลั้นไม่ทัน (urge urinary incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสม (mixed urinary incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบไหลท้น (overflow urinary incontinence) และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการทำหน้าที่ผิดปกติของร่างกาย (functional urinary incontinence) ชนิดที่พบได้มากที่สุด ในสตรีสูงอายุไทยคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสม (mixed urinary incontinence) และ ภาวะปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (stress urinary incontinence) โดยพบในอัตราร้อยละ 28.5 และ 23.9 ตามลำดับ (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ พบว่าจะมีการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมทำให้เกิดอาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 35 (Martin, 2001) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เนื้อไต

ผ่อนคลาย และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตก็ลดลงด้วยเป็นผลให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยปัสสาวะที่ถ่ายออกมาจะมีสีเข้มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การติดเชื้อเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้มีการกระตุ้น รีเฟล็กซ์ (Reflex) ที่ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะมากเกินไป จึงทำให้เกิดการถ่ายปัสสาวะบ่อย และมีปัสสาวะราดร่วมด้วย (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2541) นอกจากนั้นผู้สูงอายุสตรีที่มีการคลอดบุตรหลาย ๆ ครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว โครงสร้างที่ช่วยพยุงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขาดการดึงตัว กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะอ่อนกำลังปิดไม่สนิท เคลื่อนตัวไปจากตำแหน่งเดิม เมื่อเกิดแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้ (ปฤศณา ภูวนันท์, 2539) และการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการฝ่อบางของเยื่อบุผิวในช่องคลอด ท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้รูเปิดของท่อปัสสาวะปิดไม่สนิท (Wyman, 1991; Patel et al., 2001) ส่งผลให้ปัสสาวะไหลออกมาโดยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Watson, 1997)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย ที่สำคัญคือ ปัสสาวะเล็ดทำให้เกิดความชื้นหมักหมม คัน แสบ และเกิดเป็นแผลที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (ถนอมขวัญ ทวีบุญ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และกรรณกาญจน์ ศรีภักดี, 2540) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมถึงอาจเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้มจากพื้นที่เปียกน้ำปัสสาวะ และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Brown et al., 2000) ส่วนด้านจิตใจส่งผลที่ชัดเจนคือ ทำให้เกิดความอาย รู้สึกไร้ค่า ไร้ความมั่นใจ สูญเสียความมีศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าในตนเอง (Chirverton, Well, Brink, & Mayer, 1996) และ เกิดอาการซึมเศร้า (Dugan et al., 2000; Bogner, 2002) ดังเช่นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กับภาวะจิตใจพบว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (Bogner, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และจิรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khovidhonkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 64 เกิดผลกระทบต่อจิตใจอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น รู้สึกอับอาย กังวล สูญเสียความมั่นใจ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมที่สำคัญคือ สูญเสียความมั่นใจร้อยละ 49.3 และ ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.3 ส่วนผลกระทบด้านสังคมนั้นผู้สูงอายุจะแยกตัวออกจากสังคมไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Roe & May, 1999; Bogner, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าร้อยละ 49.3 จะแยกตัวออกจากสังคม สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542) รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ลดลง (Temml, Haidinger, & Schmidbaver, 2000)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมาก แต่ยังมีถูกละเลยในการรักษา อาการดังกล่าว เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่มักจะมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวนมากยอมรับว่าเป็นเรื่องธรรมดา (Newman, 1996; Noriko, 2000) ขณะเดียวกันมักไม่คิดว่าเป็นภาวะที่ต้องพบแพทย์ และคิดว่าเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง ดังเช่นการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ที่พบว่าร้อยละ 95.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจัดการเบื้องต้นกับตนเอง คือ เปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเปียกมากที่สุดร้อยละ 63.9 รองลงมาจะใช้วิธีเข้าห้องน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหาร ดื่มน้ำน้อยลง ร้อยละ 27.8 25.4 และ 15.1 ตามลำดับ ส่วนการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์มีเพียงร้อยละ 5.9 เนื่องจากวิธีการเหล่านี้เป็นวิธีการที่สะดวก อาศัยความสามารถของตนเอง พึ่งตนเองได้ ไม่ต้องรบกวนความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าวิธีการเหล่านี้ไม่ได้แก้ที่ปัญหาแต่เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุพึงกระทำตามความสามารถของตนเอง ทำให้อาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังต่อไปในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการรักษภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการรักษาเชิงพฤติกรรม ในส่วนของการรักษาเชิงพฤติกรรม เช่น การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic muscle exercise) การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) การจัดการกับการดื่มน้ำ (fluid intake management) อย่างน้อยวันละ 1,500 ซีซี (Brooks, 1995; Stone, Wyman, & Salisbury, 1999) เป็นวิธีที่ได้ผลดีในการรักษภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และชนิดผสม เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่มีอันตราย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และไม่เสียค่าใช้จ่าย (Berghmans et al., 1998)

การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน อีกทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดที่ปัสสาวะ (Berghmans et al., 1998) เป็นผลให้สตรีสามารถควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่า จำนวนครั้งของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hahn, 1993; Seim., Sinvertsen, Erickson, & Hunskaar, 1996; Kincade, & Dasherty, 2002) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเฉียบพลันของสตรีวัยหมดระดูพบว่าจำนวนครั้งและความรุนแรงของปัสสาวะเล็ด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาภรณ์ สมณะ, 2544) และจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าจำนวนครั้งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kangchai, 2002) การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแม้ว่าจะสามารถแก้ไขภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดี แต่ผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนมีการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานน้อยมาก พบว่ามีเพียงร้อยละ 2 (เพ็ญศิริ สันตโยภาส,

2542) เนื่องจากการรับรู้ว่าเป็นเรื่องยากที่จะฝึก ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรและไม่สามารถควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้ และพบว่าผู้สูงอายุสตรีส่วนใหญ่ร้อยละ 62.2 คาดหวังผลจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานว่าเป็นเรื่องที่ยาก (Alewijnse, Mesters, Metsemakers, Adriaans, & Vanden-Borne, 2001) แต่ถ้ามีการเสริมสร้างความรู้ ให้รับรู้ถึงประโยชน์ และ ให้ข้อมูลที่ชัดเจนกับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้สูงอายุก็สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังนั้นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานคือ การที่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และ ต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุเอง (Kim, 2001) ซึ่งกว่าที่ผู้สูงอายุจะเห็นผลของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานต้องใช้เวลาานาน จึงเป็นไปได้ว่าอาจเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุหยุดกระทำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) เป็นการกำหนด ตารางเวลาฝึกให้ปัสสาวะตามเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ ช่วยปรับแผนการถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ คือสามารถถ่ายปัสสาวะได้ในช่วงเวลาห่างกัน 2-4 ชั่วโมง/ครั้ง และ ช่วยลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (วชิร ฤทธิการ, 2546, หน้า 52-56; Mc Dowell, Burgio, Dombrowski, Locher, & Rodriguez, 1992) ซึ่งช่วยลดความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ร้อยละ 10-15 (NIH, 2001) ในการฝึกกระเพาะปัสสาวะ นั้น ปัญหาที่สำคัญคือการใช้ความพยายามเป็นอย่างมากที่ต้องฝึกควบคุมให้ปัสสาวะได้ตามเวลา ซึ่งจะขัดกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเดิมที่เป็นอยู่ (Wyman, 1999) จึงเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะไม่ปฏิบัติ หรือ ปฏิบัติด้วยความยากลำบาก

การจัดการกับการดื่มน้ำ (fluid intake management) เป็นวิธีการเชิงพฤติกรรมที่สำคัญอีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500 ซีซี หรือ วันละ 6-8 แก้ว จะช่วยส่งเสริมการทำงานของไต (National Research Council, Food and Nutrition Board, 1990; Wyman, 1999) การดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอจะมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Colling, Owen, & McCredy, 1994) เนื่องจากการดื่มน้ำไม่เพียงพออาจเป็นสาเหตุให้ปัสสาวะเข้มข้น และ เกิดการระคายเคืองของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตามมา (Moore, 2001) และอาจเป็นเหตุให้ปริมาณของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ซึ่งเกิดความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะขณะที่มีปริมาณปัสสาวะน้อยเป็นผลให้อาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เลวลงยากต่อการรักษา (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2541) แต่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดื่มน้ำน้อยเพราะกลัวว่าจะทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น (Brooks, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ในผู้สูงอายุสตรีในชุมชน 205 คน พบว่ามีการจัดการกับแบบแผนชีวิตในเรื่องการดื่มน้ำน้อยลงร้อยละ 15.1 เนื่องจากผู้สูงอายุเข้าใจว่า

การดื่มน้ำมากจะทำให้มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น และ ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการที่ต้องดื่มน้ำมากถึงวันละ 1,500 ซีซี หรือ วันละ 6-8 แก้ว

การลดปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อยได้แก่ การงดดื่มสุรา ชา กาแฟ และ สูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะจะมีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อม สารอัลคอสอร์ ในสุรา สารคาเฟอีน ใน ชา กาแฟ ทำให้เกิดการปัสสาวะบ่อย และ สารนิโคตินในบุหรี่ เป็นสารที่ระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย ต้องปัสสาวะอย่างเร่งด่วน เป็นเหตุนำไปสู่ออาการปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน (Pennl, Lekan-Ruttledge, Joer, Stolley, & Amhof, 1996) อีกทั้ง การสูบบุหรี่ ทำให้มีอาการไอเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดแรงกดต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นเหตุชักนำให้มีอาการปัสสาวะเล็ดได้ในที่สุด (Brown et al., 1996, p. 720)

จะเห็นได้ว่าการรักษาเชิงพฤติกรรมได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ ดังที่กล่าวมานั้น ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ (Fantl, Newman, & Cooling, 1996) จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น เพราะคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นจึงต้องหากวิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการส่งเสริมความสามารถตนเองของผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อพฤติกรรมในการควบคุมภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (Engberg, 2002) และจากการศึกษาการทำนายการดูแลทางภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองนำสู่พฤติกรรมในการควบคุมภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ดี (Alewijnse, Mesters, Metsemakers, Adriaans, & Vanden-Borne, 2001) และ จากการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในสตรีสูงอายุชุมชนประเทศญี่ปุ่นที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเรื้อรัง (Stress incontinence) พบว่าสามารถลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kim, 2001) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชุดิวรรณ ปุรินทราภิบาล, 2541) นอกจากนี้การศึกษาการส่งเสริมความสามารถตนเองในการ ฟันฟุสมรรถภาพปอดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้น เรื้อรัง พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการฟันฟุสมรรถภาพปอด คะแนนพฤติกรรมในการฟันฟุสมรรถภาพปอด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนอาการหายใจลำบาก

ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (รมิดา คงเจริญ, 2545) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองว่าสามารถทำได้และถ้าทำแล้วจะเป็นผลดีต่อร่างกาย ผู้สูงอายุก็น่าจะทำสิ่งนั้น จึงควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาวิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพื่อให้มีพฤติกรรมควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ถูกต้องต่อเนื่อง และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมดังกล่าว จึงนำทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy) ซึ่งพัฒนามาจากหลักการเรียนรู้ทางสังคม (social learning principles) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากพบว่าแนวคิดดังกล่าว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการเพิ่มความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติ และเพิ่มความรู้สึกอดทนต่อกิจกรรมที่ยาก ทำให้ผู้สูงอายุกล้าเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมายได้ และแนวคิดนี้เชื่อว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อ หรือ การรับรู้ความสามารถของตน โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร และ เมื่อทำเสร็จ แล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะกระทำการสิ่งนั้น ซึ่งทฤษฎีนี้จะประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ การรับรู้ในความสามารถตนเอง และ ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ทั้งสองแนวคิดนี้มีความสัมพันธ์ต่อกัน หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง และมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูงจะมีแนวโน้มที่จะทำอย่างแน่นอน (Bandura, 1997, pp. 19-35) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และ คาดหวังผลที่เกิดขึ้นว่ามีประโยชน์ต่อตนเองทำให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง ผู้สูงอายุก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะทำอย่างแน่นอน จึงเป็นเหตุผลที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการเพิ่มความมั่นใจว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำได้ และเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ให้กระทำได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยคัดเลือกจังหวัดลพบุรีเป็นสถานที่ดำเนินการ เนื่องจากการศึกษาผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนพบว่ามีความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสมร้อยละ 28.5 (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542) และเมื่อเทียบกับจังหวัดลพบุรีจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถึงร้อยละ 28.4 ซึ่งเป็นสถิติที่สูง ควรที่จะต้องได้รับการแก้ไข เช่นเดียวกัน อีกทั้งผู้วิจัยต้องไปดำเนินการที่บ้านเป็นรายบุคคลเพื่อสะดวกต่อผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกสถานที่ดังกล่าว โดยผลการวิจัยจะได้วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุม

อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งพบบ่อย และ บุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานชุมชน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ที่บ้าน ให้มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม อันเป็นรากฐานสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ กลืนปัสสาวะไม่อยู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองใน การควบคุมอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองใน การควบคุมอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองใน การควบคุมอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากการทดลอง เสร็จสิ้น 1 เดือนหรือไม่
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
8. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
9. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
10. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนหรือไม่
11. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

12. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

13. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ต่ำกว่าก่อนการทดลองหรือไม่

14. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองหรือไม่

15. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนหรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน
6. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
7. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
8. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

9. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

10. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

11. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

12. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

13. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

14. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

15. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

สมมติฐานและเหตุผลสนับสนุนการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาวิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยมุ่งสร้างความมั่นใจ และ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการลดปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997, pp. 19-35) ที่เชื่อว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยต้องทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร และ เมื่อทำสำเร็จแล้วได้ผลเกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้บุคคลก็จะกระทำสิ่งนั้น” ซึ่งการเพิ่มความสามารถตนเองนั้นประกอบด้วย การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ หรือการได้เห็นตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงใจและพูดโน้มน้าว และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1997, pp. 79-115) โดยวิธีดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น และบุคคลใดมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงก็จะทำให้มีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูงตามไปด้วย เพราะบุคคลจะมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าพฤติกรรมที่กระทำลงไปเหมาะสมหรือไม่ (Bandura, 1997, pp. 19-35) ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูง ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดการกระทำและมีความพยายาม อดทนเผชิญต่ออุปสรรคในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้นานและต่อเนื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พฤติกรรมในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และลดความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีแบบแผนเพื่อสร้างความมั่นใจ และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองซึ่งมีวิธีการ 4 ประการดังนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จ โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ได้ฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ตามคำแนะนำของผู้วิจัยจนสำเร็จ
2. การเรียนรู้จากประสบการณ์จากผู้อื่น หรือ การได้เห็นตัวแบบ โดยดูท่าที่ถูกต้องประกอบในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย จากผู้วิจัยสาธิต และ จากคู่มือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การได้รับความรู้จากผู้วิจัยบรรยาย
3. การใช้คำพูดชักจูงใจและพูดโน้มน้าว โดยผู้วิจัยนำมาพูดชักจูงร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ปฏิบัติกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจ
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ระบายความรู้สึกและปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งแก้ไข้ปัญหา

จากการศึกษาของบรูม (Broome, 1999) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำ และรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการฝึกมากขึ้น จึงเป็นไปได้ว่าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดแรงจูงใจ และรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะสามารถกระทำได้ พร้อมกับเกิดความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติแล้วตนเองจะได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังไว้ จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงขึ้น และต่อเนื่อง จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า

1. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
 4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลอง
 5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง
 6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
 7. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 8. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุม
 9. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมอาการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
 10. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมอาการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลอง
 11. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การควบคุมอาการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง
 12. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
- จากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ของระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงในผู้สูงอายุสตรีเป็นสาเหตุทำให้เกิดการผ่อนคลายของเยื่อภายในช่องคลอด ท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะส่งผลให้หูรูดของท่อปัสสาวะ (external spincter) ปิดไม่สนิท (Wyman, 1991; Patel et al., 2001) เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้ และจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านการคลอดบุตรหลาย ๆ ครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว โครงสร้างที่ช่วยพยุงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขาดการดึงตัวโดยเฉพาะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ซึ่งได้รับการพยุงและยึดไว้โดยกล้ามเนื้อจากอุ้งเชิงกรานและเอ็นยึดต่าง ๆ (peivic diaphragm and ligament) มีผลให้กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ (external spincter) ปิดไม่สนิท (Dandy, 1999) เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้ (Penn, Lekan-Rutledge, Joers, Stolley, & Amhof, 1996, pp. 10-11)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำวิธีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบ และ คลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เพื่อลดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นการขมิบและคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานพร้อมกันหลายมัด กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานส่วนหน้า ได้แก่ กล้ามเนื้อลิเวเตอร์แอนาย (levator ani) และ คอคซิเจียส (coccygeus) โดยกล้ามเนื้อ ลิเวเตอร์แอนาย ประกอบด้วย กล้ามเนื้อพิวโบเรคตอลิส (puborectalis) พิวโบคอคซิเจียส (pubococcygeus) และ ไอลิโอคอคซิเจียส (iliococcygeus) ซึ่งกล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่ปิด รูเปิดของช่องเชิงกราน และ ช่วยพยุงกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ช่องคลอด และทวารหนัก (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, และ อภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539) ส่วนกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ส่วนหลังทำหน้าที่รองรับอวัยวะภายในช่องเชิงกรานไว้ มีกล้ามเนื้อหลายมัดที่ติดกับท่อปัสสาวะ เรียกว่า กล้ามเนื้อรอบท่อปัสสาวะ (periurethral) ทำหน้าที่เป็นหูรูดท่อปัสสาวะส่วนนอก (external spinctor) (พิชัย บุญยะรัตเวช, 2538) โดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และ คลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที ทำซ้ำ 30 ครั้ง วันละ 2 เวลา คือ เช้า และ เย็น หรือ เช้า และ ก่อนนอน รวม 60 ครั้ง/วัน นาน 6 สัปดาห์ จะช่วยให้กล้ามเนื้อหลายมัดดังกล่าวมีความ แข็งแรง และ เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อรอบท่อปัสสาวะ ทำให้เพิ่มแรงปิดบนท่อปัสสาวะหูรูด ท่อปัสสาวะทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น (Johnson, 2000)

จากการศึกษาการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที โดยให้ฝึกในท่า นอน นิ่ง ขึ้น รวม 60 ครั้ง/วัน พบว่าใน 6 สัปดาห์ จะมีจำนวนครั้งของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง (Pearson & Kelber, 1996) สอดคล้องกับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และคลาย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที รวม 30-80 ครั้ง/วัน พบว่าใน 6 สัปดาห์ จะมี จำนวนครั้งของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง (Fantil, Newman & Cooling., 1996) และ จากการ บริหารกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และ คลายกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที รวม 45 ครั้ง/วัน พบว่า ใน 8 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ลดลง (Kincade & Dasherty, 2002) สำหรับในประเทศไทยจากการบริหารกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง ตอนเช้า ตอนเย็น และ ก่อนนอน หรือทำซ้ำ 30 ครั้ง วันละ 2 เวลา คือ เช้า และ เย็น หรือ เช้า และ ก่อนนอน รวม 60 ครั้ง/วัน พบว่าใน 8 สัปดาห์ จะมี จำนวนครั้งและระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาภรณ์ สมณะ, 2544) และจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการ

ตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าจำนวนครั้งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kangchai, 2002)

การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) เป็นการกำหนดตารางเวลาฝึกให้ปัสสาวะ เพื่อเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ (ปฤศณา ภูวนันท์, 2539; Mc Dowell, Burgio, Dombrowski, Locher, & Rodriguez, 1992) โดยทุก 30-60 นาที ถ้าพบว่าไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นครั้งละ 30 นาที ทุก 1 สัปดาห์จนสามารถถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง ช่วยลดความถี่ของการ กลั้นปัสสาวะได้ร้อยละ 10-15 (NIH, 2001) ดังเช่นการศึกษาการฝึกกระเพาะปัสสาวะ ในสตรี สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าจำนวนครั้งของอาการกลั้นปัสสาวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Publicover, 1996; Roe, Williams, & Palmer, 2002; Kangchai, 2002)

การจัดการกับการดื่มน้ำ (fluid intake management) อย่างน้อยวันละ 1,500 ซีซี หรือ วันละ 6-8 แก้ว จะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของไต (National Research Council, Food and Nutrition Board, 1990; Wyman, 1999) การดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอจะมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Colling, Owen, & McCredy, 1994) เนื่องจากการดื่มน้ำไม่เพียงพออาจเป็น สาเหตุให้ปัสสาวะเข้มข้น และ เกิดการระคายเคืองของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตามมา (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542; Moore, 2001) และอาจเป็นเหตุให้ปริมาตรของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ซึ่งเกิดความรู้สึกอยากถ่าย ปัสสาวะขณะที่มีปริมาณปัสสาวะน้อยเป็นผลให้อาการของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เลวลงยากต่อ การรักษา (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2541)

นอกจากนี้การเสริมสร้างความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ ปัสสาวะบ่อยเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะจะมีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมในเรื่อง ของ การดื่มสุรา ชา กาแฟ และ สูบบุหรี่ จากสารอัลคอกฮอรัลในสุรา สารคาเฟอีน ใน ชา กาแฟ ทำให้เกิดการปัสสาวะบ่อย และ สารนิโคตินในบุหรี่ เป็นสารที่ระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ต้องปัสสาวะอย่างเร่งด่วน เป็นเหตุนำไปสู่อาการปัสสาวะรดก้นไม่ทัน (Penn, Lekan-Rutedge, Joers, Stolley, & Amhof, 1996) อีกทั้งการสูบบุหรี่ ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง ซึ่งก่อให้เกิดแรงกดต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นเหตุชักนำให้มีอาการปัสสาวะเล็ดได้ในที่สุด (Brown et al., 1996)

ดังนั้นหากผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้มีการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ฝึกกระเพาะปัสสาวะ และ การจัดการกับการดื่มน้ำ ตลอดจนการได้เสริมสร้างความรู้เพื่อหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย โดยกระทำอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ความรุนแรงของอาการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ลดลง จึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า

1. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย ความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการ กลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการ กลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการ กลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการ กลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการ กลืนปัสสาวะไม่อยู่หลังการทดลองเสร็จ 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทันที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล
 - 1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ สามารถ นำวิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เพื่อลดความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สามารถนำไปประกอบการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถตนเองไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแผนการติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล ณาจารย์ในสถาบันการศึกษา สามารถนำวิธีการส่งเสริม การรับรู้ความสามารถตนเอง ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการสอน และ การให้ บริการวิชาการแก่สังคม
3. ด้านการวิจัย นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจค้นคว้าสามารถนำวิธีการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถตนเอง ที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์และทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอื่น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดลพบุรี ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมากถึงช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด มีการรู้ขีดสติปัญญาในระดับปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสมตามเกณฑ์การประเมินของ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542)

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองแบ่งเป็นวิธีได้รับโปรแกรมและวิธีปกติ และ ระยะเวลาของการทดลองแบ่งเป็นระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2.2 พฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2.3 ความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง ผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แบบผสม โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542)

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การปฏิบัติอย่างมีระบบเป็นขั้นตอน ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสมเป็นรายบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง ประกอบด้วย 4 วิธีดังนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จ โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ได้ฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ตามคำแนะนำของผู้วิจัยจนสำเร็จ

2. การเรียนรู้จากประสบการณ์จากผู้อื่น หรือ การได้เห็นตัวแบบ โดยดูทำที่ถูกต้อง ประกอบในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จากผู้วิจัยสาธิต และ จากคู่มือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การได้รับความรู้จากผู้วิจัยบรรยาย

3. การใช้คำพูดชักจูงใจและพูดโน้มน้าว โดยผู้วิจัยนำมาใช้พูดชักจูงร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ปฏิบัติตามกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ผีกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ระบายความรู้สึก และ ปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งแก้ไขปัญหา

การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความมั่นใจในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตามกิจกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

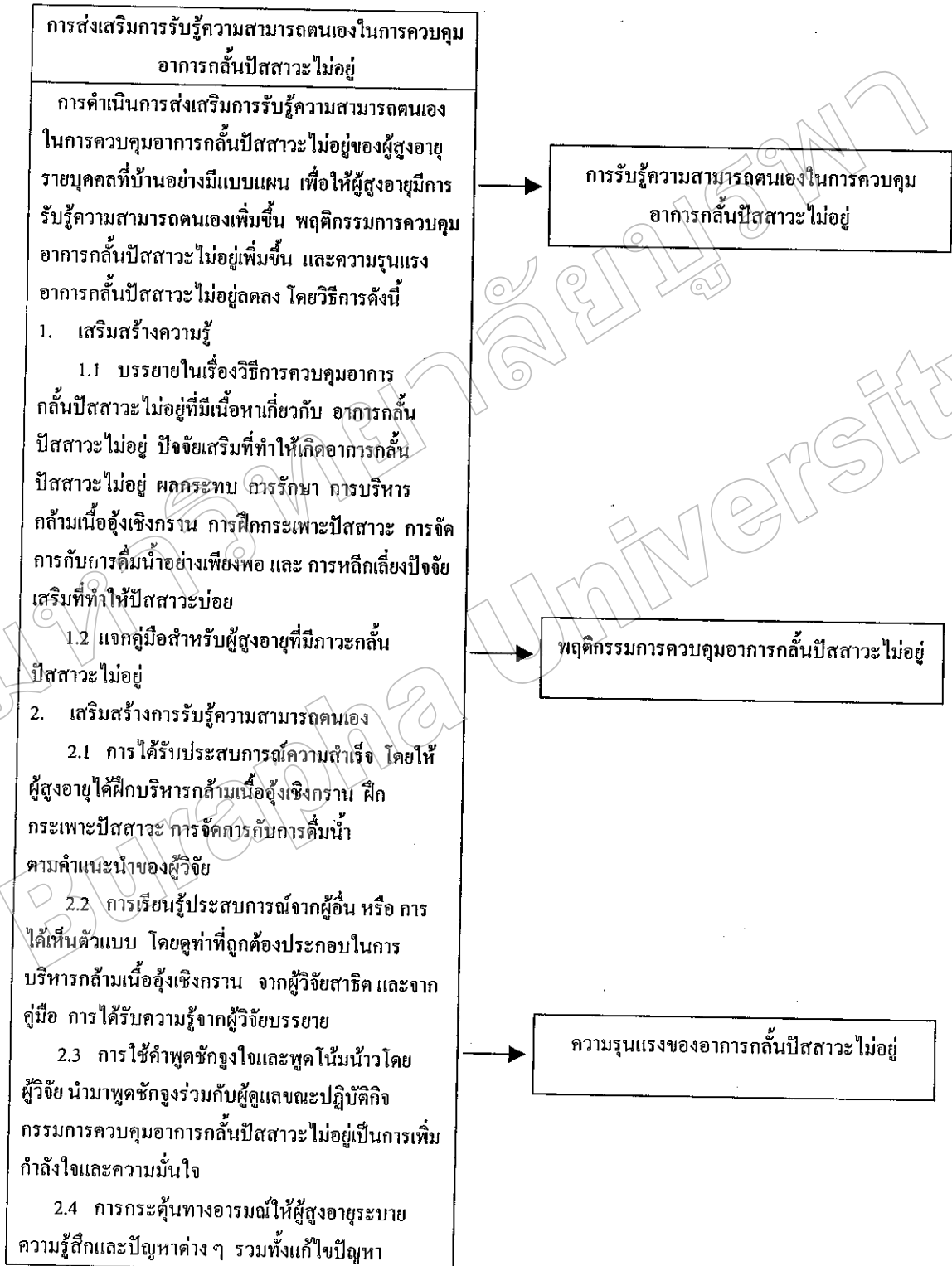
พฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การปฏิบัติตามกิจกรรมในการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ การปฏิบัติตามกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การจัดการกับการดื่มน้ำ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย ได้แก่ การงดดื่มสุรา ชา กาแฟ และการงดสูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง จำนวนครั้งของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประเมินโดยใช้แบบวัดเชิงปรนัย ของประภากรณ์ สมณะ (2544) ที่ดัดแปลงมาจากลาโกตเจนเซน, สมิทส์, และวีลส์ (Lagro-Janssen, Smits, & Weel, 1990)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย