

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้ ความรุนแรง ผลกระทบและการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ
2. ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ
3. การจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

ความหมายของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จัดว่าเป็นอาการมากกว่าการเป็นโรค (Criner, 1994) โดยซินเดอร์ และลิปซิทซ์ (Synder & Lipsitz, 1991) ให้ความหมายว่าการมีปัสสาวะเล็ดไหลผ่านทางท่อปัสสาวะออกสู่ภายนอกโดยไม่ได้ตั้งใจ ส่วนสมาคมการกลั้นปัสสาวะระหว่างประเทศ (International Continence Society, ICS) ได้ให้ความหมายของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่า หมายถึง การที่มีปัสสาวะเล็ดไหลโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้เกิดปัญหาด้านสังคม และสุขภาพอนามัยโดยอาการนี้สามารถแสดงให้เห็นได้ (Wyman, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับที่หน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ และการวิจัย (The Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายไว้ว่า การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การที่มีปัสสาวะเล็ดไหลโดยไม่ได้ตั้งใจ และเพียงพอที่จะทำให้เกิดปัญหา (Bedford, 1996; Gallagher, 1998)

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2539) ได้ให้ความหมายการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่าเป็นภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาโดยที่ควบคุมไว้ไม่ได้หรือไม่ได้ตั้งใจที่จะถ่ายปัสสาวะ คุงเคื่อน ชมศิริ (2539) กล่าวว่า การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นการถ่ายปัสสาวะออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจไม่เลือกเวลา และสถานที่ เป็นอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติทั้งทางด้านกายวิภาค และสรีรวิทยาของทางเดิน

ปัสสาวะตอนล่าง พุนทรัพย์ โสภารัตน์ (2540) กล่าวถึงการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่าเป็นภาวะที่มีปัสสาวะไหลเล็ดออกมาโดยไม่สามารถกลั้นไว้ได้ ดังนั้นการที่จะพิจารณาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ให้คำนึงถึงความไม่ตั้งใจเป็นสำคัญ คือการที่มีปัสสาวะเล็ดไหลโดยไม่ได้ตั้งใจที่จะให้เกิดขึ้น จึงสรุปได้ว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง อาการปัสสาวะเล็ดไหลโดยที่ไม่ได้ตั้งใจไม่สามารถควบคุมได้ และเกิดเป็นปัญหาค่อสุขภาพของตนเอง

กลไกของการขับถ่ายปัสสาวะ

การขับถ่ายปัสสาวะเป็นปฏิกิริยาย้อนกลับ (reflex) ที่ผ่านศูนย์ควบคุมที่ไขสันหลังตอนล่าง (L1-L4 และ S1-S3) มีศูนย์ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะที่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนปลาย (sacral micturition, S2-S4) โดยการขับถ่ายปัสสาวะประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่กระเพาะปัสสาวะบีบตัวเพื่อเก็บกักปัสสาวะไว้ (storage phase) และระยะที่มีการขับถ่ายปัสสาวะออกมา (expulsion phase) ทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง และขับถ่ายปัสสาวะออกมา ดังนั้นการขับถ่ายปัสสาวะที่ปกติต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันหลาย ๆ ด้านดังต่อไปนี้ (Wyman, 1991)

1. กระเพาะปัสสาวะถูกกระตุ้น เกิดขึ้นเมื่อน้ำปัสสาวะไหลมารวมกันที่กระเพาะปัสสาวะมากขึ้นถึงระดับหนึ่ง ประมาณ 150-250 มิลลิลิตร จะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่อยู่บนผนังของกระเพาะปัสสาวะให้รู้สึกได้

2. ความดันในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น เนื่องจากน้ำปัสสาวะไหลมารวมกันมากขึ้น จะทำให้แรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น และกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่ผนังกระเพาะปัสสาวะได้เช่นเดียวกัน

3. กระเพาะปัสสาวะบีบตัวจากปฏิกิริยาย้อนกลับ ที่ผ่านศูนย์การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะที่ไขสันหลัง เมื่อน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งจะไปกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกซึ่งอยู่ที่ผนังกระเพาะปัสสาวะ และส่งกระแสประสาทเข้าไปยังศูนย์ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะที่ระดับไขสันหลัง จากนั้นส่งออกมายังกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำให้กล้ามเนื้อหดตัวพร้อมกันนั้นกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในของท่อปัสสาวะก็จะคลายตัว และเปิดออกน้ำปัสสาวะก็สามารถผ่านออกมาได้

4. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะจากสมองส่วนกลาง โดยปกติสัญญาณประสาทควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในสมองจะทำหน้าที่คอยยับยั้งรีเฟล็กซ์การขับถ่ายปัสสาวะตลอดเวลา แต่เมื่อถึงเวลาที่ต้องการจะถ่ายปัสสาวะเนื่องจากมีน้ำปัสสาวะมากพอที่จะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ผนังของกระเพาะปัสสาวะ และส่งสัญญาณประสาทนำเข้าผ่านไขสันหลังไปสู่สมอง

afferent impulse) ไปที่ศูนย์ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในสมองส่วนกลาง (micturition center) เมื่อกระตุ้นรีเฟล็กซ์การขับถ่ายปัสสาวะ และจะมีสัญญาณประสาทส่งออก (efferent impulse) มาที่กระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวพร้อมกันนั้นกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของท่อปัสสาวะจะคลายตัวทำให้น้ำปัสสาวะไหลออกมาได้ เป็นการขับถ่ายปัสสาวะที่สามารถควบคุมอยู่ภายใต้อำนาจจิตใจได้ และในกรณีที่สถานที่และโอกาสไม่เอื้ออำนวยให้ถ่ายปัสสาวะก็ยังสามารถยับยั้งการขับถ่ายปัสสาวะไว้ได้ โดยส่งสัญญาณจากศูนย์กลางในปมประสาท (basal ganglia) และสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เพื่อยับยั้งกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมิให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวสามารถยั้งระยะเวลาในการถ่ายปัสสาวะออกไปได้

พยาธิสรีรภาพของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดจากความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะทั้งใน 2 ระยะดังนี้ คือ (Wyman, 1991)

1. ระยะที่กระเพาะปัสสาวะยึดตัวเพื่อเก็บกักปัสสาวะ (storage phase) ในระยะนี้การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดจากความผิดปกติดังนี้ คือ

1.1 ความล้มเหลวในการเก็บกักน้ำปัสสาวะ (failure to store) เนื่องมาจากกระเพาะปัสสาวะมีการหดตัวที่เพิ่มขึ้นที่เรียกว่า การไร้เสถียรภาพของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor instability) ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากโรคทางระบบประสาทที่มีการทำลายศูนย์ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (CVA) โรคพาร์กินสัน (Parkinson) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นต้น นอกจากนี้กระเพาะปัสสาวะที่มีการหดตัวเพิ่มขึ้นยังมีสาเหตุมาจากการระคายเคืองที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องจาก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เนื้อเยื่อของกระเพาะปัสสาวะ (bladder tumors) นิ่ว หรือการอุดตันทางออกของปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโตทำให้กระเพาะปัสสาวะต้องหดตัวเพิ่มขึ้น

1.2 ความต้านทานของท่อปัสสาวะลดลง หรือหูรูดอ่อนแอ ซึ่งเป็นผลจากการคลายตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เมื่อมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นทำให้คอคอของกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) หยุ่นตัว เกิดปัสสาวะรั่วไหลเมื่อมีการเพิ่มความดันในช่องท้องทันทีทันใด เช่น การไอจาม การหัวเราะ หรือการมีกิจกรรมที่ต้องออกแรง เป็นต้น

2. ระยะที่มีการขับถ่ายปัสสาวะออกมา (expulsion phase) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดจากความผิดปกติในระยะนี้ เกิดจากการไม่สามารถที่จะทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ซึ่งมีสาเหตุดังนี้

2.1 ความต้านทานที่ทางออกของปัสสาวะเพิ่มขึ้น พบบ่อยในผู้ที่มีต่อมลูกหมากโต เกิดการอุดตันทางออกของปัสสาวะ ปัสสาวะคั่งอย่างเรื้อรังทำให้ปัสสาวะไหลทันออกมา และยัง เป็นผลจากการที่ไขสันหลังถูกทำลาย จึงเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและหูรูดมากกว่าการคลายตัว ชักนำไปเกิดการอุดตันของทางออกปัสสาวะ

2.2 การที่กระเพาะปัสสาวะบีบตัวลดลง ซึ่งเกี่ยวข้องกับกำการเป็นโรค ที่มีผลต่อ ระบบประสาท เช่น เบาหวาน เนื่องจากที่มีการทำลายเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักจะเป็นผลมาจากหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการ กลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละชนิด สามารถสรุปได้เป็น 3 สาเหตุดังนี้ คือ (Breitenbucher, 1990)

1. ความผิดปกติในทางสรีรวิทยาในการขับถ่ายปัสสาวะ (physiological causes) จะเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติในกระเพาะปัสสาวะ หรือหน้าที่ของหูรูดอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง กระเพาะปัสสาวะและหูรูดมีหน้าที่เพียงสองอย่าง คือ เก็บปัสสาวะไว้จนกระทั่งถึงเวลาเหมาะสม สำหรับการขับถ่ายปัสสาวะ และหน้าที่ต่อไปคือการทำให้ปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะให้หมด สาเหตุพื้นฐาน 4 ประการของความผิดปกติทางสรีรวิทยาในการขับถ่ายปัสสาวะ อาจแยกได้ ดังนี้

1.1 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากแรงดัน (stress incontinence) เป็นคำที่ใช้ อธิบายถึงการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องท้อง เป็นสาเหตุให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น โดยที่กระเพาะปัสสาวะไม่ได้มีการบีบตัว การรั่วของปัสสาวะที่ ออกมามากเกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อมีการออกกำลังกาย การไอ การจาม หรือการหัวเราะ

1.2 การไร้เสถียรภาพของ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor instability or unstable bladder) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor) จะหดตัวระหว่างที่มีปัสสาวะ ไหลเข้ามาบรรจุโดยไม่ได้ตั้งใจ ทั้ง ๆ ที่ปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะยังไม่เต็ม คือมีปริมาณ ปัสสาวะมีเพียงเล็กน้อย ทำให้เกิดการอยากถ่ายปัสสาวะบ่อยและต้องรีบปัสสาวะ กล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะที่ไร้เสถียรภาพ ทำให้เกิดความบกพร่องในระยะที่กระเพาะปัสสาวะยึดตัวเพื่อ เก็บกักปัสสาวะ จึงมักจะกลั้นปัสสาวะได้ไม่นาน รู้สึกปวดปัสสาวะแล้วต้องการถ่ายปัสสาวะทันที จึงเกิดการเร่งรีบในการถ่ายปัสสาวะทันทีทันใด และเกิดการกลั้นไม่ได้ระหว่างไปห้องน้ำ (urge

incontinence) ปริมาณปัสสาวะที่ออกจะมีปริมาณมากถึงปานกลาง มีปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน

1.3 การอุดตันทางออกของปัสสาวะ (outflow obstruction) พบได้จากการโตของต่อมลูกหมากในผู้ชายเนื่องจากได้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของต่อมลูกหมากที่อยู่รอบ ๆ ท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้น นอกจากนี้การมีคอปัสสาวะตีบแคบ ท่อปัสสาวะมีการอุดตัน ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะลำบาก ต้องเบ่งถ่าย ปัสสาวะไม่เป็นสาย ปัสสาวะเป็นหยด ๆ ภายหลังจากถ่าย ทำให้มีการคั่งของกระเพาะปัสสาวะส่งผลให้มีปัสสาวะไหลท้นออกมา (overflow incontinence) เมื่อปล่อยไว้นานกลัมน้ำในกระเพาะปัสสาวะจะหนาตัวขึ้น เพื่อเอาชนะความต้านทานการไหลของปัสสาวะถ้าการอุดตันอยู่เป็นระยะเวลานานกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถหดเซยได้กลัมน้ำของกระเพาะปัสสาวะจะมีการยืดขยายแต่ไม่มีการบีบตัว

1.4 กลัมน้ำในกระเพาะปัสสาวะไม่มีแรงบีบตัว (neurogenic bladder) เกิดจากการที่กลัมน้ำในกระเพาะปัสสาวะไม่มีการบีบตัวขณะปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุจากการที่ประสาทส่วนปลาย (peripheral nerves) ที่กระเพาะปัสสาวะหรือไขสันหลังบริเวณอุ้งเชิงกรานได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บ ทำให้กลัมน้ำเรียบทำงานได้ไม่เต็มที่ ความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะจะลดลง ทำให้มีปริมาณปัสสาวะค้างอยู่มาก ปัสสาวะจึงไหลท้นออกมา (overflow incontinence)

2. ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ (extrinsic factor affecting bladder function) เกิดจากสาเหตุภายนอกกระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล และสภาพแวดล้อมที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งมีดังนี้ คือ

2.1 ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) การมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวลำบาก (dysmobility) ได้แก่ พวกที่มีปัญหาโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พวกข้อติดแข็ง ปวดข้อ ปัญหาทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรง อัมพาต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นในการขับถ่าย (Penn et al., 1996) การบกพร่องของการมองเห็น ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าห้องน้ำ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาาน ไม่สามารถที่จะไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา จึงทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ และได้มีการศึกษาพบว่าความบกพร่องในการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Palmer, German & Ouslander, 1991)

2.2 สิ่งแวดล้อม (environment) ตำแหน่ง และลักษณะของการออกแบบพื้นที่ของสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยเฉพาะในบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวลำบากหรือมีอาการสับสน สถานที่ตั้ง ความสูงของเตียง เก้าอี้ ความสะดวกสบาย ยากง่ายต่อการใช้ห้องน้ำ เป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาในผู้ที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Jeter, Faller, & Norton, 1990)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่มีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ (miscellaneous factor affecting bladder) คือ ปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

3.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดชั่วคราว (transient urinary incontinence) การติดเชื้อทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ความถี่และจำนวนครั้งในการหัดตัวที่นอกเหนืออำนาจจิตใจเพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ยังจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากขึ้น

3.2 ภาวะจิตใจ (mental state) ความบกพร่องทางด้านจิตใจมีผลต่อการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่นความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การปัสสาวะบ่อย หรืออาจกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ การรับรู้ทางสติปัญญาที่ลดลง (cognitive decline) การที่มีภาวะสับสนชั่วคราวทำให้ขาดความสนใจในความรู้สึกปวดปัสสาวะ สำหรับในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงรวมทั้งการดูแลตนเองเรื่องการขับถ่ายก็ลดลงด้วย (Penn et al., 1996) จากผลการวิจัยของ เบอร์จิโอ, โจนส์ และอิงเกล (Burgio, Jones, & Engel, 1988) พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติด้านสติปัญญาและการรับรู้ จะเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติ โดยจากการศึกษาในผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 126 คน พบว่ามีความผิดปกติด้านสติปัญญาและการรับรู้ร้อยละ 58 และมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 95 แต่ภาวะจิตใจยังเป็นสิ่งที่ไม่ชัดเจนว่าเป็นผลให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือเป็นผลจากอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Wyman, Harkins, & Fantl, 1990)

3.3 การอุดตันของอุจจาระ (fecal impaction) การอุดตันของอุจจาระเรื้อรัง หรือภาวะท้องผูก อุจจาระคั่งค้าง เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากส่งผลทางอ้อมต่อการทำหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะ เพราะทำให้เกิดการโป่งตึงของลำไส้ตรง ซึ่งสามารถกดคอคของกระเพาะปัสสาวะ เกิดการคั่งของน้ำปัสสาวะนำไปสู่การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ส่วนการล้วงอุจจาระที่อุดตันนั้นจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และเส้นประสาทกล้ามเนื้อบาดเจ็บจากการที่ถูกบีบมาก หรือถูกกดจนขาดเลือดไปเลี้ยง อุจจาระยังอุดตันกีดขวางบริเวณหูรูดชั้นนอกของกระเพาะปัสสาวะ กีดขวางการขับถ่ายปัสสาวะทำให้ปัสสาวะล้นมาก ถูกขับออกมาไม่หมด ส่งผลถึงอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลาต่อมา (Penn et al., 1996)

3.4 การใช้ยา (drug therapy) มียาหลายชนิดที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะ ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ทำให้จำนวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นและถูกขับออกมามากอย่างฉับพลัน ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย และต้องเร่งรีบในการปัสสาวะ (urge

incontinence) ส่วนการใช้ยาด้านซึมเศร้า (antidepressant) ยาแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ยาแก้แพ้ (antihistamine) อาจทำให้เกิดภาวะสับสนและมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะผิดปกติตามมา หรืออาจทำให้เกิดการตั้งค้ำของปัสสาวะ โดยเฉพาะในผู้ที่มีต่อมลูกหมากโตทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการไหลท้น (overflow incontinence) ขึ้นได้ นอกจากนี้การใช้ยาระงับประสาท และยานอนหลับ ทำให้วังซึม สับสนมีผลต่อสามารถในการตอบสนองความต้องการที่จะปัสสาวะลดลง และกลั้นไม่ได้ ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงยาที่ใช้ว่ามีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; Miller, 1998; Smith, 1998; Staab & Hodges, 1996; Wyman, 1991)

3.5 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (endocrine disorders) ความผิดปกติส่วนต่าง ๆ ของต่อมไร้ท่ออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่ที่ปกติของการถ่ายปัสสาวะ ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานเลวลง เช่น โรคเบาหวาน และโรคเบาเจ็ดมีผลต่อจำนวนปัสสาวะมากขึ้น ทำให้ต้องการปัสสาวะบ่อยขึ้นจึงอาจเกิดปัสสาวะรดขึ้นได้ และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะยังบีบตัวได้ลดลงทำให้เกิดปัสสาวะคั่งค้างเกิดปัสสาวะไหลท้นออกมาได้ เป็นต้น ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น ซึ่งในผู้สูงอายุเพศหญิงภายหลังหมดประจำเดือนประมาณ 10 ปี ระดับฮอร์โมนที่ลดลงมีผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอลง และยังเป็นสาเหตุของการอักเสบของช่องคลอดและท่อปัสสาวะ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ (Jeter et al., 1990; Staab & Hodges, 1996)

3.6 ความอ้วน (obesity) ความอ้วน คือ การที่มีน้ำหนักตัวเกินกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานที่เทียบกับส่วนสูงและอายุ ความอ้วนนี้จะไปเพิ่มความเสี่ยงที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ โดยเฉพาะในสตรี (Burgio, Mathews & Engel, 1991) เนื่องจากน้ำหนักร่างกายที่เกินมาตรฐานทำให้กล้ามเนื้อที่พยุงอุ้งเชิงกรานอ่อนแอลง และอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก็จะ เลวลงด้วย จากการศึกษาในเพศหญิงที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) มากกว่า 30 กก./เมตร² จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายปกติ (Luft & Vriheas-Nichols, 1998)

3.7 การสูบบุหรี่ (smoking) ส่วนประกอบของบุหรี่ คือ ทาร์ (tar) ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดการปัสสาวะบ่อย มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน (urge incontinence) นอกจากนี้การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการไอเรื้อรังเป็นการเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้สูงขึ้นทำให้เกิดการปัสสาวะเล็ดเวลาไอจาม (stress incontinence) ได้ในที่สุด (Penn et al., 1996)

ชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สามารถแบ่งอย่างกว้าง ๆ ออกได้เป็น 2 ชนิด คือ (Bedford, 1996; Case-Gambel, 1995; Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998; Penn et al., 1996; Wyman, 1999)

1. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเฉียบพลันหรือชั่วคราว (acute or transient urinary incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นมาไม่นานอาจเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การได้รับยาบางชนิด ความเจ็บป่วย การติดเชื้อ การผ่าตัด ภาวะที่ทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ (excessive excretion) เช่น โรคหัวใจ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้พบได้ร้อยละ 30 ของสาเหตุการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ และเมื่อจัดการกับปัจจัยส่งเสริมให้หมดไปอาการการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก็สามารถหายไปได้เอง แต่ถ้าปัจจัยเหล่านี้ ไม่ได้รับการแก้ไข การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะกลายเป็นแบบถาวร (persistent urinary incontinence)

2. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นมานานหรือเป็นประจำ (persistent or established urinary incontinence) เป็นอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีอาการเกิดขึ้นชัดเจน อย่างน้อยสามารถพบอาการได้ในช่วงระยะเวลาหกเดือนที่ผ่านมา โดยไม่มีสิ่งที่แสดงว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรือเนื่องจากการไม่ได้รับการปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว ซึ่งในการวินิจฉัยแยกชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นประจำ สามารถแบ่งได้เป็น 5 ชนิดตามลักษณะอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แสดงออกมา ดังนี้ คือ

2.1 ปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มของแรงดันในช่องท้อง หรือปัสสาวะเล็ดเวลาไอจาม (stress urinary incontinence) คือ การที่มีปัสสาวะรั่วไหลโดยควบคุมไม่ได้ระหว่างที่มีกิจกรรม เช่น การเดิน การออกกำลังกาย การก้มยกของหนัก หรือในช่วงเวลาที่ความดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างทันทีทันใด เช่น การไอ การหัวเราะ การจาม จากการที่กล้ามเนื้อรอบ ๆ ท่อปัสสาวะอ่อนแรงปิดไม่สนิทเกิดความบกพร่องของท่อปัสสาวะที่ทำหน้าที่เป็นหูรูดปัสสาวะจึงรั่วไหลออกมา โดยส่วนมากจะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยจำนวนไม่กี่หยด หรือไม่กี่ช้อนชา มักจะไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน หรือปัสสาวะรดที่นอน ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบปัสสาวะเล็ดเวลาไอจามเป็นชนิดที่พบได้น้อยในผู้สูงอายุชาย แต่จะพบได้มากที่สุดและผู้สูงอายุเพศหญิง

2.2 ปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน (urge incontinence) การกลั้นไม่อยู่ชนิดนี้จะมีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรงทันที โดยไม่สามารถควบคุมและยั้งระยะเวลาความต้องการขับถ่ายปัสสาวะออกไปได้ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดนี้จะมีความรู้สึกปวดปัสสาวะมากมีความต้องการ

อย่างรีบด่วนที่จะไปห้องน้ำ แต่จะปัสสาวะรดก่อนที่จะถึงห้องน้ำ มักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) ปัสสาวะรดที่นอน ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบนี้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะที่มีการหดตัวอย่างรุนแรงนอกเหนืออำนาจจิตใจ (detrusor hyperreflexia) ทั้ง ๆ ที่ปัสสาวะยังไม่เต็มกระเพาะปัสสาวะ การที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะหดตัวอย่างรุนแรง อาจเกิดจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease) โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคที่มีการทำลายของไขสันหลัง นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการคลายตัวของท่อปัสสาวะ (urethral instability) ทั้ง ๆ ที่ไม่มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะจึงรั่วไหลออกมาได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนมากมักจะพบว่าเป็นชนิดปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน (Kee, 1999; Wyman, 1999)

2.3 ปัสสาวะไหลทัน (overflow incontinence) เป็นการที่มีปัสสาวะรั่วไหลเนื่องมาจากมีการยืดขยายของกระเพาะปัสสาวะมากผิดปกติ โดยปราศจากการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ หรือเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ไขสันหลังถูกทำลาย ความผิดปกติของระบบประสาทจากเบาหวาน (diabetic neuropathy) มักจะมีการคั่งค้างของปัสสาวะเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง (chronic retention of urine) เป็นผลมาจากการอุดตันทางออกของปัสสาวะซึ่งมักจะพบได้ในผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง การอุดตันทางออกของปัสสาวะอาจเกิดจากการอุดตันของอุ้งจาระ การโตของต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย ส่วนในเพศหญิงอาจเกิดจากกระเพาะปัสสาวะหย่อนหรืออวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อน โดยในแบบนี้จะมีอาการปัสสาวะเล็ดออกมาเกือบทั้งวันทั้งคืน ปัสสาวะบ่อยแต่ปริมาณน้อย ปัสสาวะไหลเป็นหยด ๆ รู้สึกว่าปัสสาวะไม่หมด

2.4 ปัสสาวะรดเพราะจิตจำกัดของร่างกาย (functional incontinence) เป็นการรั่วไหลของปัสสาวะที่ไม่มีความผิดปกติที่กระเพาะปัสสาวะ และที่ท่อปัสสาวะ แต่เกิดกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากความผิดปกติของการรับรู้ และสติปัญญา (cognitive impairment) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการจำกัดในหน้าที่ของร่างกาย เช่น อัมพาต โรคข้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงอุปสรรคของสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพของห้องน้ำที่ไม่เหมาะสม มีส่วนทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้เช่นกัน

2.5 ปัสสาวะรดแบบผสม (mixed incontinence) คือ ลักษณะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มของแรงดันในช่องท้องขณะไอหรือจาม (stress incontinence) ร่วมกับการมีปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน (urge incontinence) เนื่องจากผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะพบอาการดังกล่าวทั้ง 2 ชนิดร่วมกันได้ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหูรูดรอบท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะในการควบคุมการกลั้นปัสสาวะ

ความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และการประเมิน

การแบ่งระดับ หรือความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สามารถพิจารณาได้จาก ปริมาณ หรือความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และจากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของตนเอง แต่การให้ความหมายความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ยังมีความแตกต่างกันอยู่ การใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ จะเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดีกว่าการใช้ความถี่หรือปริมาณเพียงอย่างเดียว (Steeman & Defever, 1998)

เฮอร์ซ็อก, ไคโอล์โน, บราวน์, ฟุลทซ์, โกลด์สไตน์ (Herzog, Diokno, Brown, Fultz & Goldstein, 1994) ได้แบ่งความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้ปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่ได้ และความถี่ของการมีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายใน 365 วันที่ผ่านมา แบ่งความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ออกเป็น 3 ระดับ คือ ถ้ามีความถี่ของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในช่วง 1-9 วัน ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่น้อยกว่าครึ่งช้อนชาต่อวัน จัดว่าเป็นการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดรุนแรงเล็กน้อย (mild incontinence) ถ้าความถี่ของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในช่วง 10-49 วันระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ครึ่งช้อนชาถึงน้อยกว่าหนึ่งช้อน ใ้ต่อวันจัดว่าเป็นการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดรุนแรงปานกลาง (moderate incontinence) ส่วนการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดรุนแรงมาก (severe incontinence) จะมีความถี่ของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่บ่อยมาก ในช่วง 300 วัน หรือมากกว่า ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา ปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ 1 ใน 4 ถ้วยตวง หรือมากกว่าต่อวัน ความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากปริมาณปัสสาวะที่รั่วไหลออกมา

พราเซอร์ และคณะ (Frazer et al., 1987 cited in Wyman, 1990) ได้ประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการรับรู้ของตนเองว่ามีความรุนแรงในระดับใด โดยใช้แบบประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลที่ไม่แม่นยำ เพราะเป็นแค่เพียงการประมาณเท่านั้น (Fultz & Herzog, 1993)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรุนแรงจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการสังเกตปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ โดยการใช้เทคนิคการชั่งน้ำหนักแผ่นซึมซับที่สวมใส่แต่ก็เป็นวิธีการที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน (Wyman et al., 1987)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ วีรพันธุ์ ไชยวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khovidhukit, 1998) ได้ประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยการใช้ปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดไหล และ

ความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คำนวณการสอบถามผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชนคลองเตย จำนวน 114 คน แล้วให้คาดคะเนปริมาณ และความถี่ของปัสสาวะที่รั่วไหลออกมา จากเกณฑ์การประเมินความรุนแรงดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีระดับความรุนแรงน้อย ร้อยละ 1.7 รุนแรงระดับปานกลางร้อยละ 43.9 และรุนแรงระดับมากร้อยละ 54.4 ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งดังนี้

1. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงน้อย (mild incontinence) คือ ปริมาณของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่า 1 ซ้อน โต้ะ (10 มล.) และ/หรือมีความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน
2. การกลั้นปัสสาวะรุนแรงปานกลาง (moderate incontinence) คือ ปริมาณของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 1 ซ้อน โต้ะถึงครึ่งแก้ว (10-100 มล.) และ/หรือมีความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 2 ครั้งต่อเดือนถึงน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน
3. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่รุนแรงมาก (severe incontinence) คือ ปริมาณของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากกว่าครึ่งแก้ว (ประมาณ 100 มล.) และ/หรือมีความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่บ่อยตั้งแต่ 1 ครั้งต่อวันขึ้นไป

เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ได้คัดแปลงการประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการแบ่งของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khovidhukit, 1998) เพื่อให้สะดวกใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุในชุมชนจากการคาดคะเนปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เทียบกับความถี่ของผ้าที่เปียก โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยพิจารณาจากปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่กับความถี่ของการเกิดเหตุการณ์กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังต่อไปนี้

1. รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มากระดับเปียกทะลุถึงผ้าหุงชั้นนอก (มากกว่า 100 มิลลิลิตร) และ/หรือเกิดอาการบ่อยทุกวันหรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อวัน)
2. รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่มากระดับชุ่มกางเกงชั้นใน (10-100 มิลลิลิตร) และเกิดอาการหลาย ๆ วันครั้งหรือเดือนละตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน)
3. รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่เพียงไม่กี่หยด (น้อยกว่า 10 มิลลิลิตร) และเกิดอาการเดือนละครั้งหรือน้อยกว่านี้

จากเกณฑ์ดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชนกรุงเทพฯ จำนวน 205 คน มีระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก

ร้อยละ 12.2, 30.2 และ 57.6 ตามลำดับ

สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) เนื่องจากได้มีการคัดแปลงการสอบถามถึงปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยคาดคะเนจากปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่เทียบกับความมากน้อยของผ้าที่เปียก และยังเป็น การประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยพิจารณาาร่วมกันทั้งปริมาณ และความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถือว่าเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงได้ดี ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยได้รับความเห็นด้วยจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์และการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้นำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 205 คน

การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

การที่มีอายุมากขึ้นอย่างเฉียวไม่ได้เป็นสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แต่กระบวนการสูงอายุมิผลต่อระบบการทำงานของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Case-Gamble, 1995) โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางโครงสร้างและหน้าที่ในระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทำให้มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ และความยืดหยุ่นของผนังกระเพาะปัสสาวะอาจลดลงจาก 500-600 มิลลิลิตร ในผู้ใหญ่ปกติ เหลือ 250-300 มิลลิลิตร ในผู้สูงอายุ (Wyman, 1999) จากความจุที่ลดลงนี้ทำให้เกิดการถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) อีกทั้งในผู้สูงอายุยังมีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนนอก (cerebral cortex) และปฏิกิริยาย้อนกลับไขสันหลัง (spinal reflex) ทำให้เกิดการยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะซึ่งการบีบตัวจะเกิดขึ้นเมื่อปริมาณปัสสาวะมีเพียงเล็กน้อย และบีบตัวแรงอย่างไม่เหมาะสม เป็นการลดลงของสัญญาณประสาทที่มีผลในการคลายตัว การเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะพัฒนามาทำให้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะไวและหดตัวเร็ว (detrusor instability) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) โดยผู้สูงอายุมักจะบอกว่ากลั้นปัสสาวะได้ไม่นาน รู้สึกปวดปัสสาวะแล้วต้องการถ่ายปัสสาวะทันที ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการรั่วไหลของปัสสาวะ (Palmer, 1994) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีปริมาณของปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ (residual urine) เพิ่มมากขึ้นเป็นผลมาจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวได้ลดลง ปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะภายหลังการถ่ายปัสสาวะ (post-void residual, PVR) ในคนปกติจะน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ถ้ามีปริมาณมากกว่าปกติต้องนึกถึงความ

ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ไม่มีประสิทธิภาพ (UI Guideline Panel, 1992 cited in Penn et al., 1996) จนทำให้เกิดกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากปัสสาวะไหลทันได้ นอกจากนี้ความสามารถในการบีบระยะเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะลดลง และแบบแผนในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป คือมีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืน (nocturnal diurnal pattern) (Miller, 1995)

สำหรับในผู้สูงอายุเพศชาย ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของต่อมลูกหมากที่อยู่รอบ ๆ ท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้น (benign prostatic hyperplasia) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุเพศชาย โดยมีอุบัติการณ์เกิดมากกว่าร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการเกิดต่อมลูกหมากโต ประมาณร้อยละ 90 (McConnell et al., 1994 cited in Penn et al., 1996) การโตของต่อมลูกหมากทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่สะดวก และมีการคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้นเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องเบ่งหรือบางครั้งปัสสาวะอาจไหลรินออกมาเป็นหยด ๆ นอกจากนี้การเป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 87 (Harris, 1997)

ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิงท่อปัสสาวะจะบางลงทนต่อแรงกดดันได้ลดลง (Case-Gamble, 1995) อีกทั้งยังมีการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนภายหลังหมดประจำเดือนประมาณ 10 ปี ระดับฮอร์โมนที่ลดลงมีผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอลงและยังเป็นสาเหตุของการอักเสบของช่องคลอดและท่อปัสสาวะ ซึ่งส่งผลต่อการกลั้นปัสสาวะ (Jeter et al., 1990; Staab & Hodges, 1996) สำหรับในผู้สูงอายุหญิงนอกจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะอ่อนแอลงตามวัยที่สูงขึ้นแล้ว การที่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอดยังทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และเอ็นยึดขาดความแข็งแรงถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับ การผ่านการคลอดบุตรน้ำหนักตัวมาก ความยากลำบากในการคลอดระยะที่สองหรือการใช้หัตถการในการคลอด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ หรือการช่วยคลอดที่ไม่ถูกวิธี เช่น ให้ศีรษะเด็กมาดันอุ้งเชิงกรานไว้นาน ๆ การไม่ได้ตัดฝีเย็บ และการไม่ได้เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจามได้ (Penn et al., 1996; Watson, 1997)

ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

ชูมาร์คเกอร์ และคณะ (Shumaker et al., 1994 cited in Clayton, Smith, Qureshi & Ferguson, 1998) ได้กล่าวถึงผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่ามี 4 ด้าน คือ ผลกระทบด้าน

การมีกิจกรรมทางกาย ด้านการเดินทาง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการกลั่นปีศาจะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ในผู้สูงอายุที่มีการกลั่นปีศาจะไม่อยู่จะทำให้การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตของบุคคล ได้แก่ การทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ประกอบอาหาร เป็นต้น การจับจ่ายซื้อของ การทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมนันทนาการ การทำกิจกรรมบันเทิง นิวแมน และเบอร์น (Newman & Burns, 1994) ได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่ จำนวน 5 คน เกี่ยวกับผลของการกลั่นปีศาจะไม่อยู่ต่อการมีกิจกรรมประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจ หวาดระแวงต่อการมีกิจกรรม เช่น การจับจ่ายซื้อของ การทำงานบ้าน หรือการออกกำลังกาย เพราะว่าทำให้เกิดปีศาจะเล็ดไหล วายแมน และคณะ (Wyman et al., 1987) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่ 69 คน พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในระดับปานกลางถึงระดับสูง ต่อการมีกิจกรรมประจำวันของร่างกาย ได้แก่ การจับจ่ายซื้อของ การทำกิจกรรมบันเทิง และการมีกิจกรรมนันทนาการ คิดเป็นร้อยละ 32.9 29 และ 24 ตามลำดับ ผู้ที่มีการกลั่นปีศาจะไม่อยู่มักจะลดการมีกิจกรรมประจำวันลง เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดการกลั่นปีศาจะไม่อยู่ได้ (Wyman et al., 1990) ส่วนกัลแลเกอร์ (Gallagher, 1998) ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่ในชุมชนจำนวน 17 ราย พบว่าการกลั่นปีศาจะไม่อยู่สร้างความไม่สุขสบายและกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกาย

2. ด้านการเดินทาง (travel) การกลั่นปีศาจะไม่อยู่จะส่งผลกระทบต่อการเดินทางไปในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ การเดินทางออกนอกบ้านโดยรถยนต์ การเดินทางไปพักผ่อน การเดินทางไปโบสถ์หรือวัด การเดินทางไปในสถานที่ที่ไม่แน่ใจว่ามีห้องน้ำ ซึ่งการศึกษาของ วายแมน และคณะ (Wyman et al., 1987) ในผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่พบว่าได้ผลกระทบในระดับปานกลางถึงระดับสูง ต่อการเดินทางไปในสถานที่ที่ไม่แน่ใจว่ามีห้องน้ำ การเดินทางโดยรถยนต์ที่ใช้เวลานานกว่า 30 นาที และการเดินทางไปพักผ่อน ตามลำดับ (Wyman et al., 1987) ซิงนอร์ตัน แมคโดแนลด์ เซจวิก และ สแตนตัน (Norton, McDonald, Sedgwick, & Stanton, 1988) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่จำนวน 113 คน พบว่าร้อยละ 60 จะหลีกเลี่ยงการเดินทางออกไปนอกบ้าน เพราะกลัวว่าจะเกิดปีศาจะรั่วไหลและต้องการเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น

3. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (social relationship) คือ ผู้สูงอายุที่มีการกลั่นปีศาจะไม่อยู่ส่งผลถึงความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน การออกไปมีกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน การมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ซึ่งวายแมน และคณะ (Wyman et al., 1987) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจะไม่อยู่ได้รับผลกระทบด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมระดับปานกลางถึงระดับสูงร้อยละ 12 ซึ่งการกลั่นปีศาจะไม่อยู่ที่สาธาระณะทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม

(Staab & Hodges, 1996) ผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะจำกัดกิจกรรมทางสังคม และกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในแต่ละวัน การแยกตัวออกจากสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคม (social support) ลดลง (Wyman et al., 1990) จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพศหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 52 คน พบว่าร้อยละ 11.6 ต้องจำกัดหรือลดการมีกิจกรรมภายนอกบ้านเนื่องจากความอาย และกลัวว่าจะเกิดกลิ่น (Thomas & Morse, 1991) ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกตัวอยู่ภายในบ้านส่งผลกระทบต่อ การเข้าร่วมสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khodvidhunkit, 1998) พบว่าผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้รับผลกระทบที่รุนแรงต่อการดำเนินชีวิตในสังคม โดยทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ ต้องการอยู่คนเดียว นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสยังได้รับผลกระทบไปด้วยจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศ (sexual relationship) บกพร่อง ดังเช่น ซัทท์เฮิร์ท (Sutherst, 1979 cited in Wyman et al., 1990) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุหญิงจำนวน 103 คน ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และได้รับการรักษาในคลินิกทางเดินปัสสาวะรายงานว่ามีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 48

4. ด้านสุขภาพจิต (emotional health) คือ การที่ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ หรือมีความรู้สึกต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ ความเกรงกลัวต่อการเกิดกลิ่น ความอายจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความรู้สึกโกรธต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความรู้สึกไม่มั่นใจ ความรู้สึกกังวลใจ และความรู้สึกซึมเศร้า ดังเช่นจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 69 คน พบว่าร้อยละ 25 ได้รับผลกระทบด้านจิตใจในระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 23.7 ได้รับผลกระทบระดับปานกลางถึงระดับสูงจากเกิดความอายที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และร้อยละ 19.7 ได้รับผลกระทบในระดับปานกลางถึงระดับสูงต่อการเกิดกลิ่นจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Wyman et al., 1987) ส่วนความรู้สึกต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้น โรมัส และมอร์ส (Thomas & Morse, 1991) ได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 52 คน เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 40 รู้สึกรำคาญ ร้อยละ 20 รู้สึกอับอายกับกลิ่นที่นำรังเกียจของปัสสาวะ และร้อยละ 12 รู้สึกว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ปรากฏในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในปัญหาที่มีผลกระทบด้านจิตใจมากเนื่องมาจากความกลัวของผู้สูงอายุต่อการเกิดปัสสาวะเล็ดไหลทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) แยกตัวและเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) ได้ (Case-Gamble, 1995; Palmer, 1988) ในเพศหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะรู้สึกโกรธเกิดผลทางลบต่ออารมณ์ รู้สึกคำด้อย โดยกล่าวว่า การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นสิ่งที่เร่าที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressor) อย่างรุนแรง (Gallagher, 1998) นอกจากนี้การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ยังมีผลต่อความผาสุกทางใจ โดยนอร์ตัน (Norton, 1982 cited in Wyman et al., 1990) พบว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุหญิงจำนวน 55 คน ที่ได้รับการดูแลรักษาที่คลินิกทางเดินปัสสาวะรู้สึกว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลกระทบทางด้านจิตใจ และจากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khodvidhunkit, 1998) ในผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชนจำนวน 114 คน พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เกิดผลกระทบด้านจิตใจอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ในผู้สูงอายุหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 205 คน พบว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลกระทบทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ขาดความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกต้องการแยกตัวออกจากสังคมคิดเป็นร้อยละ 66.8, 49.3 และ 49.3 ตามลำดับ ซึ่งความเครียดจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบใน 3 ลักษณะคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ความอาย และความรู้สึกขี้มเสรำ (Yu et al., 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ริส บราวน์ และซอลท์มาร์เช (Morris, Brown & Saltmarche, 1992) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะปกติ 23 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 23 คน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีคะแนนความขี้มเสรำมากกว่ากลุ่มที่กลั้นปัสสาวะปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชิเวอร์ตัน เวลส์ บริงค์ และเมเยอร์ (Chiverton, Wells, Brink & Mayer, 1996) ในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 511 คน เกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจที่มีส่วนสัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีภาวะขี้มเสรำมากกว่ากลุ่มที่มีการกลั้นปัสสาวะปกติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าอาการทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลกระทบต่ออาการทางด้านจิตใจ (Wyman et al., 1990)

การประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 2 กลุ่มคือ

1. การประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับสูงจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Robinson, Pearce, Preisser, Dugan, Suggs, & Cohen, 1998) มีการประเมินโดยใช้การวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Grimby, Milson, & Molander, 1993 cited in Steeman & Defever, 1998) และยังได้มีการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยการวัดคุณภาพชีวิต ที่ใช้เครื่องมือซึ่งเฉพาะเจาะจงกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คือ Incontinence Quality of Life (I-QOL) ที่สร้างโดย แวกเนอร์

เพทริค บาเวนดาม มาร์ติน และ บัสซิง (Wagner, Patrick, Bavendam, Matrin, & Buesching, 1996) ที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ส่วนวายแมน และคณะ (Wyman et al., 1987) ได้มีการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อชีวิต โดยใช้แบบสอบถามผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Impact Questionnaire, IIQ) ที่ได้พัฒนามาจากนอร์ตัน (Norton, 1982 cited in Wyman et al., 1987) เพื่อใช้วัดผลของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อสุขภาพกาย ใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งให้ผู้สูงอายุได้เป็นผู้ประเมินตนเองว่ามีระดับความรุนแรงของผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากน้อยเพียงใด ต่อมาเครื่องมือนี้ได้มีการพัฒนาให้ง่าย ใช้ได้อย่างกว้างขวาง และมีความเชื่อมั่นสูงขึ้น โดยชูมาร์คเกอร์ และคณะ (Shumaker et al., 1994 cited in Ubesax et al., 1995) นอกจากนี้ยังมีใช้วิธีการสัมภาษณ์ถึงผลของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Asworth & Hargan, 1993; Dowd, 1991)

2. การประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อสภาพจิตใจ ได้มีการประเมินโดยการใช้ดัชนีความเครียดจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Stress Index) (Yu, 1987) ที่ประกอบด้วยแบบสอบถามถึงความเครียดที่มีต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้ป่วย (Incontinence Stress Questionnaire for Patients, ISQ-P) เพื่อเป็นการวัดผลกระทบด้านจิตใจจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง เป็นต้น และ แบบวัดการรับรู้ถึงความผาสุกของผู้ป่วยที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Psychological General Well-Being , PGWB) ของ ดูพาย (Duprey, 1978 cited in Yu et al., 1989) นอกจากนี้ยังได้มีการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อความมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้มาตราวัดความมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale) ของ โรเซนเบอร์ก (Rosenberg, 1965 cited in Chiverton et al., 1996) ประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยใช้ดัชนีความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index) ที่วูดและคณะ (Wood et al., 1969 cited in Chiverton, 1996) ได้พัฒนาขึ้น

ส่วนการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อด้านจิตใจ จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทยนั้น ได้มีผู้ศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งมีการประเมินผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความรู้สึกต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีผลต่อจิตใจ และการดำรงชีวิตในสังคม โดยถามถึงความรู้สึกอาย วิตกกังวล ไม่สะดวกสบาย สูญเสียความเชื่อมั่นในการพบปะหรือพูดคุยกับบุคคลอื่น รบกวนต่อสมาชิกในครอบครัว ความต้องการอยู่คนเดียว ความรู้สึกว่ามีผลต่อการใช้ชีวิตในสังคม โดยให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความรู้สึกของตนเองออกมาเป็น ไม่มี ปานกลาง หรือมาก ได้นำใช้กับผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) ซึ่งการประเมินผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ที่ได้มีการ

ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ตามการรับรู้ความรู้สึกตามผลกระทบด้านจิต-สังคม และภาวะเศรษฐกิจจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุประเมินค่าความรู้สึกของตนเองออกมาเป็นระดับเช่นเดียวกัน

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของ ชูมาร์คเกอร์ และคณะ (Shumaker et al., 1994 cited in Ubesax et al., 1995) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือ คือ แบบสอบถามผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Impact Questionnaire) มาจากของวายแมน และคณะ (Wyman et al., 1987) เพื่อใช้วัดผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใน 4 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย การเดินทาง การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสุขภาพจิต โดยมีคำตอบให้ประเมินค่าระดับของผลกระทบ เป็น 4 ระดับคือ ไม่เคยมีเลย น้อย ปานกลาง มาก ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้สูงอายุได้มีการประเมินด้วยตัวเอง โดยได้นำมาใช้กับผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชนจำนวน 162 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ ผลกระทบด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการเดินทาง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และด้านสุขภาพจิต เท่ากับ .87, .87, .90 และ .90 ตามลำดับ

การจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

วายแมน (Wyman, 1999) ได้กล่าวถึงการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุว่าประกอบไปด้วยการจัดการใน 4 แบบ คือ การจัดการแบบแผนชีวิต การจัดการด้วยพฤติกรรม การจัดการทางการแพทย์โดยการใช้ยาหรือการผ่าตัด และการจัดการแบบประคับประคอง ซึ่งมีรายละเอียดและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการแต่ละแบบดังนี้

1. การจัดการแบบแผนชีวิต (lifestyle management) มีจุดมุ่งหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะช่วยป้องกัน และจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น การลดน้ำหนักในรายที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จะช่วยลดแรงดันภายในช่องท้องทำให้อาการปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องในระหว่างการทำกิจกรรมทางกายดีขึ้น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการไอเรื้อรังที่อาจทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้ ส่วนในผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกควรมีการฝึกหัดนิสัยการขับถ่าย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และการออกกำลังกายซึ่งจะทำให้ลดการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการไหลท้น แบบแผนชีวิตที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการกลั้นปัสสาวะได้แก่ การจำกัดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเนื่องจากทำให้ปัสสาวะบ่อย การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์จะมีผลกดระบบประสาทส่วนกลางและยังระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ

สำหรับอาหารที่มีรสเปรี้ยวหรือเครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนตจะมีส่วนสัมพันธ์กับการปัสสาวะบ่อย ปวดปัสสาวะทันทีทันใดเกิดปัสสาวะรด การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 1500-2000 มิลลิลิตรต่อวัน ถ้าไม่มีข้อห้ามจะช่วยในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของไต และจำกัดการดื่มน้ำในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงก่อนนอน (Mooney & Greenway, 1996) ซึ่งการดื่มน้ำเป็นสิ่งสำคัญทั้งการได้รับในปริมาณที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปจะมีส่วนสัมพันธ์กับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Colling, Owen, & McCreedy, 1994) เนื่องจากถ้าดื่มน้ำน้อยไม่เพียงพอทำให้ปัสสาวะเข้มข้นจนเกิดการระคายเคืองและทำให้กระเพาะปัสสาวะหดตัวเกิดความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะในขณะที่ปริมาณปัสสาวะน้อย เป็นผลให้การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แย่ง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) อิงเบอร์ก และคณะ (Engberg et al., 1995) ศึกษาการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยพฤติกรรมบำบัดตนเองในผู้สูงอายุ 147 คนพบว่ามีการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการปัสสาวะบ่อยขึ้น จำกัดน้ำดื่ม และเลือกชนิดของเครื่องดื่มร้อยละ 55.1, 34.0 และ 26.5 ตามลำดับ ส่วนโคเฮอร์ที และคณะ (Dougherty et al., 1998) ที่ศึกษาถึงการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุหญิง 218 คน พบว่าร้อยละ 44.5 มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่ม สำหรับการศึกษานี้ของ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ในผู้สูงอายุหญิงไทยในชุมชน 205 คน พบว่ามีการจัดการกับแบบแผนชีวิต คือ การเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ร้อยละ 27.8 การดื่มน้ำน้อยลงร้อยละ 15.1

2. การจัดการด้วยพฤติกรรม (behavioral management) วิธีนี้เป็นการจัดการที่มีประสิทธิผล และไม่เกิดผลข้างเคียงในการควบคุมปัสสาวะที่รั่วไหลจากความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นการจัดการที่ควรจะใช้เป็นอันดับแรกในการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (McDowell et al., 1994) โดยการจัดการแบบนี้ประกอบไปด้วย การกำหนดตารางเวลา และการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

2.1 การกำหนดตารางเวลา (scheduling regimens) ได้แก่ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน โดยวิธีการฝึกกระเพาะปัสสาวะ คือการต่อต้านหรือยับยั้งความต้องการที่จะถ่ายปัสสาวะทันทีทันใด เป็นการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ยึดระยะห่างระหว่างเวลาในการปัสสาวะลดจำนวนครั้งของการมีปัสสาวะรด การเข้าห้องน้ำตามเวลา (timed voiding) เป็นการฝึกหัดนิสัยในการขับถ่ายโดยกำหนดเวลาในการเข้าห้องน้ำมักจะเป็นทุก 2 ชั่วโมง ใช้ในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะเล็ดเวลาไอจาม หรือจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน ปัสสาวะรดเพราะขัดจำกัดของร่างกาย และปัสสาวะไหลทันที ซึ่งพบว่าการใช้วิธีนี้ในเพศชายอาการจะดีขึ้นร้อยละ 85 (Sogbein & Awad, 1982 cited in Wyman, 1999) ส่วนในเพศหญิงอาการจะดีขึ้นร้อยละ 79 (Godec, 1994) การกระตุ้นการปัสสาวะ (prompted voiding) เป็นวิธีที่ใช้กับผู้ที่มีความบกพร่อง

ทางด้านความคิดความจำ หรือมีความบกพร่องทางร่างกาย ใช้ในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการมีจิตจำกัคของร่างกาย และปัสสาวะราดกลั้นไม่ทัน โดยการใช้ผู้ดูแลพาเข้าห้องน้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนครั้งของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ซึ่งสามารถลดได้โดยเฉลี่ย 0.8-1.8 ครั้งในหนึ่งวัน (Creason, Grybowski, & Burgener, 1989)

2.2 การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ อู้งเชิงกราน (pelvic muscle rehabilitation) ประกอบไปด้วยวิธีการบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน (pelvic muscle exercise or Kegel exercise) ใช้ในผู้ที่มีปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง หรือปัสสาวะราดกลั้นไม่ทัน โดยการบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานจะลดการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นการเพิ่มแรงต้านทานของท่อปัสสาวะทำให้กล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานแข็งแรงขึ้น การปิดของหูรูดท่อปัสสาวะดีขึ้น และกล้ามเนื้อที่พุงอวัยวะในอู้งเชิงกรานแข็งแรงขึ้น (Kee, 1999) นอกจากนี้การฝึกบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานอย่างสม่ำเสมอจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ ซึ่งร้อยละ 45-75 จะทำให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะดีขึ้น เฮเนลลา และคณะ (Henalla et al., 1988 cited in Newman & Smith, 1992) ศึกษาในผู้ที่มีปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง 58 คนพบว่าร้อยละ 67 ของผู้ที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานสามารถกลั้นปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของไฟลันน์ เซลล์ และลูซี่ (Flynn, Cell, & Luisi, 1994) ในผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชน จำนวน 37 คน ถึงผลของการบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานพบว่าจำนวนครั้งของการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่อสัปดาห์ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 82.39 ช่วงเวลาเฉลี่ยในการปัสสาวะแต่ละครั้งนานขึ้นจาก 2.13 ชั่วโมงเป็น 3.44 ชั่วโมง และจากการศึกษาของโดเฮอร์ตี้ และคณะ (Dougherty et al., 1998) พบว่าผู้สูงอายุหญิงในชุมชนที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 218 คน ร้อยละ 33 ที่ใช้การบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน ใกล้เคียงกับ อิงเบอร์ก และคณะ (Engberg et al., 1995) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชน จำนวน 147 คน พบว่ามีการบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานร้อยละ 21.8 สำหรับผู้สูงอายุไทยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่ได้บริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน เช่น การศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุหญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 205 คน มีการบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น

นอกจากนี้ยังมีวิธีการทำไบโอฟีดแบค (biofeedback) เป็นเทคนิคการสอนโดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่แสดงข้อมูลย้อนกลับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจออกมาในรูปการได้ยินหรือการมองเห็น มักใช้ร่วมกับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ โรส เจ. บี. สมิธ คี. สมิธ และนิวแมน (Rose, J. B. Smith, D. Smith, & Newman, 1990) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานร่วมกับการทำไบโอฟีดแบค จำนวน 21 คน พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิด

ปีศาจจะเล็ดรอดในแต่ละสัปดาห์ลดลงถึงร้อยละ 78

3. การจัดการทางการแพทย์ เป็นการจัดการกับการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ประกอบไปด้วย การใช้ยา และการผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องบอกหรือปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับอาการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ จากการสำรวจในผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ในชุมชนจำนวน 3,884 คน พบว่าร้อยละ 37 ของผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจที่ไม่อยู่บอกแพทย์เกี่ยวกับอาการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ของตนเอง (Burgio, Loes, Locher, Arena, & Kuller, 1994) แต่จากการศึกษาในประเทศไทยของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ โจวิทุงกิจ (Jitapunkul & Khodvidhunkit, 1998) พบว่าผู้สูงอายุที่กลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ไม่เคยปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญถึงร้อยละ 91.2 ส่วนเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่กลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ 205 คน ไปพบแพทย์เพียงร้อยละ 4.4

3.1 การจัดการโดยการให้ยา (pharmacological management) จะใช้ในการจัดการกับการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ในผู้สูงอายุชนิดปีศาจจะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง และปีศาจจะรูดกลั่นไม่ทัน การให้ยามีประโยชน์ในการลดการบีบตัวของกระเพาะปีศาจ และเพิ่มแรงต้านทานของท่อปีศาจ ยาที่ใช้ได้แก่ ยาคลายกล้ามเนื้อเรียบ เช่น Flavoxate, tolterodine ยาต้านโคลิเนอร์จิก เช่น Propantheline ยาที่มีฤทธิ์ทั้งคลายกล้ามเนื้อเรียบและต้านโคลิเนอร์จิก เช่น Oxybutynin, Dicyclomine และยาปิดกั้นแคลเซียม เช่น Diltiazem, Nifedipine แต่การให้ยามีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมักพิจารณาการใช้ยาเป็นทางเลือกลำดับที่สอง (second choice) รองจากการจัดการกับการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ด้วยวิธีอื่น ๆ การให้ยาต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ และการจัดการด้วยการให้ยามักจะใช้ร่วมกับการจัดการด้วยพฤติกรรม แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาดังกล่าวกับยาหลอกในกลุ่มควบคุมยังมีอยู่น้อยและขาดการพิสูจน์ที่แน่ชัดว่ายาเหล่านี้จะได้ผลจริง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ เวลด์ และคณะ (Well et al., 1991 cited in Wyman, 1999) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ยาเฟนิล โฟพานอลามีน (Phenylpropanolamine) กับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในผู้สูงอายุที่ปีศาจจะเล็ดเวลาไอจามจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับการจัดการกับการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่โดยการให้ยานั้นเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) พบว่าผู้สูงอายุหญิงกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ 205 คน มีการจัดการกับการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ โดยการให้ยาเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น

3.2 การจัดการด้วยการผ่าตัด (surgical management) สำหรับการรักษา โดยการผ่าตัดนั้นต้องพิจารณาอย่างเหมาะสมและใช้ความระมัดระวัง โดยมักจะทำในผู้สูงอายุที่มีการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ที่สร้างความรำคาญ และรบกวนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนมากจะทำการกลั่นปีศาจที่ไม่อยู่ชนิดปีศาจจะเล็ดจากการเพิ่มของแรงดันในช่องท้อง ปีศาจไหลทันจากการอุดกั้น และปีศาจจะรูดกลั่นไม่ทันจากการมีพยาธิสภาพในระบบทางเดินปีศาจส่วนล่าง เช่น

การมีเนื้องอก หรือนิวในกระเพาะปัสสาวะ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดก็เพื่อลดการอุดกั้น แก้ไขตำแหน่งของคอคอของกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) และท่อปัสสาวะ หรือการแก้ไขพยาธิสภาพในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งการรักษาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการผ่าตัดนั้นจะต้องกระทำในรายที่จำเป็นอาการค่อนข้างมาก และควรจะสงวนไว้เป็นวิธีการสุดท้ายจริง ๆ (ชวินทร์เลิศศรีมงคล, 2543) จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khodvidhunkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 114 คน มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

4. การจัดการแบบประคับประคอง (supportive management) เป็นการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งการจัดการแบบนี้มักจะใช้ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของร่างกาย หรือการรับรู้มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาได้ หรือมีการอุดกั้นทางออกของปัสสาวะในระดับรุนแรง ซึ่งประกอบไปด้วย

4.1 การปรับสภาพแวดล้อม (environment alteration) โดยสร้างความสะดวกความง่ายต่อการใช้ห้องน้ำอาจช่วยป้องกัน หรือลดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากการมีขีดจำกัดของร่างกาย เช่น มีข้อจำกัดเนื่องจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การจัดทางเดินระหว่างไปห้องน้ำไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง จะช่วยทำให้ไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา ด้วยความรวดเร็ว การสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม สะดวกแก่การถอด หรือการใส่กระโปรงในผู้สูงอายุหญิงจะทำให้สะดวกกว่าการสวมใส่กางเกงที่มีซิปป สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุหญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีการจัดการโดยนุ่งผ้าที่ถอดง่ายร้อยละ 13.2 นอกจากนี้การปรับสภาพแวดล้อมโดยจัดความเหมาะสมของห้องน้ำ เช่น สถานที่ตั้งไม่ไกลจนเกินไป มีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น จะช่วยทำให้ลดการเกิดปัสสาวะรดก้นไม่ทันได้

4.2 การใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียก ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียกมีแตกต่างกันหลายรูปแบบ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปใช้ครั้งเดียว แผ่นซึมซับปูรองที่นอน ผ้าอนามัย เป็นต้น การใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียกนี้มีความจำเป็นในกรณีที่การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นยากแก่การรักษาอย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระยะแรกแล้วใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียก จะทำให้จัดขวาง หรือไม่ต้องการที่จะจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในวิธีอื่น ๆ อีกทั้งการใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียกยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลได้ เป็นต้น จากการศึกษาของอิงเบอร์ก และคณะ (Engberg et al., 1995) ในผู้สูงอายุหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 147 คนเกี่ยวกับการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าร้อยละ 51 ใช้การจัดการด้วยการใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันเปียก สำหรับโดเฮอร์ตี และคณะ (Dougherty et al., 1998) ศึกษาใน

ผู้สูงอายุหญิง 218 คนที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่ามีการจัดการด้วยการสวมใส่ ผ้าอนามัย หรือผ้าอ้อมป้องกันเปียกถึงร้อยละ 80.3 ส่วน เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ศึกษาในผู้สูงอายุหญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 205 คน พบว่ามีการจัดการ โดยใช้แผ่นซึมซับหรือผ้าอ้อมเพียงร้อยละ 9.3

4.3 การใส่สายสวนปัสสาวะหรืออุปกรณ์เก็บน้ำปัสสาวะ เพื่อจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ว่าจะเป็นการสวนปัสสาวะแบบครั้งคราว การคาสายสวนปัสสาวะ หรือการสวมใส่ถุงยางอนามัยเพื่อรองรับปัสสาวะ โดยส่วนมากมักจะใช้ในการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการไหลทันทันเนื่องจากการอุดตันทางออกของปัสสาวะ หรือในกรณีที่การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ไม่สามารถรักษาได้ โทมัส และมอร์ส (Thomas & Morse, 1991) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในชุมชน 52 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 4 ที่จัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ด้วยการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

4.4 การดูแลความสะอาดของผิวหนัง เป็นการจัดการที่มีความจำเป็นสำหรับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในทุกชนิด โดยทำความสะอาดอวัยวะเพศและเช็ดให้แห้งทุกครั้งภายหลังมีปัสสาวะรั่วไหล เพื่อป้องกันการเกิดแผลจากการระคายเคือง หรือการติดเชื้อ ซึ่งการศึกษาของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 205 คน ร้อยละ 63.9 จะดูแลความสะอาดของผิวหนังโดยการเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเปียกปัสสาวะ ใกล้เคียงกับสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และวีรพันธุ์ โชวิฑูรกิจ (Jitapunkul & Khodvidhunkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 114 คน จะเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเปียกร้อยละ 45.6

การประเมินการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการประเมินการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากวิธีการปฏิบัติต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งได้มีการศึกษาของ โทมัส และมอร์ส (Thomas & Morse, 1991) เพื่อประเมินการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งใช้ถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อจัดการและควบคุมการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วนอิงเบอร์ก และคณะ (Engberg et al., 1995) ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยประเมินการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้การสัมภาษณ์ถึงการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้แบบสอบถามการรับรู้และการจัดการด้วยการดูแลตนเอง (Perception and Self-Care Management questionnaire, PSCM) โดยถามถึงวิธีการที่ใช้ดูแลตนเองเพื่อจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการจัดการนั้น ๆ

ซึ่งได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุหญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 147 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) เท่ากับ .70

นอกจากนี้ยังมีการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นการถามถึงการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ ในแต่ละวิธีการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งโคเฮอร์ที และคณะ (Dougherty et al., 1998) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุหญิงที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 218 คน ประเมินการจัดการโดยใช้คำถามเกี่ยวกับเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่ใช้จัดการกับปัสสาวะที่รั่วไหล ซึ่งเป็นวิธีการประเมินการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เช่นเดียวกับ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีการจัดการกับตนเองต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุหญิงในชุมชน มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินวิธีการจัดการกับตนเองต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับตนเองต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงความเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์และการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแบ่งชนิดและความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของเพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) โดยแบ่งชนิดตามลักษณะอาการที่แสดงออกมาเป็น ปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม ปัสสาวะรดกลั้นไม่ทัน ปัสสาวะไหลทัน ปัสสาวะรดเพราะจิดจำกัดของร่างกาย และปัสสาวะรดแบบผสม ส่วนการแบ่งความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้ปริมาณ และความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยแบ่งออกเป็นรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้แนวคิดของชูมาร์คเกอร์ และคณะ (Shumaker et al., 1994 cited in Clayton et al., 1998) โดยแบ่งผลกระทบออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย คือการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่รบกวนต่อการมีกิจกรรม เช่น การทำงานบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การออกกำลังกาย หรือผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ด้านการเดินทาง คือ ผลของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่รบกวนต่อการเดินทางออกจากบ้าน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม คือ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีผลรบกวนต่อการจำกัดกิจกรรม การเข้าสังคม สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือครอบครัว และด้านสุขภาพจิต คือ ผลของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่รบกวนต่อสภาพอารมณ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึก โกรธ กลัว วิตกกังวล คับข้องใจ อึดใจ ซึมเศร้า หรืออับอายขายหน้า สำหรับการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใช้แนวคิดของ วายแมน (Wyman, 1999) ที่แบ่งการจัดการกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ออกเป็น 4 แบบ คือ การจัดการแบบแผนชีวิตประกอบไปด้วย การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ ระวังไม่ให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน คั้น

นำวันละ 6-8 แก้ว และจำกัดน้ำดื่มในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน การจัดการด้วยพฤติกรรม ประกอบด้วย การเข้าห้องน้ำตามเวลา และการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การจัดการทางการแพทย์ประกอบไปด้วยการใช้ยา หรือการผ่าตัด และการจัดการแบบประคับประคองประกอบไปด้วย การปรับสภาพแวดล้อม การเลือกสวมใส่เสื้อผ้า และการดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University