

613.7026

195154

13

ประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อของ เองเกรนในผู้ป่วยหญิง
ที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่

ปริญญานิพนธ์

ของ

พชณี สุวรรณศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2537

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

190075

26 Oct 2007

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามกุล)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)
วันที่ ๒๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์
วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารฤ ประธานและกรรมการควบคุม
ปริญญานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามกร กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้
คำปรึกษาแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์
ทั้งสามท่านเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอพรให้คุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ นายแพทย์ดำรงพันธุ์ วัฒนะโชติ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านศัลยกรรมกระดูกและหัวหน่างานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลราชวิถีเป็นกรณีพิเศษที่กรุณา
ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์
แผนกศัลยกรรมกระดูกทุกท่าน คุณทะวัน ทัททิม พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและ
เจ้าหน้าที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกทุกท่านที่กรุณาให้ความสะดวกความเป็นกันเอง ตลอดจนกำลังใจ
กับผู้วิจัย รวมทั้งผู้ที่สละไม้ไผ่ได้อย่างยิ่งคือผู้ช่วยทั้ง 60 คนที่กรุณาให้ข้อมูลรวมทั้งเสียสละ
เวลาและความร่วมมือ จนกระทั่งผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผนการวิจัยด้วยดี
ตลอดทั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานศัลยกรรมกระดูกทุกท่านที่กรุณาให้ความสะดวกและกำลังใจ
กับผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณนายแพทย์พลชัย จิตอนันตวิทยา ที่ช่วยเหลืองานด้าน
คอมพิวเตอร์ และสถิติ ขอขอบคุณที่มีส่วนช่วยในการพิมพ์รูปเล่มจนสำเร็จเรียบร้อย

ผู้วิจัย ไม่อาจจะลืมความเมตตาของอาจารย์ ดร.ทองหล่อ วิภาวีน
อาจารย์ ดร.กาญจนา รุ่งศรานนท์ รวมทั้งอาจารย์ของภาควิชาสุขศึกษาทุกท่านซึ่งผู้วิจัยได้รับ
ความกรุณาตั้งแต่ผู้วิจัยเข้ามาศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้ ผู้วิจัยกราบขอประทานโทษที่ไม่สามารถ
กล่าวชำนามได้ทั้งหมด

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ คุณครู
อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนในการอบรมสั่งสอนและวางรากฐานชีวิตและการศึกษาให้กับผู้วิจัยรวมทั้ง
ทุกท่านที่ผู้วิจัยกล่าวถึงมาแล้วข้างต้น จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

พชนี้ สุวรรณศรี

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
ข้อตกลงเบื้องต้น	4
ข้อจำกัดของการวิจัย	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
ตัวแปรที่ศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	7
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	7
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	39
การวิจัยในต่างประเทศ	39
การวิจัยในประเทศไทย	42
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	46
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	47
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	47
ประชากร	47
กลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	51
ลักษณะของเครื่องมือ	51
การหาคุณภาพเครื่องมือ	64

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	64
วิธีการจัดกระทำข้อมูล	65
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	66
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	69
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	69
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
ผลการศึกษาค้นคว้า	70
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	81
บทย่อ	81
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	81
วิธีดำเนินการวิจัย	81
เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล	81
การวิเคราะห์ข้อมูล	81
สรุปผลการค้นคว้า	82
อภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะ	85
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	85
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก	95
ประวัติย่อของผู้วิจัย	121

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในปี พ.ศ. 2535 (มกราคม - ธันวาคม 2535)	48
2 แสดงเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก	52
3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	70
4 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส	71
5 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ *	72
6 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา	73
7 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุตร	74
8 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบ	74
9 คะแนนประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราดของผู้ป่วยก่อนและหลัง ทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม	75
10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะ เล็ดราดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ก่อนทำการทดลอง	77
11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะ เล็ดราดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ภายหลังการทดลอง	78
12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะ เล็ดราดระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองของกลุ่มควบคุม	79
13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะ เล็ดราดระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองของกลุ่มทดลอง	80

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงชนิดของภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	11
2 แสดงความรุนแรงของอาการซึ่งใช้เปรียบเทียบภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	15
3 แสดงการวินิจฉัยและการรักษาภาวะผิดปกติเนื่องจากการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	19
4 บริหารในท่านอนหงายงอเข่า	25
5 บริหารในท่านอนเหยียดขา	25
6 บริหารในท่านอนยกสะโพก	26
7 บริหารในท่ายืน	27
8 บริหารในท่ายืนแขนข้าง	28
9 บริหารในท่าลุกขึ้นนั่ง	29
10 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่นำไปสู่การมีสุขภาพไม่ดี	35
11 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ	38
12 แบบแผนการทดลอง (Research Design)	50

คำนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีเจริญมากขึ้น และถูกนำไปใช้ในทุวงการ
ภาวะเศรษฐกิจ และความเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีการวิวัฒนาการมากขึ้น ส่งผลถึงความเป็นอยู่
ของประชาชนโดยทั่วไป โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ เช่นกรุงเทพมหานคร กลายเป็นศูนย์รวม
ของการศึกษา อาชีพ แหล่งอุตสาหกรรม ฯลฯ สภาพการคับคั่งของประชากร ยานพาหนะ
ธุรกิจต่าง ๆ จึงมารวมกันอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ดังกล่าว ความเป็นอยู่ที่มีภาวะความ
รีบเร่ง และมีอัตราการแข่งขันสูง ทำให้มีผลต่อพฤติกรรม และการดำรงชีวิตโดยทั่ว ๆ ไปของ
ประชาชน โรค และกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจึงอุบัติขึ้น
และมีสถิติเพิ่มขึ้นทุกวัน เช่นปัญหาที่ต้องกลั้นปัสสาวะนาน ๆ บ่อย ๆ จนทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับ
ระบบทางเดินปัสสาวะ และที่พบมากขึ้นก็คือภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary
Incontinence) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยนายแพทย์ดำรงพันธุ์ วัตะนะโชติ โดยใช้
แบบสอบถามในกลุ่มผู้หญิงจำนวน 400 คน ซึ่งมีอาชีพพยาบาล และพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน
พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะถึงร้อยละ 26 ในจำนวนนี้มีภาวะการกลั้นปัสสาวะ
ไม่อยู่ร้อยละ 5 (ดำรงพันธุ์ วัตะนะโชติ, 2535) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าถ้ามีการสำรวจในทุกกลุ่ม
อาชีพน่าจะมีสถิติสูงกว่าที่เป็นอยู่ และเห็นได้ว่าจากสถิติการเกิดภาวะการกลั้นปัสสาวะ
ไม่อยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา พบประชาชนร้อยละ 6 ของประชาชนทั้งหมดที่
ประสบปัญหานี้

ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วยแล้วยังเป็น
ปัญหาทางด้านจิตใจอย่างยิ่งด้วย การควบคุมการปัสสาวะไม่ได้ ก่อให้เกิดความยุ่งยากโดยเฉพาะ
เมื่อเกิดกับเพศหญิง เพราะพฤติกรรมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้หญิงต้องการความมิดชิดมากกว่า
ผู้ชาย รวมทั้งในปัจจุบันผู้หญิงมีบทบาทที่สำคัญต่อสังคมมากขึ้น ทั้งทางด้านการเมือง การปกครอง
การศึกษา ธุรกิจ ซึ่งนับว่ามีส่วนในการสร้างสรรค์สังคม และประเทศชาติ ผู้ป่วยบางคนวิตกกังวล
เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่กล้าปรึกษาใคร ชีวิตต้องใส่ผ้าอนามัยทุกวันไม่ว่าจะมี
ประจำเดือนหรือไม่ เมื่อต้องเดินทาง ไปประกอบธุรกิจการงาน ทำให้เกิดความไม่คล่องตัว

ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวจะมีกลิ่นปัสสาวะออกมารบกวนทำให้เสียบุคลิกภาพ และเสียสุขภาพจิตอย่างมาก บางคนต้องสูญเสียธุรกิจ รวมทั้งหน้าที่การงาน ไปเลยทีเดียว

จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ของแผนกศัลยกรรมยูโร ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือน มกราคม - ธันวาคม 2535 มีผู้ป่วยจำนวน 646 ราย เป็นชาย 193 ราย หญิง 453 ราย (งานผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมยูโร. 2535) ซึ่งสอดคล้องกับ วิคเตอร์เรีย นิวฟีลด์ท์ (Victoria Neufeldt. 1988 : 684) ซึ่งกล่าวว่าปัญหาภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จากการศึกษา เอกสารต่าง ๆ พบว่า ภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมในการขับถ่ายปัสสาวะ และสาเหตุหลายประการซึ่งสามารถป้องกันได้ การรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่อาจแก้ปัญหาดังกล่าวได้ การที่จะแก้ปัญหาอย่างถาวรได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือ และการปฏิบัติอย่างถูกต้องของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในการจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจะต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะในผู้ป่วย การรักษาพยาบาลนั้น นอกจากจะอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ทุก ๆ สาขาแล้ว ต้องอาศัยวิทยาการต่าง ๆ ที่คิดค้นขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแล้วยังต้องอาศัยตัวผู้ป่วยด้วย ลลิตา สีดะ (2521 : 18) ได้ศึกษาไว้ว่า การรักษาพยาบาลจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และการยอมรับของผู้ป่วย และญาติเป็นส่วนสำคัญที่สุด โดยเฉพาะงานทางด้านสุขศึกษา ซึ่งผู้ให้สุขศึกษา มีความประสงค์ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง และพึงประสงค์ การสุขศึกษาทั่ว ๆ ไปขาดการสำรวจความพร้อมในการดำเนินการก่อนการวางแผน การวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย การวางแผนในการจัดโปรแกรมการสอนจึงทำให้ยังขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควร สุขศึกษากลายเป็นเรื่องที่ย่ำแย่ และไร้คุณค่าในสายตาของคนทั่ว ๆ ไป จึงมักไม่ได้รับความร่วมมือ จากผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่จะให้บริการด้านการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ ให้แก่ผู้ป่วย และประชาชน เนื่องจากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ด้านการศึกษาร่วมและมากพอ มีการบริการที่เป็นระบบเป็นศูนย์รวมผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ด้านต่าง ๆ มีผู้ป่วย และประชาชนมาใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีสภาพการสนใจสูง คือผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือโรงพยาบาล และอยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการรักษ และสุขศึกษาในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเหมาะสมที่จะให้สุขศึกษาด้านนั้น ๆ มากที่สุด (สุนทรี ภาณุทัต.

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดแรงจูงใจที่จะศึกษาประสิทธิผล ของการจัดบริการสุขภาพในคลินิก โดยให้การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ซึ่งผู้วิจัย เชื่อว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการวางแผนงานการให้สุขภาพสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนเป็น แนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานสุขภาพในโรงพยาบาลที่กว้างขวางต่อไป ซึ่งจะช่วย ให้สามารถจัดบริการรักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และสามารถสนองนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข และแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม แห่งชาติที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้เกิดขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งที่จะกระตุ้นให้ประชาชนมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และนำสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 (Health For All By The Year 2000)

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหาร กล้ามเนื้อช่องเชิงกราน และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึก

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นการพัฒนาแนวทางการให้สุขภาพ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
2. เป็นแนวทางในการป้องกัน ไม่ให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่
3. เป็นแนวทางในการให้สุขภาพแก่หญิงหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา การกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่
4. ส่งเสริม และสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ
5. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และการวิจัยที่จะมีในโอกาสต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้คือ
 - 1.1 เป็นผู้ป่วยนอกเพศหญิงรายใหม่ที่มีอายุ 30 - 60 ปี
 - 1.2 ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ ชนิดที่ไม่ต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด
 - 1.3 ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
 - 1.4 ไม่เป็นโรคแทรกซ้อน หรือปัญหาด้านอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่
2. แพทย์จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม
3. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ถือว่ามีคุณสมบัติ สมรรถภาพร่างกาย และสภาพการรับรู้ ไม่แตกต่างกัน
4. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ถือว่ามีการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ เรื่องภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ และการปฏิบัติตัวที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคน ฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานได้ตามเวลา และจำนวนที่กำหนด ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ
2. ในการรักษาของแพทย์ ไม่สามารถควบคุมให้ใช้ยา และคำแนะนำเหมือนกันทุกรายในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเพศหญิงรายใหม่ที่มาใช้บริการที่แผนกศัลยกรรมยูโร ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ และมีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี โดยแพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ทั้งหมด
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ผู้ป่วยเพศหญิงรายใหม่ที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งมารับบริการที่แผนกศัลยกรรมยูโร ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน

ตัวแปรที่จะศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การสอนสุขศึกษาโดยการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนด และการสอนสุขศึกษาตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของผู้ป่วย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน หมายถึง การฝึกกล้ามเนื้อที่อยู่ในอาณาเขตของจิตใจโดยการหด และขยายเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณช่องเชิงกราน ซึ่งมีทั้งหมด 7 ท่า โดยใช้แบบฝึกของผู้วิจัย ซึ่งดัดแปลงมาจากของโรงพยาบาลราชวิถี และสมาคมพัฒนาสภาพัฒนา การขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย โดยมีบปล่อยเร็ว (Flicks) 5 ครั้ง และหายใจเข้าเต็มทีหยุดกลั้นไว้ และแขม่วท้องน้อยไว้ด้วย (Holds) นับในใจ 1 2 3 4 5 (5 วินาที) แล้วคลายออก 10 ครั้ง ฝึกบปล่อยเร็ว (Flicks) 5 ครั้ง รวมเป็น 1 ชุด ซึ่ง 3 ชุด เท่ากับ 1 รอบ โดยให้ผู้ป่วยฝึกทุกวันละ 4 รอบ คือ เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

2. ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยซึ่งการกลั้นปัสสาวะของผู้ป่วยนั้นจนเนกออกเป็นกรกลั้นปัสสาวะได้ และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางต่อมลูกหมากระหว่างประเทศ (International Prostate Symptom Score I-PSS) โดยได้รับความแนะนำจากนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมยูโร ดังต่อไปนี้

2.1 ถ้าได้ 0 - 11 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดี

2.2 ถ้าได้ 12 - 23 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ

ได้ปานกลาง

2.3 ถ้าได้ 24 - 35 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้น้อย ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยหมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ที่แผนกศัลยกรรมยูโร ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ซึ่งอยู่ในเกรด 1 และ 2 ซึ่งไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

เกรด 1 ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการปัสสาวะกลั้นไม่อยู่เมื่อมีความดันสูง เช่น ไอ จาม วิ่ง

เกรต 2 ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการปัสสาวะกลั้น ไม่อยู่เมื่อมีความคั่งปัสสาวะกลาง เช่น เปลี่ยนท่าเร็ว ๆ ขึ้นลงบันได

4. การสอนสุขศึกษา หรือให้คำแนะนำตามปกติ หมายถึง การสอนสุขศึกษา หรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจศัลยกรรมยูโร ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ซึ่งไม่จำกัดผู้สอน ไม่มีการวางแผน และเตรียมการสอน ไม่กำหนดจำนวนครั้งและระยะเวลาในการสอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลาและความสะดวก ของเจ้าหน้าที่

5. การสอนสุขศึกษาโดยการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานดังกล่าวมาแล้ว ที่กระทำอย่างมีแบบแผนโดยผู้วิจัย และมีการติดตามผล การฝึกโดยใช้แบบบันทึกการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ซึ่งผู้ป่วยจะทำอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รูปแบบการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวทางการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดต่อไป

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไว้หลายท่านด้วยกัน เช่น

คอนซิดีน (Considine. 1976 : 1345 - 1346) ให้ความหมายของภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การไหลต่อเนื่องกันของปัสสาวะ จากกระเพาะปัสสาวะต่างจากภาวะปกติ กล้ามเนื้อจะอ่อนแรง เหมือนภาวะที่ร่างกายมีการพัก พบมากในคนสูงอายุ หรืออาจเกิดจากผู้หญิงที่คลอดแล้วจำนวนหลายครั้ง บางทีพบในชายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งแบ่งออกเป็นปัสสาวะกลั้นไม่อยู่เมื่อมีความดันในช่องท้องสูงขึ้น (Stress Incontinence) เป็นภาวะที่มีปัสสาวะไหลออกมาขณะที่แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นทันที ทันใด เช่น ไอ จาม หัวเราะ ยกของหนัก หรือเปลี่ยนท่า มักพบในหญิงที่ผ่านการคลอดมาหลาย ๆ ครั้ง การผ่าตัดสามารถช่วยแก้ไขสภาวะ เช่นนี้ได้สำเร็จ ภาวะการปวดกลั้นปัสสาวะ (Urgency Incontinence) เป็นภาวะที่กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้เลย เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ เกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมการหดตัว การบีบตัวของกล้ามเนื้อดีทรัสเซอร์ (Detrussor) มักมีพยาธิสภาพที่กระเพาะปัสสาวะ เช่นการอักเสบติดเชื้อ นิ่ว เป็นต้น การรักษาสภาวะนี้จำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้

นิวฟีลด์ท (Neufeldt. 1988 : 684) ให้ความหมายของคำว่าภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึงภาวะที่ไม่สามารถยับยั้ง สารคัดหลั่งธรรมชาติ เช่น ปัสสาวะออกจากร่างกาย

สัมพันส์ ดันติวงศ์ และคนอื่น ๆ (2522 : 63 - 64) ให้ความหมายของคำว่าภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่าหมายถึง ภาวะที่มีน้ำปัสสาวะไหลเล็ดลอดออกมาตลอดเวลา ไม่สามารถกลั้นเอาไว้ได้แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ มีปัสสาวะไหลเล็ดลอดออกมาตลอดเวลา

(True Incontinence) ปัสสาวะหยดออกมาทางท่อปัสสาวะเป็นครั้งคราว จากการที่มีการ

อุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่า กระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะ ไม่ออก ปัสสาวะจึงสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนความดันในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าแรงต้านในท่อปัสสาวะ (Overflow Incontinence) ให้น้ำปัสสาวะไหลเล็ดลอดออกทางท่อปัสสาวะในขณะที่มีสภาวะเครียด (Strain) ของร่างกายเช่น ไอ จาม หัวเราะ ลุกขึ้นยืน (Stress Incontinence) และอีกชนิดหนึ่งคือ เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะแล้วกลั้นไว้ไม่อยู่ (Urgency Incontinence)

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2526 : 149) ให้ความหมายของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากความเครียด (Stress Incontinence) การกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ หรือการควบคุมปัสสาวะ ไม่ได้เป็นสภาพที่พบได้เป็นปกติในภาวะ เช่น ไอ หัวเราะ หรือปวดถ่ายเต็มที่ ซึ่งมักพบในผู้หญิง สาเหตุที่พบ มีบางคนเนื่องมาจากมีรอยแผลที่มอร์เตอร์นิวรอน ส่วนบน แต่บางรายไม่พบเลย สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ยังหาเหตุผลไม่ได้ นอกจากเชื่อว่าเป็นโรคของระบบประสาท หรือโรคเฉพาะทางเดินปัสสาวะเป็นสำคัญ

สมพันธ์ วิทยธีระนันท์ และคนอื่น ๆ (2527 : 190) ได้ให้ความหมายของภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ว่าเป็นภาวะที่มีน้ำปัสสาวะ ไหลออกมาตลอดเวลาโดยกลั้นเอาไว้ไม่ได้ สาเหตุอาจเกิดจาก หูรูด (Sphincter) ได้รับการกระทบกระเทือน หรือประสาทที่เลี้ยงกระเพาะปัสสาวะถูกทำลาย หรืออาจมีรูทะลุของทางเดินปัสสาวะ

สุพจน์ วุฒิการณ์ และวรวิทย์ ชุมสาย ณ อยุธยา (2529 : 41) กล่าวถึง ภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ว่าเป็นปัญหาปัสสาวะ ไหลซึมโดยไม่รู้ตัว และมีหลายชนิดทั้งที่ไหลออกตลอดเวลา และเป็นเฉพาะเวลาที่ออกกำลังกาย ไอ หรือจาม รวมทั้งสาเหตุอื่นด้วย

พิชัย เจริญพานิช (2533 : 261) กล่าวถึงภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ว่าเป็นปัญหาของระบบทางเดินปัสสาวะอย่างหนึ่ง อาจแบ่งออกเป็น กระเพาะปัสสาวะเสียหน้าที่ (Bladder Dysfunction) และท่อปัสสาวะเสียหน้าที่ (Urethral Dysfunction) และภาวะนี้ อาจเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติ ของกระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะก็ได้

จากความหมายทั้งหมดพอสรุปได้ว่า ภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่หมายถึง ภาวะที่มีน้ำปัสสาวะไหลออกมา โดยกลั้นเอาไว้ไม่ได้ สาเหตุอาจเกิดจาก หูรูด (Sphincter) ได้รับการกระทบกระเทือน หรือประสาทที่เลี้ยงกระเพาะปัสสาวะถูกทำลาย แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ชนิดที่มีปัสสาวะเล็ดลอดออกมาตลอดเวลา (True Incontinence) ภาวะที่เกิดจากแรงดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น (Stress Incontinence) หรือมีการอุดกั้นเรื้อรังในส่วนที่

ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะ ไม่ออก ปัสสาวะจึงสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนความดันในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าแรงต้านในท่อปัสสาวะ (Overflow Incontinence) หรือชนิดที่เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะแล้ว ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ ไว้ได้ (Urgency Incontinence)

ประเภทของภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence)

เพื่อให้เกิดความคิด และความเข้าใจตรงกันจึงขอแบ่งภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ออกเป็น 4 ประเภท ตามคำนิยามของสมาคมมาตรฐานการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ระหว่างประเทศ (International Continence Society Standardization Committee) (ศิริราช, 2534 : 464) คือ

1. ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีสาเหตุมาจากความดันในช่องท้องสูงขึ้น (Stress Incontinence) คือปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อความดันภายในกระเพาะปัสสาวะสูงกว่าความดันสูงสุดในท่อปัสสาวะ โดยที่ไม่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเลย คือการกระทำใด ๆ ที่ทำให้ ความดันในช่องท้องสูงขึ้น เช่น ไอ จาม หัวเราะ เบ่ง ยืน ฯลฯ

2. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากปวดกลั้น (Urge Incontinence) คือการที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาร่วมกับการอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ชนิดที่เกิดเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ โดยห้ามไว้ไม่ได้ เรียกว่า มอเตอร์ เออร์จ อินคอนทิเนนซ์ (Motor Urge Incontinence)

2.2 ชนิดที่ไม่ได้เกิดจากการบีบตัวที่ผิดปกติ เรียกว่า เซนเซอร์ เออร์จ อินคอนทิเนนซ์ (Sensory Urge Incontinence)

3. ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากความผิดปกติของไขสันหลัง (Reflex Incontinence) คือการมีน้ำปัสสาวะเล็ดออกมาเนื่องจากความผิดปกติของไขสันหลัง โดยที่ไม่มีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเลย

4. ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากความดันในกระเพาะปัสสาวะมาก (Overflow Incontinence) คือ การที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อความดันในกระเพาะปัสสาวะมีมากกว่าความดันสูงสุดของท่อปัสสาวะ เนื่องจากความดันในกระเพาะปัสสาวะ เพิ่มขึ้น ร่วมกับกระเพาะปัสสาวะขยายใหญ่ขึ้น โดยที่กระเพาะปัสสาวะจะมีปฏิกิริยาหรือไม่ก็ตาม

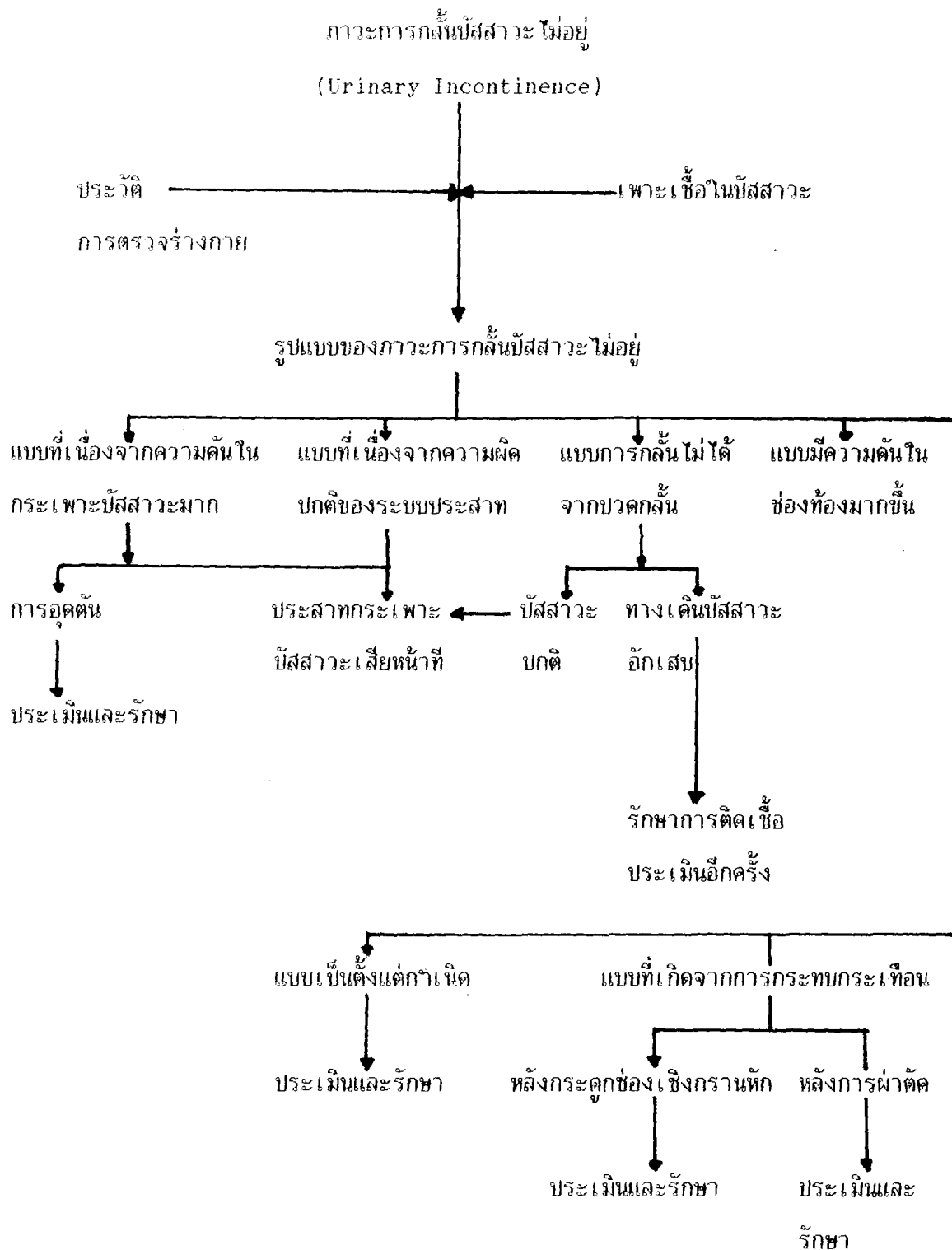
นอกจากนี้ยังมีปัสสาวะเล็ดออกมาจากส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ท่อปัสสาวะได้แก่

การกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ เนื่องจากความพิการแต่กำเนิด เช่น ท่อไต ที่ท่อไตเข้ามา เกิดในช่องคลอด ท่อปัสสาวะ หรือแม้แต่ที่บริเวณปากช่องคลอด หรืออาจเกิดจากความพิการที่ ท่อปัสสาวะสั้นเกินไป จนทำให้การทำงานของ คอกระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะที่อยู่ถัดลงมา ควบคุมไม่ให้ปัสสาวะ ไหลซึมออกมา ได้ไม่ดี

ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต (Psychogenic Incontinence)

ปัสสาวะไหลออกมาจากทางเดินปัสสาวะที่มีรูรั่ว โดยมากจะติดกับช่องคลอด ดังนั้น ปัสสาวะที่กลั้น ไม่อยู่ หรือ ไหลออกมา นี้ จะออกมาทางช่องคลอด เรียกว่าเป็น เอ็กชตรา ยูรีทรอล อินคอนทิเนนซ์ (Extra Urethral Incontinence) เช่น ยูรีเทอโรวาจินอล (Ureterovaginal) คือมีท่อเปิดจากท่อไต ออกสู่ช่องคลอด มีรูเปิดจากท่อ ไตออกสู่ช่องคลอด (Ureterovaginal Fistular) เป็นต้น

จากการจําแนกชนิดของภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังกล่าวมาแล้ว สามารถแสดง ให้อยู่ในลักษณะแผนภูมิ จะทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงชนิดของภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่

ที่มา : สุปจน์ วุฒิจันทร์ และวรัญญู ชุมสาย ณ อยุธยา, Decision Making in Urology. กรุงเทพฯ : ธนบรรณการพิมพ์, 2529. หน้า 42.

การเกิดภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่มีสาเหตุเนื่องมาจากปัจจัย 4 ประการ คือ (ศิริราช. 2534 : 265 - 266)

1. ท่อปัสสาวะ ส่วนใหญ่ประกอบด้วย กล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งเป็นส่วนต่อลงมาจาก กล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อส่วนที่มีอะดรีเนอร์จิก รีเซปเตอร์ (Adrenergic Receptor) และอยู่ภายใต้อิทธิพลของ เอสโตรเจน (Estrogen) ท่อปัสสาวะจะมีหน้าที่เป็น ทูรด์ที่สำคัญ เพราะการบีบตัวจะทำให้ความดันบีตในท่อปัสสาวะ (Urethrol Closing Pressure) สูงพอที่จะต้านความดันในกระเพาะปัสสาวะได้ ส่วนปลายของท่อปัสสาวะเป็น กล้ามเนื้อลาย แต่ไม่มีคุณสมบัติเป็นทูรด์เลย นอกจากนี้กล้ามเนื้อลายจากกล้ามเนื้อกระบังลม (Urogenital Diaphragm) ซึ่งทำหน้าที่เป็นทูรด์ส่วนนอก มีส่วนเสริมสร้างความดันบีตใน ท่อปัสสาวะเพียงร้อยละ 30 - 40 เท่านั้น และความแข็งแรงของทูรด์นี้จะลดลง เมื่อมีอายุ มากขึ้น หรือหญิงคลอดบุตรหลายครั้ง เมื่อเทียบความแข็งแรงแล้วจะต่างกับผู้ชายมาก ดังนั้นทูรด์ ส่วนนี้จึงไม่ค่อยมีบทบาทมากนักในผู้หญิง

2. ความยาวของท่อปัสสาวะ จากการที่ท่อปัสสาวะทำหน้าที่ทูรด์ได้ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นความยาวของท่อปัสสาวะ จึงมีบทบาทในการกลั้นปัสสาวะ ได้ด้วย

3. ในคนปกติ ฐานด้านนอกของกระเพาะปัสสาวะ (Anterior Bladder Base) จะอยู่ในแนวราบ และคอกระเพาะปัสสาวะจะอยู่สูงกว่าขอบล่างของอินฟีเรีย รามัส (Inferior Ramus) ของกระดูกหัวเหน่า ถึงแม้จะเป็นอย่างไอก็ตาม มุมระหว่างแนวท่อ ปัสสาวะ และกล้ามเนื้อพื้นล่าง (Urethro - Trigonal Angle) น้อยกว่า 100 องศา และ ทามุมกับแนวยืนไม่เกิน 30 องศา

4. เมื่อมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ความดันนี้ จะถูกส่งต่อไปสู่ท่อปัสสาวะส่วนต้น ที่อยู่ในช่องท้องด้วย และยังมีการหดตัวของ ช่องเชิงกรานทำให้ความดันในท่อปัสสาวะสูงตามไปด้วย

จะเห็นได้ว่ากลไกของการกลั้นปัสสาวะจะขึ้นกับ กลไกของกล้ามเนื้อทูรด์ของท่อปัสสาวะ เป็นสำคัญ ปัจจัยทั้ง 4 อยู่ในสภาพที่สมดุลจึงจะกลั้นปัสสาวะ ได้ การที่เกิดความผิดปกติของ ปัจจัยข้างต้น (ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นร่วมกัน) เพราะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งจะส่งผลซึ่งกัน และกัน ก็จะทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้เมื่อความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น

คอกระเพาะปัสสาวะจะทำงานกลืนกลับไปกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสมอ ทุกครั้งเมื่อมีการถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะจะบีบตัว และคอกระเพาะปัสสาวะก็จะเปิดออก เพื่อให้ปัสสาวะผ่านออกไป แต่เมื่อเกิดกล้ามเนื้อผนังกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงานไม่ว่าจากสาเหตุอะไร คอกระเพาะปัสสาวะก็จะบีบตัวตามไปด้วยเช่นกัน ซึ่งปัสสาวะจะเล็ดหรือไม่ก็ขึ้นกับหูดส่วนนอกเท่านั้น โดยทั่วไปหูดส่วนนี้ในผู้หญิงไม่ค่อยแข็งแรงอยู่แล้ว จึงมักจะเกิดปัสสาวะเล็ดได้ง่ายกว่าผู้ชาย การไอ การจาม หรือการเปลี่ยนท่าทาง ก็กระตุ้นให้เกิดกล้ามเนื้อผนังกระเพาะปัสสาวะไม่มั่นคงได้ ในบางครั้งประวัติอย่างเดียวอาจแยกภาวะเครียด (Stress) และชนิดที่เกิดเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (Motor Urge Incontinence) ออกจากกันได้ยาก

การวินิจฉัยแยกโรค (Diagnosis) พิชัย เจริญพานิช (2533 : 263) กล่าวว่าอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้แก่ อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะปัสสาวะที่ไหลออกโดยไม่ตั้งใจ อาจเนื่องจากพยาธิสภาพหลายอย่างจำเป็นที่จะต้องซักประวัติต่อ เพื่อแยกว่า การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เกิดจากสาเหตุใดดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น

การซักประวัติ (History) ในผู้หญิง ประวัติเกี่ยวกับการคลอด การผ่าตัดทางช่องคลอด การผ่าตัด และการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน งานอาชีพ ภาวะผิดปกติทางจิตต่าง ๆ ที่อาจจะทำให้ความผิดปกติของกระบังลมทางเดินปัสสาวะ (พิชัย เจริญพานิช, 2533 : 263) ส่วนในผู้ชาย มักจะเกิดขึ้นมากในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออก ในรายที่ต่อมลูกหมากโต และกีดขวางทางเดินปัสสาวะ

นอกจากนี้พิชัย เจริญพานิช (2533 : 263) ได้แบ่งการตรวจร่างกาย (Physical Examination) ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การตรวจร่างกายทั่วไป เป็นการตรวจเพื่อหาสาเหตุ และการตรวจทั่วไปของร่างกาย หรือความพร้อมก่อนที่จะรับการผ่าตัด
2. การตรวจในอุ้งเชิงกราน เพื่อแยกภาวะผิดปกติเนื่องจาก
 - 2.1 ภาวะที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่ากลืนปัสสาวะไม่อยู่ (Spurious Urinary Incontinence) เพราะมีตักขาวไหลออกมาจากช่องคลอดมาเบื่อนที่บริเวณปากช่องคลอด และกางเกงใน ให้แยกออกจากกันง่าย ๆ โดยการสอด แทมพอน (Tampon) ไว้ในช่องคลอดซึ่งจะเห็นภาวะผิดปกติ

2.2 การตรวจพบรูรั่วซึ่งมักจะเป็นรูรั่วจากกระเพาะปัสสาวะเข้ามาในช่องคลอด (Urinary Fistular)

2.3 ความพิการแต่กำเนิด

2.4 อาการผิดปกติ เนื่องจากระบบประสาทที่มากควบคุม เช่น ความพิการที่เกิดกับประสาทส่วนไขสันหลัง และสมอง

2.5 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะมากเกินไป แต่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะถ่ายออกมา ได้อาจเนื่องจากเนื้องอกมากดที่ท่อปัสสาวะเป็นต้น

2.6 ภาวะผิดปกติที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติทางจิต

การวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) พิชัย เจริญพานิช (2533 : 263) แยกความผิดปกติอื่น ๆ แล้ว จะเหลือความผิดปกติที่ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 2 อย่าง คือ

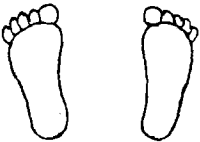
1. ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ชนิดที่เกิดจากความดันในช่องท้องสูงขึ้น (Stress Incontinence) จะตรวจพบลักษณะต่าง ๆ ที่กระบังลมหย่อน ดังได้กล่าวมาแล้ว ร่วมกับการที่ปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อผู้ป่วยไอ หรือจาม โดยเฉพาะ เมื่อมีน้ำปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ แบ่งออกตามความรุนแรงเป็น 3 เกรดคือ (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2)

เกรด 1 แสดงอาการเมื่อมีความดันสูง เช่น ไอ จาม วีน

เกรด 2 แสดงอาการเมื่อมีความดันสูงปานกลาง เช่น เปลี่ยนท่าเร็ว ๆ ขึ้นลง บั้น ไค

เกรด 3 แสดงอาการเมื่อมีความดันสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น ยืน หรือเดิน

ขนาดความรุนแรงของอาการซึ่งใช้สำหรับเปรียบเทียบในโรงพยาบาลราชวิถี

ขนาดที่เป็น	ทดสอบไอแรง ๆ เมื่อยืนถ่างขาออก	ลักษณะอาการ ที่ตรวจพบ	การรักษา ที่เหมาะสม
เกรด 0		เคยมีอาการแต่ตรวจ ไม่พบ	พี.ซี. เอ็กเซอร์ไซส์
เกรด 1		หยด ๆ ในเท้าเย็น	พี.ซี. เอ็กเซอร์ไซส์ และยา
เกรด 2		เปื่อยก ไซก ในเท้าเย็น	พี.ซี. เอ็กเซอร์ไซส์ และยา/หรือผ่าตัด รักษา
เกรด 3		เปื่อยก ไซก ในเท้าเย็นและ ทำนั่ง - นอน	ผ่าตัดรักษา

ภาพประกอบ 2 แสดงความรุนแรงของอาการซึ่งใช้เปรียบเทียบภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่
ที่มา : พัฒนาสภาพปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ (ประเทศไทย) ชมรม. สำนัสุขภาพปัสสาวะ

1(1) : 5 ; มิถุนายน 2536.

2. ภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ เนื่องจากการปวดกลั้น (Urgency Incontinence)

เป็นความผิดปกติที่จำเป็นต้องแยกจากภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากการมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างแท้จริง มักมีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพในตัวกระเพาะปัสสาวะเอง แต่ในบางครั้งอาจเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น อาจพบร่วมกับ ความบกพร่องแต่กำเนิด เช่น เยื่อหุ้มไขสันหลังโป้นออกมา (Spina Bifida) หรือโรคเบาหวานเป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้ามีกระบังลมหย่อนด้วย จะทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เมื่อมีการเปลี่ยนท่าเนื่องจากการนั่ง หรือกอดที่กลั้วเนื้อปื้นล่าง ของกระเพาะปัสสาวะ และภาวะผิดปกตินี้จะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีภาวะผิดปกติทางจิตร่วมด้วย ดังนั้น อาจจะวินิจฉัยยากถ้ามีพยาธิสภาพหลายอย่างร่วมด้วย

นอกจากนี้ พิชัย เจริญพานิช (2533 : 264 - 273) ได้กล่าวถึงการตรวจพิเศษ (Special Examination) โดยอธิบายว่า การตรวจพิเศษเป็นการตรวจเพื่อแยกโรคร่วมกับการตรวจสภาพความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัด ในที่นี้จะไม่นำรายละเอียดมากกล่าวไว้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษา ไม่ต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ขอเสนอการตรวจพิเศษที่ใช้ในผู้ป่วยที่พบเสมอในคลินิก ได้แก่

1. การส่องกล้องตรวจในท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (Urethrocystoscopy) ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งก่อนที่จะตัดสินใจทำการผ่าตัด การตรวจควรจะได้สังเกตว่ามีน้ำปัสสาวะเหลืออยู่เท่าใด หลังจากให้ถ่ายออกจนหมด กระเพาะปัสสาวะมีความจุเท่าใด ลักษณะของเยื่อในท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะบ่งชี้ว่ามีการอักเสบหรือไม่ การเคลื่อนไหวของมูกระหว่างกระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะระหว่างที่มีการขมิบกั้น กลั้นการถ่ายปัสสาวะ ไอ์ และแบ่งในคนปกติรูเปิดของท่อปัสสาวะจะปิดเมื่อกระทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

2. การวัดอัตราการไหลของน้ำปัสสาวะในผู้ป่วยที่นั่งบนเก้าอี้ออกมาเป็นกราฟ (Uroflowmetry) นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนปัสสาวะที่ถ่ายต่อ อัตราการไหลของปัสสาวะที่มากที่สุด และเวลาที่ถ่ายปัสสาวะ ค่าปกติจะอยู่ในเกณฑ์ของ 20 (Rule of Twenties) ซึ่งประกอบด้วยจะถ่ายปัสสาวะได้หมดในเวลา 20 วินาที มีอัตราการไหลของปัสสาวะ 20 มิลลิลิตรต่อวินาทีจะต้องมีปัสสาวะไหลออกมาอย่างน้อย 200 มิลลิลิตร ในแต่ละครั้งที่ถ่าย การตรวจจะช่วยบ่งชี้ในรายที่ถ่ายลำบาก ถ่ายช้า มีน้ำปัสสาวะเหลือค้างหลังการถ่ายมาก มีอัตราการไหลออกไม่ดี เป็นต้น

3. การตรวจยูโรไดนามิค (Urodynamic) เป็นการตรวจสอบระบบประสาทการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้อหูรูด โดยทั่วไปประกอบด้วย

- 3.1 การตรวจอัตราไหลของปัสสาวะ (Uroflowmetry)
- 3.2 การตรวจความดัน และความจุของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับคลื่นกล้ามเนื้อ
อี เอ็ม จี ของกล้ามเนื้อหูรูด (EMG = Electromyogram)
- การตรวจดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาอย่างละเอียดเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ความจุ
ของกระเพาะปัสสาวะ ความรู้สึกปวดปัสสาวะของผู้ป่วย ภาวะที่ปกติหรือผิดปกติ ของการบีบตัว
ของกระเพาะปัสสาวะ สภาพสรีระการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูด ทั้งหมดนี้สามารถแสดงออกมา
เป็นกราฟจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และใช้เป็นแนวทางในการรักษา
ที่เหมาะสมที่สุด และเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย (ชมรมพัฒนาสุขภาพการขับถ่ายปัสสาวะ
(ประเทศไทย). 2536 : 7)

ภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่นั้นไม่ใช่เป็นโรคแต่เป็นกลุ่มอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วย อาการจึงเป็นไปตามแต่ละชนิดของภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แต่อาการรวมคือ ภาวะที่มีน้ำปัสสาวะไหลเล็ดลอดออกมาตลอดเวลาโดยไม่สามารถกลืนไว้ได้ ได้แก่

1. บัสสาวะไหลหยดออกมาทางท่อบัสสาวะตลอดเวลาโดยไม่รู้สึกรู้สีกว่าบัสสาวะเลย
ถ้าสวนบัสสาวะก็จะ ไม่ได้บัสสาวะเลย
 2. บัสสาวะหยดออกทางอื่นที่ไม่ใช่ท่อบัสสาวะ เช่น ช่องคลอด หรือทวารหนัก
 3. บัสสาวะไม่ออก จึงสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนความดันในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าแรงต้านในท่อบัสสาวะ บัสสาวะก็จะเล็ดหยดออกมาทางท่อบัสสาวะ เป็นครั้งคราว ถ้าสวนจะพบว่ากระเพาะปัสสาวะเต็มทกราย
 4. น้ำปัสสาวะเล็ดตลอดออกทางท่อบัสสาวะขณะมีอาการ ไอ จาม หัวเราะ หรือลุกขึ้นยืน
 5. เมื่อรู้สึกรู้สีกว่าบัสสาวะแล้วกลั้นไว้ไม่อยู่
- อาการเหล่านี้จะพบในแต่ละชนิดของภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ดังกล่าวแล้วในเรื่องชนิดของภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่

พิชัย เจริญพานิช (2533 : 274) กล่าวว่าการศึกษาตามชนิด สาเหตุ และความรุนแรงของโรค ตลอดจนตามชนิดของการตรวจพบจากการตรวจพิเศษทางคลื่นต่าง ๆ ซึ่งการศึกษานี้แบ่งออกเป็น

1. การผ่าตัดซ่อมรูรั่ว ในรายที่การกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่เนื่องจากความพิการแต่กำเนิด กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะรั่ว การอุดตัน หรือเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน การเสื่อม หรือความพิการของระบบประสาท ให้แก้ไขตามสาเหตุ แต่โดยหลักการแล้วการผ่าตัดซ่อมรูรั่วนี้ ต้องประกอบด้วย

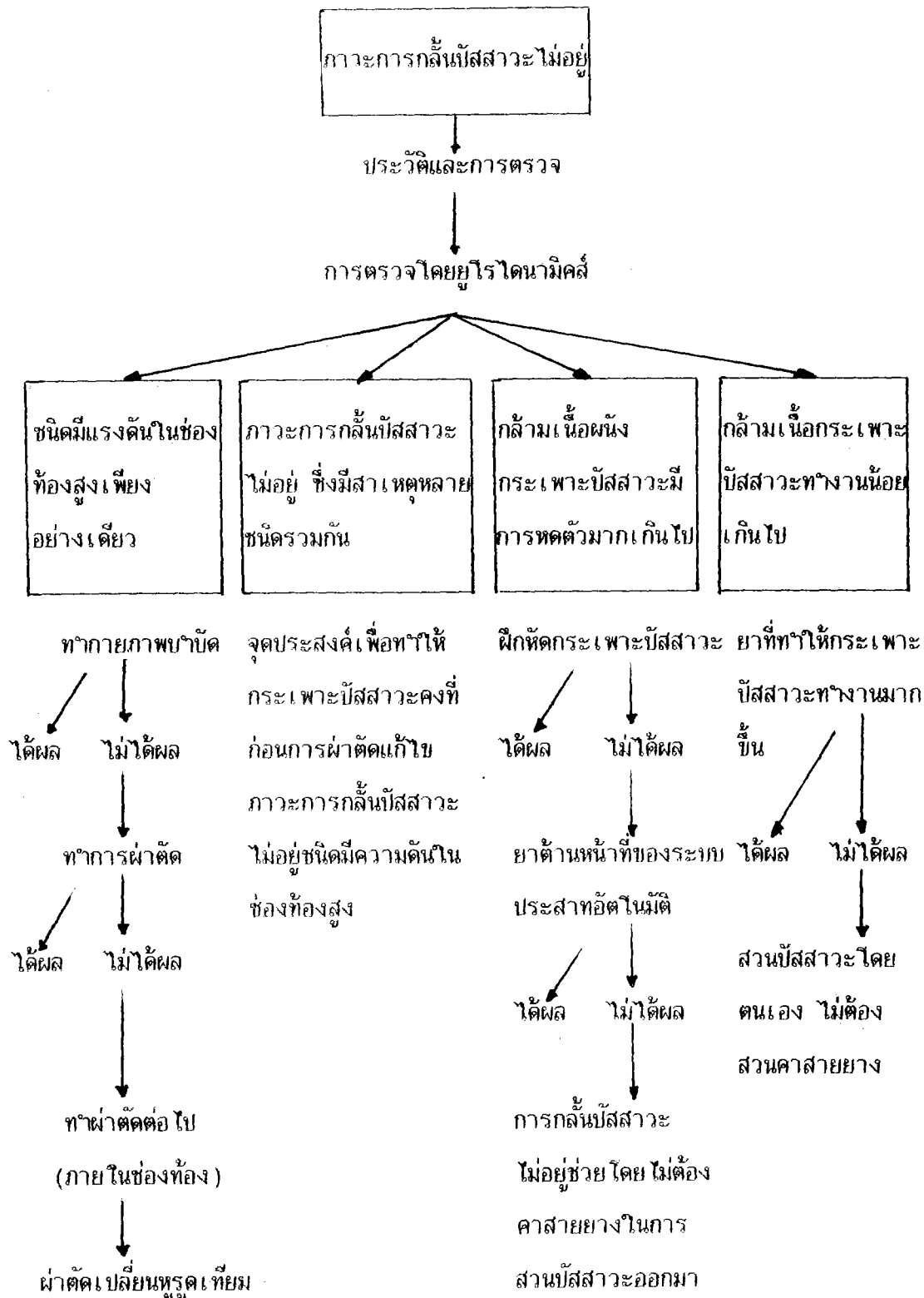
- 1.1 ให้เลาะอวัยวะทุกอย่างที่มีพยาธิสภาพออก
- 1.2 ตัดเลาะแผลเป็นออกให้หมด
- 1.3 ห้ามเลือดให้ดี
- 1.4 อย่าให้ชื้นมาก
- 1.5 เย็บปิดรูรั่ว หรือแผลชั้นต่อชั้น
- 1.6 ผูกอย่างแน่นมาก
- 1.7 เย็บปิดช่องว่างให้หมด
- 1.8 ระบายกระเพาะปัสสาวะให้ดีหลังการผ่าตัด

2. การใช้ยา ในรายที่การตรวจบ่งชี้ว่าเป็นความผิดปกติของกล้ามเนื้อหูฉี่กระเพาะปัสสาวะ (Detrusor) ให้การรักษาด้วยยาคลายการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ หรือโดยยากล่อมประสาท ร่วมกับการรักษาการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และระบบทางเดินปัสสาวะ ถ้าตรวจพบ

ทั้งนี้ สามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า หลักการรักษาปัญหาภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่

1. วินิจฉัยสาเหตุเนื่องจากการรักษาแตกต่างกัน ภาวะผิดปกติเนื่องจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะทำงานได้ไม่ดีจากการหดตัวมากเกินไปนั้น แก้ไขได้โดยการรักษาด้วยยา หรือการฝึก ขณะที่เกิดเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะทวมได้ไม่ดีนั้นต้องรักษาโดยการผ่าตัด ส่วนที่เกิดจากประสาท หรือกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนตัวจะรักษาด้วยการให้ยา เพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือการสวน ดังปรากฏภาพประกอบ 3

2. ให้การรักษาตามสาเหตุจากน้อยไปหามาก หรือจากการให้ยาก่อนการผ่าตัด



ภาพประกอบ 3 แสดงการวินิจฉัยและการรักษาภาวะผิดปกติเนื่องจากการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ที่มา : พิชัย เจริญพานิช. ปัญหา และแนวทางแก้ไขโรคทางนรีเวช. กรุงเทพฯ : 2533.

ชมรมพัฒนาสุขภาพปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ (ประเทศไทย) (2536 : เอกสารแผ่นพับ)
กล่าวไว้ว่าการป้องกันโรคระบบทางเดินปัสสาวะเกือบทุกชนิด จะต้องฝึกหัดอุปนิสัยที่ดีในการ
ขับถ่ายปัสสาวะ (Good bladder Habits) ซึ่งขั้นตอนในการฝึกหัดโดยใช้หลัก 5 ขั้นตอน
ดังต่อไปนี้คือ

ขั้นที่ 1 ควบคุมปริมาณน้ำดื่มให้พอควร

- ดื่มน้ำสะอาดวันละประมาณ 6 - 8 แก้ว (1500 - 2000 ซี.ซี.)
- ลดปริมาณสารคาเฟอีน โดยไม่ดื่มกาแฟ น้ำอัดลม น้ำชา มากเกินไป
- ลดการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากทำให้ปัสสาวะมากขึ้น และสมองควบคุม

กระเพาะปัสสาวะ ได้น้อยลง

ขั้นที่ 2 ฝึกหัดเข้าห้องน้ำอย่างถูกต้อง

- ใช้เวลาเต็มที่ เมื่อถ่ายปัสสาวะ ไม่ต้องรีบร้อน
- ให้แน่ใจว่าถ่ายปัสสาวะออกจนเกลี้ยงทุกครั้ง
- ในเพศชายยืน เพศหญิงนั่งลึก ๆ แยกขาออกปัสสาวะ ได้สะดวกกว่านั่ง

หันขวา ไว้

- หลีกเลี่ยงการเข้าห้องน้ำโดยบังเอิญบ่อย ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่ปวดปัสสาวะ เพราะ
จะทำให้กระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยลง เข้าห้องน้ำเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็มเท่านั้น (ยกเว้น
ก่อนนอน หรือเมื่อจะออกเดินทางไปธุระ เพราะอาจจะพบปัญหาการจราจรติดขัดหาห้องน้ำไม่สะดวก
ควรถ่ายปัสสาวะทั้งก่อนเป็นการเตรียมตัวที่ดี)

ขั้นที่ 3 ฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระ โดยให้เป็นเวลาที่สม่ำเสมอ และระวังอย่าให้ท้องผูก

ขั้นที่ 4 หมั่นดูแลหรือบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน

- ฝึกหัดกล้ามเนื้อหูรูด และกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานตามสมควร
- ลดความอ้วน เพราะน้ำหนักส่วนเกินเป็นการเพิ่มภาระให้กับกล้ามเนื้อช่อง

เชิงกราน

ขั้นที่ 5 ปรึกษาแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่เข้าใจ

ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดมีความดันในกระเพาะปัสสาวะมาก (Overflow
Incontinence) นั้นถ้าการไหลออกของปัสสาวะเป็นไปไม่ได้ จะทำให้เกิดการไหลย้อนกลับ
ของปัสสาวะเข้าไปในท่อไต จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นไตเสียโดยมีสาเหตุ 2 อย่างคือ

กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) และท่อไตโป่งพอง (Hydroureteronephrosis) หรืออาจเกิดการอักเสบบริเวณกระเพาะปัสสาวะ (Cystitis) ขึ้นได้

นอกจากผลดังกล่าวแล้ว ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ยังทำให้เกิดผลแทรกซ้อนต่อจิตใจของผู้ที่มีปัญหาด้านนี้ เพราะขาดความเชื่อมั่นในการจะไปทำงาน ติดต่อธุรกิจ การที่ต้องใส่ผ้าอนามัยเพื่อป้องกันการเปียกแฉะ จากนั้นปัสสาวะที่เล็ดราด ทำให้ต้องคอยระมัดระวังกลัวจะเปียกแฉะ หรือมีกลิ่นของปัสสาวะออกมาทำให้เป็นที่รังเกียจแก่สังคม และผู้พบเห็น ถ้าเป็นมารักษาแล้วไม่ดีขึ้น บางคนอาจเกิดอาการทางจิต หรือประสาท อยู่ในภาวะซึมเศร้า (Depressive Neurosis) คิดถึงแต่เรื่องของตนเองว่าเป็นเวรกรรม ต้องตัดขาดกับสังคม ไม่กล้าคบหาสมาคมกับใครเลยก็เป็นได้

การพยากรณ์โรคภายหลังการผ่าตัด หรือการรักษาค่อนข้างดี แต่ต้องอาศัยเวลาและกำลังใจของผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยใกล้ชิด กับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทีมปัสสาวะกลั้นไม่ได้ (Incontinence Team) รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด

รูปแบบการฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน (Model for Pelvic Floor Exercises)

การฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน (Pelvic Floor Exercises) หรือเรียกว่า "PFE" เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยสตรีที่มีปัญหาปัสสาวะเล็ดราดขณะที่ยืนออกกำลังกาย (Stress Incontinence) ในต่างประเทศการฝึกหัด PFE นี้เป็นวิธีการทางกายภาพบำบัด (Physiotherapy) ที่นำมาใช้ประกอบการรักษา และการป้องกันโดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังคลอดบุตร หรือหลังการผ่าตัดมดลูก รูปแบบ หรือวิธีการอาจจะแตกต่างกันบ้างแต่จุดประสงค์ของการใช้ PFE ชัดเจนจะเห็นได้จากคำจำกัดความของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน (Pelvic Floor Training) ของสมาคมพัฒนาสภาพปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ระหว่างประเทศว่าหมายถึง การเลือกฝึกหัดกล้ามเนื้อที่อยู่ในอาณาเขตจิตใจ โดยการหด และการขยายเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณช่องเชิงกราน จะช่วยลดการเกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ต้องการ ให้เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อกลุ่มนี้

ตั้งแต่มีการผ่าตัดรักษาภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในปี ค.ศ. 1832 จนถึงปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ ประมาณ 200 ชนิด ที่มีผู้คิดแปลงวิธีการผ่าตัดรักษาออกไปมากมายเป็นเพราะจากการติดตามผลการรักษาระยะยาว ผู้ป่วยหายขาดเพียงร้อยละ 80 จึงเป็นที่สังเกต และ

น่าสนใจว่าการรักษาคด้วยวิธีประคับประคอง (Conservative Treatment) เช่นการฝึกหัด PFE ควรจะนำมาใช้ได้ก่อนที่จะให้การรักษด้วยการผ่าตัด โดยเริ่มจาก ดร. อาร์นอลด์ เคเกล (Dr. Arnold Kegel) ซึ่งแนะนำการฝึกหัดกล้ามเนื้อกระบังลม (Pelvic Floor Muscle or Kegel Exercises) โดยเฉพาะกลุ่มกล้ามเนื้อ พิวโบคอคซีเจียส (Pubococcygeus) หรือ พี.ซี. (P.C.) คีริพร เจริญวัฒน์ (2526 : 41) กล่าวถึงการฝึกกล้ามเนื้อแบบของคีเกลใช้ขมิบทวารหนักและช่องคลอดวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรือประมาณ 300 ครั้งต่อวันอย่างไรก็ตามรายงานผลการรักษาคด้วย PFE นี้แตกต่างกันไป เช่นพบว่าได้ผลน้อยกว่าการผ่าตัดทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อกระบังลมดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ในขณะที่มีรายงานสนับสนุนอีกมากพบว่า PFE ช่วยเพิ่มแรงรองรับกระเพาะปัสสาวะเพิ่มแรงบีบของท่อปัสสาวะ (Urethral Closing Pressure) ลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ หรือแม้แต่ช่วยลดภาวะโค้งงอของสันหลัง (Lordosis) ให้ตรงขึ้น หลักการรักษาคด้วยกายภาพบำบัดนี้ต่างกับการผ่าตัดอย่างมาก โดยเฉพาะในลักษณะที่จะต้องฝึกหัดทุกวัน และผู้ป่วยจะต้องให้ความสนใจ และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดจากรายงานในประเทศไทย พบว่ายังไม่ได้มีการใช้ประโยชน์ของ PFE กันอย่างจริงจังประกอบกับรูปแบบวิธีการแนะนำผู้ป่วยแตกต่างกัน ไม่มีความชัดเจนจากแพทย์ผู้ให้คำแนะนำ และยากต่อการที่ผู้ป่วยจะนำไปปฏิบัติได้อย่างเคร่งครัด หน่วยยูโรไดนามิกส์ งานศัลยกรรมยูโร โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน PFE สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่มีอาการไม่มากนักยังไม่สมควรจะผ่าตัด พร้อมกับถ้าฝึกหัดผู้ป่วยบนเครื่องตรวจยูโรไดนามิกส์ ซึ่งบันทึกแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ (Pressure Vesical) แรงเบ่งในช่องท้อง (Pressure Abdomen) ร่วมกับคลื่นกล้ามเนื้อ อี.เอ็ม.จี (EMG Activities) ก็จะสามารถสอนวิธีการที่ถูกต้องได้ดียิ่งขึ้น โดยเห็นว่าผู้ป่วยจะต้องไม่ออกแรงเบ่งในช่องท้องขณะที่ขมิบหรือบีบกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานไว้ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีที่ถูกต้องนี้ได้เป็นอย่างดีโดยมีการตรวจสอบด้วยบันทึกกราฟจากเครื่องตรวจ

ขั้นตอนในระดับปฏิบัติซึ่งทางโรงพยาบาลราชวิถีให้กับผู้ป่วยมีดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 สอนให้ผู้ป่วยทราบถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน

(Anatomy and Physiology of Pelvic Floor Muscles)

ขั้นที่ 2 ตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนักของผู้ป่วย (Manual Examination)

ขั้นที่ 3 ผักกาดให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานบนเครื่องตรวจโร โดนามิกส์ (Practice or Biofeedback)

ขั้นที่ 4 สอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในท่าต่าง ๆ (Apply on Various Postures)

ขั้นที่ 1 สอนให้ผู้ป่วยให้ทราบถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน โดยบอกผู้ป่วยถึงสภาพปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ผู้ป่วยเป็นมีความสัมพันธ์กับสรีระของกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน หรือกล้ามเนื้อหูรูดที่หย่อนสภาพลง ซึ่งจำเป็นต้องฝึกหัดกล้ามเนื้อส่วนนี้ ให้แข็งแรงขึ้นการสอนให้ผู้ป่วยทราบถึง กล้ามเนื้อกลุ่มนี้ทำได้โดย ให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง เท้าทั้งสองข้างแนบพื้นให้ผู้ป่วยขมิบต่อทวารหนัก หรือให้พยายามหยุดถ่ายปัสสาวะในขณะที่กำลังถ่าย โดยไม่ให้ขยับสะโพก ไคนขา หัวเข่า และเท้า ความรู้สึกที่ต้องออกแรงเบ่งกล้ามเนื้อใน การปฏิบัติคือ กล้ามเนื้อช่องเชิงกราน (Pelvic Floor Muscles) กล้ามเนื้อเหล่านี้เปรียบเสมือนสองฝ่ามือที่รองรับอวัยวะที่สำคัญในช่องท้อง โดยเฉพาะท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด มดลูก และต่อทวารหนัก การฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ จะช่วยให้เกิดความแข็งแรง และเป็นหลักการของการรักษาด้วยวิธีนี้

ขั้นที่ 2 ตรวจทางช่องคลอดหรือต่อทวารหนัก โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในทางการแพทย์หมายถึง กล้ามเนื้อดังนี้คือ

- ยูโรเจเนอิตอล ไดอะแฟรม (Urogenital Diaphragm)
 - เพลวิก ไดอะแฟรม (Pelvic Diaphragm) หรือ (Levator Ani)
 - ยูริทรอล สฟินคเตอร์ (Urethral Sphincter) กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ
- กล้ามเนื้อที่มีความสำคัญมากคือ ลิเวเตอร์ เอไน (Levator Ani) โดยเฉพาะ พิวไบคอคซิเจียส (Pubucoccygeus) ซึ่งอยู่ด้านหน้า และ ไอลิโอคอคซิเจียส (Iliococcygeus) ซึ่งอยู่ด้านหลังกล้ามเนื้อสองมัดนี้ เกาะจากด้านหลังจากกระดูกหัวเหน่า เทนดินัส อาร์ค (Tendinous Arch) และอิชีอัล สปาย (Ischial Spine) ลง ไปยึดติดกับ กระดูกก้นกบ (Coccyx) อีกส่วนหนึ่งคือ อิชิโอคอคซิเจียส (Ischiococcygeus) จากอิชีอัล สปาย เกาะติดกับกระดูกก้นกบส่วนบน เราสามารถตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่อง

เชิงกรานได้โดยใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง ตรวจภายในช่องคลอด หายฝ่ามือขึ้น งอข้อปลายนิ้ว เล็กน้อย สัมผัสกับเพลวิค ไดอะแฟรม ให้ผู้ป่วยขมิบช่องคลอดให้แน่นที่สุดเปรียบเทียบกับคะแนน กล้ามเนื้อ คะแนน 1 มีแรงบ้างเล็กน้อย คะแนน 2 มีแรงพอสมควร คะแนน 3 แรงถึงขนาด ดึงปลายนิ้วขึ้นไปถึงกระดูกหัวเหน่าคะแนน 4, 5 สามารถต้านแรงดึงลงได้

ขั้นที่ 3 ฝึกหัดผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานบนเครื่องตรวจยูโรไดนามิกส์ ซึ่งบันทึกความดันในกระเพาะปัสสาวะ ความดันในช่องท้อง และคลื่นอีเอ็มจี กล้ามเนื้อหูรูด ได้ฝึก PFE ให้ผู้ป่วยทำตามวิธีที่ได้ดัดแปลงมาจากคีเกล (Kegel's) โดยฝึกให้ขมิบเร็ว ๆ แล้วปล่อยออกทันที (Flicks) 5 ครั้ง แล้วให้ขมิบ หรือบีบ PC ช้า ๆ จนแน่นไว้ (Holds) ขณะนั้นนับใจ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (5 วินาที) แล้วขมิบเร็วอีก 5 ครั้ง รวมเป็น 1 ชุด ทำเช่นเดียวกัน 3 ชุด เท่ากับ 1 รอบ และใน 1 วัน ควรทำ 4 รอบ คือ เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน (ตามแบบที่ผู้วิจัยใช้) ระหว่างที่ฝึกเน้นวิธีขมิบไม่ทำให้ใส่แรงในช่องท้องแต่พยายามที่จะให้เกิดความรู้สึกว่าได้ยกอวัยวะในช่องเชิงกรานขึ้น และนำเก็บเข้าไว้ในช่องท้องลึก ๆ ไม่ให้หย่อนลงมา

ขั้นที่ 4 สอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในท่าต่าง ๆ นอกจากท่าที่ใช้ฝึกกับเครื่องซึ่งเรียกว่า ไบโอฟีดแบค (Biofeedback) แล้ว อาจแนะนำผู้ป่วยให้ใช้ท่าต่าง ๆ ซึ่งสะดวกผ่อนคลาย และสร้างความสนใจของผู้ป่วยได้ด้วยขั้นนี้ โดยเน้นว่าไม่ให้ออกแรงเบ่งช่องท้อง ในขณะขมิบ พี.ซี.

การฝึกหัด พี.ซี. ในท่าต่าง ๆ กัน มีดังต่อไปนี้

บริหารในท่านอนหงายงอเข่า (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4)

1. ฝึกขมิบ พี.ซี. ให้แรงคล้ายจะยกอวัยวะในช่องเชิงกรานขึ้นมาเก็บไว้ในหน้าท้อง ขณะเดียวกับหายใจเข้าเต็มที่ หยดกลั้นไว้ และแบม่วท้องน้อยไว้ด้วย (Holds) นับใจ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (5 วินาที) แล้วคลายออก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง
2. ฝึกขมิบปล่อยเร็ว (Flicks) ทำ 5 - 20 ครั้ง



ภาพประกอบ 4 บริหารในท่านอนหงายงอเข่า

บริหารในท่านอนเหยียดขา (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5)

ทำเช่นเดียวกับข้อ 1 และ 2 ข้างต้น



ภาพประกอบ 5 บริหารในท่านอนเหยียดขา

บริหารในท่านอนยกสะโพก (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6)

1. นอนหงาย งอเข่าตั้งตรง แขนวางเหยียดตรง
2. ขมิบ ฟัน, ชี, ขณะหายใจเข้าเต็มทีหยุดกลั้นไว้ แอมวหน้าท้องพร้อมทั้งยกสะโพก และหลังให้สูงขึ้นเต็มที่ ไหล่ติดพื้น นับในใจ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 หรือถึง 10 (ประมาณ 5 - 10 วินาที)
3. คลายแรงบีบ ฟัน, ชี, ออกในขณะที่ลดสะโพก และหลังลงกับพื้นกลับมาในท่าแรก
4. ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



ภาพประกอบ 6 บริหารในท่านอนยกสะโพก

บริหารในท่ายืน (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7)

1. ยืนแยกขาเท้าห่างกันประมาณช่วงหัวไหล่ ยึดหน้าอก และเขคหน้าตรง ขณะที่ใช้ฝ่ามือทั้งสองวางบนขอบโต๊ะ ทั้งน้ำหนักตัวลงที่ฝ่ามือ
2. ขมิบ ฟัน, เหมือนในข้อ 1 และ 2



ภาพประกอบ 7 บริหารในท่ายืน

บริหารในท่ายืนเขย่ง (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8)

1. ยืนเท้าชิดกัน มือขวาจับขอบโต๊ะ เขย่งเท้าขึ้นสุดตัวพร้อมกับฝึกขมิบ ฟ.ซี.
เหมือนในข้อ 1 และ 2



ภาพประกอบ 8 บริหารในท่ายืนเขย่ง

บริหารในท่าลุกขึ้นนั่ง (ดังปรากฏตามภาพประกอบ 9)

1. นอนหงายงอเข่า

2. ฝึกขมิบปับ พ.ช. ขณะลุกขึ้นนั่งนับ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 หรือถึง 10

แล้วคลายออกพร้อมกับเปลี่ยนท่า ไปอยู่ในท่านอนเช่นเดิม

3. ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



ภาพประกอบ 9 บริหารในท่าลุกขึ้นนั่ง

ที่มา : (ภาพประกอบ 4 - 9)

ดำรงพันธุ์ วัสนะโชติ และวิโรจน์ ชด้อย, "รูปแบบการฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน
ในโรงพยาบาลราชวิถี," วารสารยูโร. 13(13) : 43 - 48 ; ธันวาคม 2535.

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

กู๊ด (Good. 1959 : 55 - 56) ได้กล่าวถึงความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกที่คาดหวังจะ ได้ให้ผู้เรียนมีบางสิ่ง เกิดในตัวผู้เรียนเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

มานิต มานิตเจริญ (2528 : 652 - 985) ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมว่า หมายถึงการปฏิบัติตัว กิริยาอาการ ความคิด และความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมส่วนต่าง ๆ สุขภาพ หมายถึง ความเป็นสุข ปราศจากโรค อณามัยของร่างกาย และความเป็นอยู่ของ ร่างกาย เช่นสุขภาพดีก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็หมายความว่า ร่างกาย ไม่แข็งแรงดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติตัว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค

นักวิชาการสุขศึกษาได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และ ทักษะ โดยเป็นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกต และวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่อง สุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงปฏิกิริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดที่มีนัยยะกระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้ หรือ ไม่ได้ก็ตาม ที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่อง ของสุขภาพอนามัย เช่นการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

นิภา มนุญปิจุ (2529 : 20) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง ความรู้เจตคติ และ การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใด ด้านหนึ่งย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นด้วย

ทวีสิทธิ์ สัทธกร (2531 : 44) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้าน ความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่สามารถสังเกต และวัดได้

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 11) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่นรวมถึง การกระทำ หรือการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายที่นักวิชาการสาขาการศึกษาได้ให้ไว้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติ หรือการยกเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นด้วย

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

การอธิบายพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่อาศัยแนวความคิดของความหมายพฤติกรรมทางด้านการศึกษาของ บลูม (Bloom) คราธวอลล์ (Kathwohl) และมาเซีย (Macia) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 155 ; อ้างอิงมาจาก Macia. n.d.) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain)
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) (Bloom. 1975 ;

65 - 97)

พฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสำคัญ และมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) หมายถึง การมีประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริง หรือหลักฐานต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการศึกษา หรือการตรวจสอบ ความรู้ที่จัดเป็นความสามารถทางสติปัญญาจำแนกได้เป็น

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง เป็นทักษะ และความสามารถทางสติปัญญาในระดับแรกรู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูล หรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสนใจที่จะนำความรู้ ความเข้าใจ จากกฎเกณฑ์ และวิธีการต่าง ๆ ของเรื่องนั้น ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถที่แยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถ และทักษะที่จะนำองค์ประกอบ หรือส่วนต่าง ๆ เข้ามารวมกันเพื่อให้เป็นภาพลักษณ์ที่สมบูรณ์เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน และจัดเป็นหมวดหมู่เพื่อก่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึงความสามารถที่จะพิจารณา และตัดสินไม่ว่าด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งต้องใช้เครื่องมือพิเศษวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของบุคคลต่อการจะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 159) กล่าวถึงขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัย คือ

2.1 การรับ (Receiving)

2.2 การตอบสนอง (Responding)

2.3 การให้ค่า (Valuing)

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization)

2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization)

2.1 การรับรู้ หรือการให้ความสนใจ

ในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้า หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น การรับ หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของสภาพจิตใจ ในขั้นของการรับ หรือการให้ความสนใจบุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

2.1.1 เกิดความตระหนักถูกผิด หรือเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือการถูกผิดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น

2.1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุนั้น

2.1.3 การเลือกรับ หรือการเลือกให้ความสนใจ โดยจะเลือกในสิ่งที่นำความพอใจมาให้ และจะไม่รับสิ่งที่ไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง

เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง เป็นขั้นที่บุคคลถูกใจใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ประกอบด้วยความยินยอมความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม

เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาให้เห็นว่าบุคคลยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า สำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาให้เป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ หรือผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่ม

เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากับกลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านี้ ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

พฤติกรรมในขั้นนี้อาจจะแสดงให้เห็นได้โดยการสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือยึดคติคุณต่าง ๆ ในการปฏิบัติตนโดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรม จรรยา และประชาธิปไตย เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย หรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

องค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากองค์ประกอบทางด้านความรู้ที่ตนคิด และการปฏิบัติดังกล่าวแล้ว ยังมี

องค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้าน จิตวิทยา ด้านสังคม และวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ภาวะ ความต้องการ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้การพัฒนาคิด ความเชื่อ การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ดังนี้

2.1 ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพหลายอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวมาก เช่นนิสัยในการรับประทานอาหาร การปฏิบัติด้านการรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

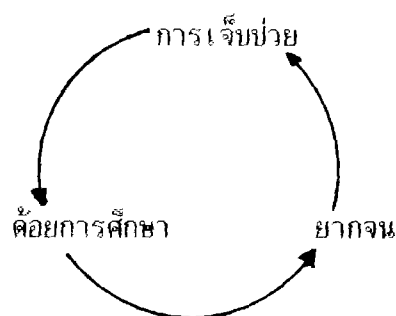
2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก ในกลุ่มที่มีอายุ หรือวัยเดียวกัน ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้าย ๆ กัน อิทธิพลกลุ่มจะมีมาก หรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดของกลุ่ม

2.3 สถานภาพทางสังคม ของบุคคลที่แตกต่างกันจะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

2.4 วัฒนธรรม เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น การอดอาหารทุกชนิดในผู้ป่วย เป็นต้น

2.5 ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน และต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องมีความฉลาด และเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นผลให้เขามีสุขภาพดี ซึ่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสามปรากฏดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่นำไปสู่การมีสุขภาพไม่ดี

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัย ประชาชนที่มีการศึกษาดำเนินการจะมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประกาศเฝ้า สุวรรณ (2526 : 201) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมอาจเปลี่ยนแปลงโดยการบังคับ การเลียนแบบ และการเห็นความสำคัญ ของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น

2. การใช้วิธีการทางการศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้ผลถาวร

3. พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการบังคับ ซึ่งจะเปลี่ยนได้เฉพาะพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมด้านความรู้ และทักษะคิดไม่เปลี่ยน

4. บ้าน โรงเรียน และชุมชนเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างแบบอย่างที่ดี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2526 : 124)

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเดอลเมน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) เพราะบุคคลถูกสังคม หรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถ้า ไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกลงโทษแต่ในทางตรงข้าม ถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับรางวัลจากสังคม
 2. การเปลี่ยนแปลง เพราะการเอาอย่าง (Identification) บุคคลเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดี ตนเองต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครู อาจารย์ คาราพายนต์ นักการเมือง พระภิกษุสงฆ์ ฯลฯ
 3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) บุคคลยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวความคิด ค่านิยม ของตนที่ยึดถืออยู่ หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้
- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมนั้น แล้วใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป เพื่อให้ครอบคลุมทุกปัจจัย ซึ่งพอสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 4 ปัจจัย คือ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526 : 121 - 130)
1. ภูมิลำเนา เป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล
 2. ยา และสิ่งแวดล้อม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน ยาสิ่งแวดล้อมบางชนิดทำให้ความคิดของบุคคลเปลี่ยนแปลง ไป สติสิ้นไป ไม่สามารถควบคุมคำพูด หรือการกระทำ และการแสดงออกของตนเองได้
 3. พันธุกรรม เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด หรือการแสดงออก ซึ่งต้องอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากบิดา มารดา หรือบรรพบุรุษ ความเฉลียวฉลาด โรคบางอย่างสามารถถ่ายทอดกันทางพันธุกรรม
 4. การเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้แล้วจึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 75) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การใส่หมวกนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อฟังเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดนี้สอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 587 - 588) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3 ชนิด คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเจ็บป่วย และอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขอันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

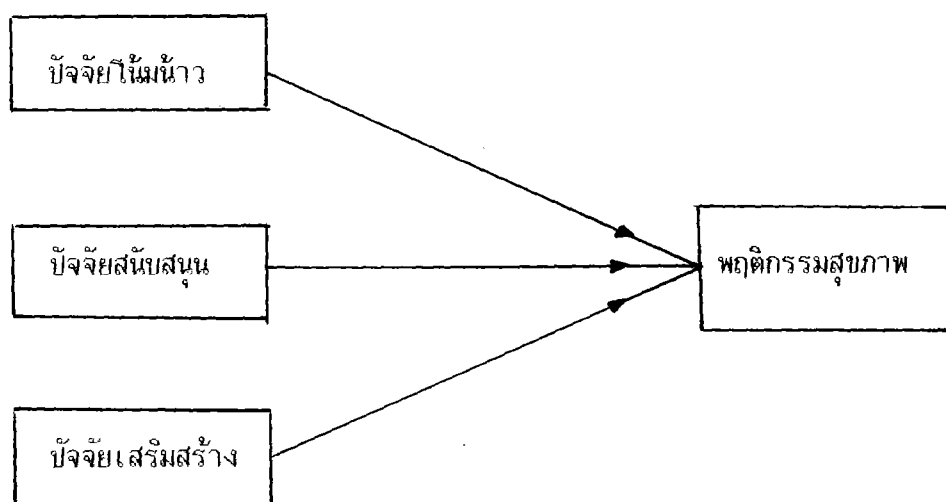
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายประการดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้นการปลูกฝัง หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ และเป็นไปในลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกันคือ (ธนวรรณ อัมสมบุญ. 2528 : 24 - 26)

1. ปัจจัยในแนว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติเกี่ยวกับเนื้อหาของสุขภาพ การเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยในแนวให้อยู่ในระดับที่จะ

เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกของการเรียนรู้ซึ่งอาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคม และสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ซึ่งได้แก่สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละคนได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใด อย่างเพียงพอเหมาะสม และต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะ และพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และรับผิดชอบในโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะปลุกฝัง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดได้โดยมีปัจจัยอื่นเป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ซึ่งได้แก่ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้นเตือน หรือปฏิเสธอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงจูงใจ และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ดังปรากฏภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ธนวรรณ อัมสมบุรณ์, "การประเมินผลงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างมีระบบ," สุขศึกษา 8(29) : 24 - 26 ; มกราคม-เมษายน 2528.

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับภาวะการกลืนไส้สาวะไม่อยู่อย่างกว้างขวาง และเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว เน้นการศึกษาด้านนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรซึ่งได้แก่การศึกษาของนักวิจัยต่อไปนี้

กูล และคนอื่น ๆ (Gool and others, 1992 : 28 - 36) ศึกษาเรื่องภาวะการกลืนไส้สาวะไม่อยู่ในเวลากลางวันในเด็กที่ให้อาหารรักษาโดยไม่ต้องให้ยา สาเหตุของภาวะการกลืนไส้สาวะไม่อยู่ในเด็กนั้นไม่ได้มาจากการไม่ทำงานของระบบประสาทกระเพาะไส้สาวะ หรือหูดไม่ทำงาน อาการ และอาการแสดงส่วนมากเกิดจากนิสัย (กิจวัตร) ไม่ใช่การตอบสนองทางพยาธิสรีระซึ่งมีต่อสัญญาณจากกระเพาะไส้สาวะ และท่อไส้สาวะ การตอบสนองนี้เริ่มที่วัยหัดเดิน เมื่อเด็กเริ่มเรียนรู้ว่า ทำอย่างไรได้แล้วครั้งหนึ่งเขาจะกลายเป็นนิสัยการที่มีไส้สาวะค้างอยู่ในกระเพาะไส้สาวะ และเกิดการกลับเป็นซ้ำของระบบทางเดินไส้สาวะอีกเสียโดยไม่ต้องให้ยาในการรักษา การใช้กระบวนการเรียนรู้ และการฝึกการตอบสนองปกติต่อสัญญาณจากกระเพาะไส้สาวะ และท่อไส้สาวะให้สัมพันธ์กันเป็นสิ่งที่ถูกต้องในการรักษา

โมริแควน และโมลลาร์ด (Mouriquand and Mollard, 1992 : 28 - 36) ได้ศึกษาเรื่องการรักษาภาวะการกลืนไส้สาวะไม่อยู่ที่มีปัญหาความผิดปกติของกระเพาะไส้สาวะจากระบบประสาทซึ่งได้ทำการศึกษาในเด็ก เป็นรายงานที่คล้ายแพทย์ให้ความสนใจระหว่างปี 1965 และ 1969 ผู้ป่วย 527 คน ที่มีปัญหาความผิดปกติของกระเพาะไส้สาวะจากระบบประสาท ของโรงพยาบาล ดิเบรสส์ จำนวน 46 ราย ได้รับการเจาะหน้าท้องเพื่อให้ไส้สาวะไหลออกได้ 39 ราย ได้รับการผ่าตัดไส้หูดเทียม และ 177 ราย ส่วนไส้สาวะเป็นครั้งคราว การรักษาสุดท้ายที่สำคัญที่สุดในเด็กหญิงที่มีความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบความต้านทานของปากมดลูก-ท่อไส้สาวะ และ/หรือหน้าที่ของกระเพาะไส้สาวะไม่ดี ได้ให้การสวนไส้สาวะเป็นครั้งคราว เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลและได้ มีการอภิปรายถึงการใช้อีสวันไส้สาวะด้วยสายยางเป็นครั้งคราวระหว่างการรักษาภาวะการกลืนไส้สาวะไม่อยู่นี้คนอื่น ๆ

คาร์โดโซ และบรินด์เลย์ (Cardozo and Brindley, 1992 : 336 - 338) ศึกษาผู้หญิงที่เป็นอัมพาตตอนล่างของร่างกาย รวมทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมีสาเหตุมาจากประสาท

ไขสันหลังตอนต้นด้านหลังได้รับการกระทบกระเทือน จึงทำให้การกระตุ้นให้การขับถ่ายปัสสาวะเป็นไปได้น้อย และเกิดปัญหาทางเดินปัสสาวะอีกเสืบตามมา จากภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดมีแรงดันภายในช่องท้องมากขึ้นภายหลังการประเมินด้วยพลศาสตร์กระเพาะปัสสาวะได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดฝังท่อขับถ่ายปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ

รัสซิวีย์ และฟุนเทวิลลา (Rousseau and Fuentevilla. 1992 : 37 - 40, 45, 48) ได้ศึกษาทวิวิธีการรักษาภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับมีอาการอยากปัสสาวะอย่างรุนแรงสัมพันธ์กับการไม่สามารถยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ การใช้ยาแอนติโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic Drugs) และยาคลายกล้ามเนื้อ มีผลดีเหมือนกับการฝึกหัดกระเพาะปัสสาวะ การบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานทำให้ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดมีความดันในช่องท้องมีอาการดีขึ้นร้อยละ 60 - 90 สำหรับผู้ป่วยที่ใช้การบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานไม่ได้ผลก็จะใช้แอลฟา-อดิเนอร์จิก เอเจนต์ (Alpha - Adrenergic Agent) และคอนจูเกต เอสโตรเจน (Conjugated Estrogen) การผ่าตัดเป็นวิธีที่ได้ผลดีใน ผู้หญิงสูงอายุที่มาด้วยปัญหาอวัยวะภายในช่องเชิงกรานหย่อนยาน (Pelvic Prolapse) การรักษาผู้มีปัญหาภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดความดันในกระเพาะปัสสาวะมาก (Overflow Incontinence) ต้องการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวหรือสวนคาสายสวนปัสสาวะไว้ เป็นการแก้ไขความผิดปกติพื้นฐาน

วินเดเล (Wyndaele. 1992 : 299 - 301) ทำการศึกษาความรู้สึกที่ได้รับจากการบรรจุน้ำเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ จากการตรวจด้วยซีสโตมิเตอร์ ประเมินการจดบันทึกความรู้สึกสัมผัสระหว่างตอนกลางของการตรวจด้วย Cystometry ว่าสามารถทำได้หรือไม่ พบว่าผู้ป่วย 10 คนสามารถวัดความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะได้ถึง 2 ครั้งจากผู้ป่วยจำนวน 95 คน ผลของการประเมิน ยูโร ไดนามิกส์ มีรายงานว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาระยะสั้นและร้อยละ 73 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาระยะยาว ความรู้สึกสัมผัสครั้งแรก ต่อการบรรจุน้ำในกระเพาะปัสสาวะมีความแตกต่างกันมาก

วอลเตอร์ส และเรียลินี (Walters and Realini. 1992 : 289 - 301) ทำการศึกษามุทิตหลังภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ การเสียหน้าที่ของประสาทภายใต้การควบคุมของจิตใจของระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่ามีผลต่อสังคม หรือมีผลต่อสุขภาพเป็นปัญหาหลักของอาการทาง

คลินิก และสาเหตุเฉพาะ ของการสูญเสียหน้าที่และอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ใหญ่อย่างน้อย 10 ล้านคน ในอเมริกาประสบภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ รวมทั้งประมาณร้อยละ 15 - 30 ของคนสูงอายุในบ้านพักคนชรา มีปัญหาภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยแก้ไข เป็นข้อมูลที่รวบรวมระหว่าง ค.ศ. 1970 ถึง ค.ศ. 1990

มัวร์สเซน และคนอื่น ๆ (Mouritsen and others. 1991 : 32 - 37)

ศึกษาผลระยะยาวของการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้หญิงที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ พบว่าเกิดผลการต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พี.ซี. ในผู้หญิงที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ ชนิดที่มีความดันในช่องท้องสูงขึ้น จำนวน 70 คนที่ส่งต่อมาเพื่อรับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าผู้ป่วยเหล่านี้เข้า โปรแกรมการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานซึ่งถูกสร้างโดยนักกายภาพบำบัด ที่มีประสบการณ์ ให้ฝึก 3 เดือน และติดตามผล 1 ปี ครึ่งสุดท้ายของการประเมินผล ร้อยละ 30 สามารถกลืนปัสสาวะ ได้ และร้อยละ 17 มีอาการดีขึ้น ดังนั้นทั้งหมดร้อยละ 47 ไม่ต้องการผ่าตัด ระยะเวลาการติดตามผลผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ เพียงเล็กน้อยได้รับประโยชน์จากการฝึกอย่างจริงจัง ประมาณร้อยละ 72 สามารถคาดคะเน การรักษาได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะ ไม่ได้รับผลของการฝึกหัดกล้ามเนื้อ ในทันทีทันใด ได้ข้อสรุปว่าการฝึกกล้ามเนื้อ พี.ซี. ควรจะนำมาใช้ก่อนการผ่าตัดเนื่องจากการฝึกกล้ามเนื้อมีผลถาวรครึ่งหนึ่งต่อผลการรักษาในผู้ป่วย

ไวแมน และฟานท์ (Wyman and Fantl. 1991 : 11 - 17) ศึกษา การฝึกหัดกระเพาะปัสสาวะที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ชนิดที่มีแรงดันในช่องท้องมากขึ้นและชนิดปวดกลืน ศึกษาในผู้ป่วยนอกโดยจัดให้สัมพันธ์กับการปราศจากความเสี่ย และการะในการฝึก การประเมินอาการทางคลินิกเป็นการแสดงพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่สนับสนุนการประเมินโดยการใช้อัลตราซาวด์ทางเดินปัสสาวะ (ยูโรไดนามิกส์) การฝึกหัดกระเพาะปัสสาวะง่ายต่อการปฏิบัติ และจัดขึ้นในคลินิก โดย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ และเพิ่มโอกาสสำหรับการรักษา ต่อผู้ป่วยจำนวนมากและปรับปรุงด้านการรักษารายบุคคลเป็นการวิจัยกระทำอย่างต่อเนื่องด้วยความพยายามโดยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดในการจัดรักษาภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการศึกษา คือ การพัฒนาปรับปรุงเทคนิคทางพฤติกรรมด้วยจุดมุ่งหมายที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ซึ่งส่วนมากบรรลุผลดี

แจนเซน และคนอื่น ๆ (Janssen and others, 1992 : 499 - 502) ศึกษาปัจจัยทางสรีรวิทยาในภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ในเพศหญิง เป้าหมายของการศึกษา คือ ศึกษาภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรกับอาการทางจิตที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเพศหญิงจำนวน 110 คน มีอาการการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ การประเมินโดยค่าเฉลี่ยมาตรฐานของแบบสอบถาม และการซักประวัติทางการแพทย์ เหตุผลที่แสดงออก พบว่าไม่แตกต่างกันในลักษณะทางจิตระหว่างผู้ป่วยภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ชนิดต่าง ๆ การค้นพบนี้ตรงกันข้ามกับสิ่งที่คาดไว้ของการศึกษาเกือบทั้งหมด ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเลือกประชากรเพื่อให้การดูแลพิเศษตั้งนั้นการดูแลรักษา ขึ้นอยู่กับความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วย มากกว่าชนิดของภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

โลส (Lose, 1991 : 580 - 585) ทำการศึกษาโดยการวัดของค่าความสัมพันธ์ของความดันและพื้นที่หน้าตัดในท่อไต้ผู้หญิง โดยการเพิ่มความดันแรงบิดท่อไต้และแรงดันที่เกิดขึ้นระหว่างการไอและการบีบรัดท่อไต้ ในผู้หญิง 30 คน ซึ่งมีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่จากการมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างแท้จริง ใช้เครื่องมือวัดที่คอกระเพาะปัสสาวะ กลางท่อปัสสาวะ ขณะกลืนปัสสาวะ เปรียบเทียบกับผู้หญิงที่แข็งแรง ระหว่างการ ไอ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าเป็นจุดอ่อนในผู้หญิงที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ซึ่งเกิดจากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างแท้จริง เหตุผลที่สนับสนุนแนวคิดนี้คือความดันในการ ไหลผ่านท่อปัสสาวะลดลงเป็นปัจจัยทางพยาธิสรีระที่สำคัญในภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่เนื่องจากมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างแท้จริง

การวิจัยในประเทศไทย

ในประเทศไทย ยังไม่ค่อยพบว่า มีผู้ทำการศึกษาวิจัยทางด้านภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่มากนัก เนื่องจากประเทศไทยยังมีปัญหาสาธารณสุขพื้นฐานด้านอื่น ๆ ที่ต้องทำการศึกษา ค้นคว้าเพื่อหาทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทำให้การศึกษาวิจัยด้านภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร การศึกษาวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ใกล้เคียงกับหัวข้อที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีดังนี้ คือ

บรรจง มงคลรัฐ (2525 : 32 - 34) ได้ทำการศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออก ทางช่องคลอด ที่ต้องสวนคาท่อปัสสาวะ ให้นาน 5 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนให้บริหารกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$)

ศิริพร เจริญวัฒน์ (2526 : 63 - 66) ได้ทำการศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อฝึยเบตต่อการกลั้นปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ออกทางหน้าท้อง หรือทางทอปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะได้ในกลุ่มที่มีการบริหารกล้ามเนื้อฝึยเบตตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนดนี้ มีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการบริหารกล้ามเนื้อตามแบบของผู้วิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$)

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2526 : ก) ศึกษาเปรียบเทียบผลการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ด้วยเทคนิคสะอาด และที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในแต่ละวันและระยะเวลาในการเกิดการติดเชื้อภายหลังที่ทำการสวนปัสสาวะทั้งสองวิธี ไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ทำการสวนปัสสาวะ และได้รับยาต้านจุลชีพมีผลช่วยลดระยะเวลาในการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านจุลชีพ ส่วนจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อี. โคไล (E. Coli) คิดเป็นร้อยละ 23.53

ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2527 : ข) ทำการศึกษาทำที่ใช้นอนถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดบริเวณทวารหนัก พบว่าผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะได้เอง ในกลุ่มที่ใช้ทำนอนคว่ำตามที่ผู้วิจัยกำหนดมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะได้ของในกลุ่มที่ใช้ทำนอนหงาย

ศรีแพร แฉล้มเขตร (2529 : ข) ได้ทำการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะทางท่อปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่ามาตรฐานการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดในผู้ป่วยมี 6 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ได้เหมาะสมตลอดระยะเวลาที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการสวนปัสสาวะ ได้ถูกต้องตามเทคนิค

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคาสายสวนปัสสาวะ

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้ เป็นปกติ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังถอดสายสวนปัสสาวะ

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เมื่อกลับบ้านพร้อมสายสวนปัสสาวะ

ส่ายหยุด วัฒนธัญกรรม (2529 : ข) ศึกษาผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไต และท่อไต พบว่า การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผนสามารถลดภาวะท้องอืดของผู้ป่วยได้ ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3 หลังจากพบภาวะท้องอืด ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดแต่ไม่ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผน ยังคงมีภาวะท้องอืดหลังจากนั้นไปจนถึง 12 ชั่วโมง แต่พบว่าภาวะท้องอืดลดลง เช่นเดียวกันเมื่อเวลาผ่านไป 24 ชั่วโมง และยังพบว่าผู้ป่วยที่บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผนมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และมีความต้องการยาลดภาวะท้องอืดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง

ปรารธนา กุ์สวรรค์ (2530 : ก) ศึกษาผลของการใส่สายยาแผลอน ในถุงเก็บปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ต่อพฤติกรรมการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ได้ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการปนเปื้อนเชื้อในถุงของกลุ่มทดลอง ที่ใส่สายยาแผลอน เกิดขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สายยาอะไรเลย และกลุ่มที่ใส่ยาเกลือ 0.9 % และมีพฤติกรรมการปนเปื้อนเชื้อต่อวันน้อยกว่าอีก 2 กลุ่ม การศึกษานี้ไม่มีผลต่อการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ

สุริยา ขาดีไทย (2531 : ก) ศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการสอนผู้ป่วยให้สวนปัสสาวะด้วยตนเองเป็นครั้งคราว โดยใช้เทคนิคที่สะอาด ระหว่างวิธีการสอนโดยพยาบาล และ เทปโทรทัศน์ พบความสามารถในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองเป็นครั้งคราวของกลุ่มที่สอนโดยพยาบาล และกลุ่มที่สอนโดยเทปโทรทัศน์ แตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่มพอใจในการสอนแต่ละวิธี ที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย กลุ่มที่สอนโดยพยาบาลมีความมั่นใจมากในการสวนปัสสาวะครั้งแรก ส่วนกลุ่มที่สอนโดยเทปโทรทัศน์มีความมั่นใจปานกลาง และ ไม่รู้สึกกลัว ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองทั้งสองกลุ่ม

ประณีต ส่วงวัฒนา (2531 : 73 - 75) ได้ทำการศึกษาติดตามความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จากการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งได้รับการฝึกกระเพาะปัสสาวะอย่างมีแบบแผนตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการขับถ่ายปัสสาวะจากการฝึกกระเพาะปัสสาวะครั้งนี้ เป็นอัตราร้อยละ 76.5 ด้วยระยะเวลาเฉลี่ย 51 วัน (3 - 120 วัน) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังชนิดถูกตัดขาดเพียงบางส่วน และเป็นกระเพาะปัสสาวะพิการชนิดแข็งเกร็งร้อยละ 17.6 ไม่ประสบความสำเร็จในการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าในการฝึก

นิตยา กุศลธรรมศิริ (2534 : 47 - 48) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการฝึกกระเพาะปัสสาวะอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะเป็นผลสำเร็จในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังกับไม่ได้รับการฝึกกระเพาะปัสสาวะอย่างมีแบบแผน พบว่าผลของความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าการฝึกกระเพาะปัสสาวะอย่างมีแบบแผนได้ผลไม่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ

คารังพันธุ์ วัฒนะโชติ (2535) ทำการสำรวจผู้หญิงจำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบผู้มีปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะถึง 104 คน (ร้อยละ 26) ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จำนวน 20 คน (ร้อยละ 5) ปัสสาวะบ่อย 56 คน (ร้อยละ 14) และปวดปัสสาวะแล้วปวด ต้องเข้าห้องน้ำทันทีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 7) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะ 2 อาชีพ คือ พยาบาล และพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ซึ่งมีระดับการศึกษา การดูแลสุขภาพ และระดับทางสังคมค่อนข้างสูงกลุ่มหนึ่ง คาดว่าถ้าทำการสำรวจในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ด้วย ตัวเลขที่ปรากฏอาจพบมีมากกว่าที่แสดงไว้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน มีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าก่อนการรักษา
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีปกติและได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน มีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าก่อนทำการรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

แหล่งข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ที่มีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัด และไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาจากผู้ที่มารับบริการที่ห้องตรวจศัลยกรรมยูโร แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีคุณสมบัติดังรายละเอียดในข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวไว้ในบทที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดให้ประชากรที่ศึกษา จำนวน 300 คน เป็นผู้ป่วยหญิงที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด โดยศึกษาจากสถิติของห้องตรวจศัลยกรรมยูโร แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ย้อนหลัง 1 ปี ในปี พ.ศ. 2535 (มกราคม - ธันวาคม 2535) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ในปี พ.ศ. 2535 (มกราคม - ธันวาคม 2535)

อายุผู้ป่วย (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (คน)		
	เพศหญิง	เพศชาย	รวม
น้อยกว่า 15 ปี	9	22	31
15 - 29 ปี	64	30	94
30 - 60 ปี	295	67	362
มากกว่า 60 ปี	85	74	159
รวม	453	193	646

ที่มา : ห้องตรวจคัดกรองมะเร็งไต ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี (2535)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน ประมาณ 1 ต่อ 5 ของประชากรที่มารับการรักษาปี 2536 - 2537 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยพยายามเลือกตัวอย่าง ในทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการท้าวิจัย เช่น อายุ อาชีพ การศึกษา รวมทั้งการวินิจฉัยโรคของแพทย์

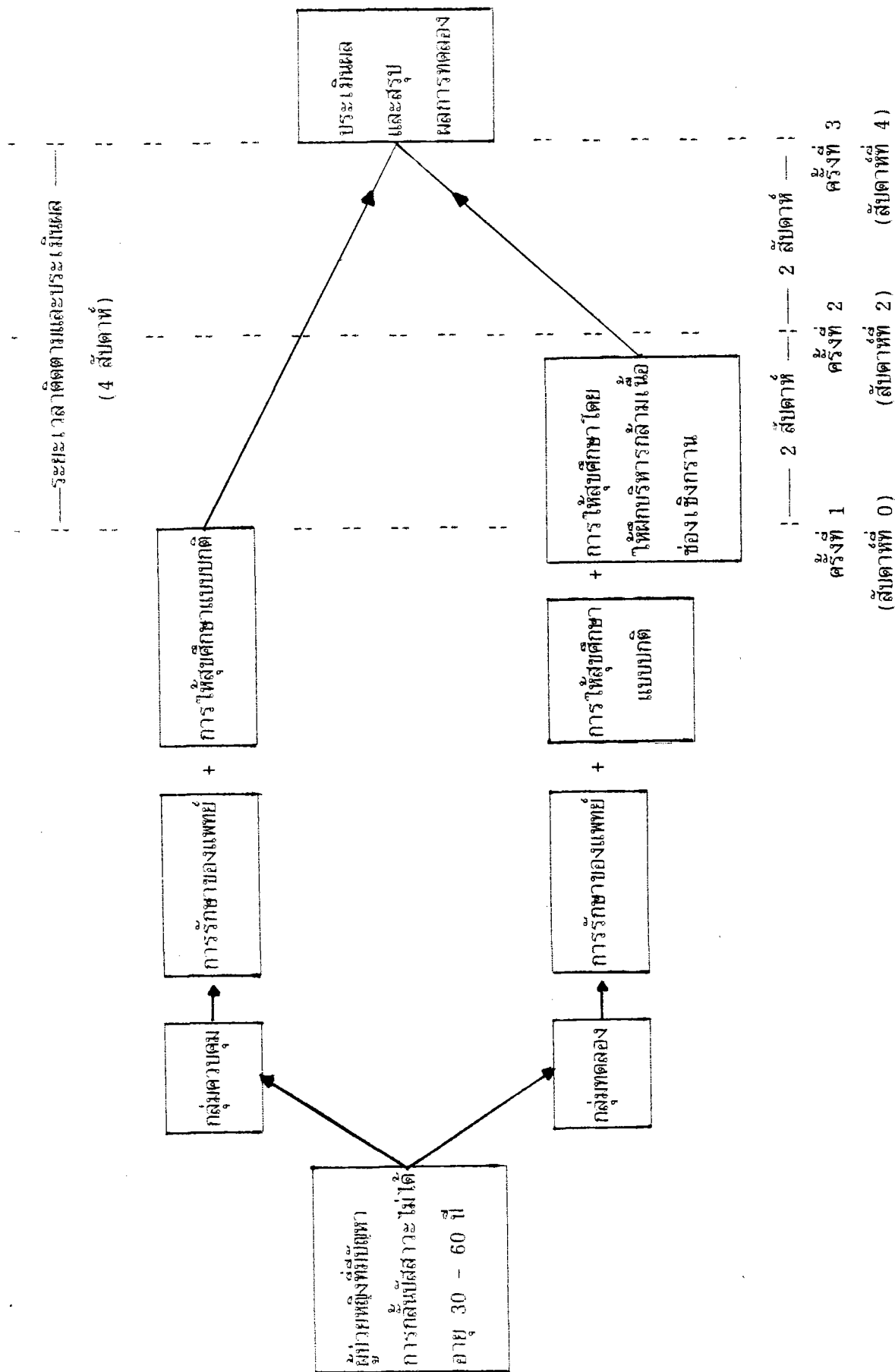
กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์และคำแนะนำทั่วไป รวมทั้งได้รับคำแนะนำให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานตามแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีตารางการฝึกหัด

ให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและ ได้รับการนัดหมายให้ติดตามผลการรักษาทุก 2 สัปดาห์

จนครบเวลาของการทดลองรายละเอียด 4 สัปดาห์

กลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์และคำแนะนำทั่วไป รวมทั้งการนัดหมาย ไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง เพียงแต่ไม่ได้รับการสอน ให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน แต่ระยะติดตามผลเท่ากันกับกลุ่มทดลองทุกประการ

กระบวนการที่ใช้ในการทดลองดังปรากฏตามภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 แบบแผนการทดลอง (Research Design)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนตัวและภาวะการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วยประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร และอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ

ตอนที่ 2 ตารางประเมินอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราดในผู้ป่วยก่อนทำการทดลองดังปรากฏตามตาราง 2 (หน้า 52)

ตอนที่ 3 ปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งความคิดเห็นต่ออาการต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำของผู้วิจัยที่ให้กับผู้ป่วยในการพบกันแต่ละครั้ง

ตอนที่ 4 ตารางประเมินอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดราดในผู้ป่วยภายหลังทำการทดลองครบ 4 สัปดาห์ (ตารางเดียวกับตอนที่ 2)

ตาราง 2 แสดงเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปหามาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	
	ตามเกณฑ์	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	รวม
		ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน
		อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา	
			< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

1. ปัสสาวะบ่อย (Frequency) เก็บกลิ่นปัสสาวะ ได้ไม่เกิน 2 ชม ในช่วงกลางวัน	ไม่เป็น ไม่มี อาการ	มีบ้าง	มีพอสมควร	มีครึ่ง หนึ่ง 50:50	มีมาก	มีมากที่สุด	
2. ลูกขี้ปัสสาวะ บ่อยกลางคืน (Nocturia) จำนวนครั้งที่ตื่น ขึ้น ไปห้องน้ำ	0	1	2	3	4	5 พน ขึ้นไป	

ตาราง 2 (ต่อ)

กลุ่มอาการ	ความรุนแรงตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	
	ไม่มีอาการ	พบ	พบ	ประมาณครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เกือบตลอดเวลา	คะแนน	
	อาการ	น้อยกว่า 20%	น้อยกว่า 50%	50%	> 50%	100%		

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

3. ปัสสาวะ ปวดกลั้น (Urgency) ต้องรีบเข้า ห้องน้ำภายใน 1-2 นาที แต่ ไม่ราด	ไม่เป็น	มีบ้าง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครั้ง	
4. ปัสสาวะราด (Urgency Incontinence)	ไม่เป็น	มีบ้าง นานครั้ง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครั้ง	

ตาราง 2 (ต่อ)

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง ตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม คะแนน
		คะแนน ไม่มี อาการ	คะแนน พบ น้อยกว่า < 20%	คะแนน พบ น้อยกว่า < 50%	คะแนน ประมาณ ครึ่งหนึ่ง 50%	คะแนน มากกว่า ครึ่งหนึ่ง > 50%	คะแนน เกือบตลอด เวลา 100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

5. ปัสสาวะเล็ด (Stress Incontinence)	ไม่เป็น เคลื่อนไหว ไอหำ ใดก็ไม่ มีน้ำ ปัสสาวะ เล็ด รวมทั้ง ไอ, จาม	ไอ, จาม แรงๆออก แรงมาก เช่น ร้อง กระโดดมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ค่อนข้าง มาก เช่น เดินขึ้น บันได, ก้าวเดิน เร็วๆมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ปาน กลางก้ม ลงเก็บ ของ, ยืน ไอ	ออกแรงไม่ มากก็เป็น เช่น นั่ง, ไอ, ลุกขึ้น จากเก้าอี้	นอนก็เป็น เกือบทุก อิริยาบถมี ปัสสาวะ เล็ด	
6. ประเมินจาก สภาพเสื้อผ้าที่ สวมใส่หรือแผ่น ผ้ารองรับ	ไม่เปื้อน	ชื้นๆ	เปื้อน	เปื้อน ขึ้น	เปื้อนและ	เปื้อนโชก ตลอด เวลาบน ผ้ารองรับ	

ตาราง 2 (ต่อ)

กลุ่มอาการ	ความรุนแรงตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	รวม
	ไม่มีอาการ	พบ	พบ	ประมาณครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เกือบตลอดเวลา	คะแนน	
	อาการน้อยกว่า 20%	น้อยกว่า 50%	50%	มากกว่า 50%	100%			

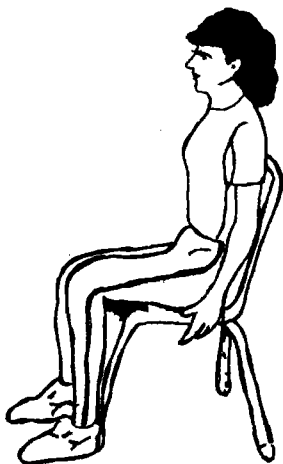
0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

7. ประเมิน พฤติกรรม เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือแผ่นรองรับ	ไม่ต้อง ใช้หรือ เปลี่ยน ตามปกติ	ใช้หรือ เปลี่ยน ครั้งพอ	ใช้ 2 ครั้ง	ใช้ 3 ครั้ง	ใช้ 4 ครั้ง	ใช้ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป	
---	--	-------------------------------	-------------	----------------	-------------	------------------------------	--

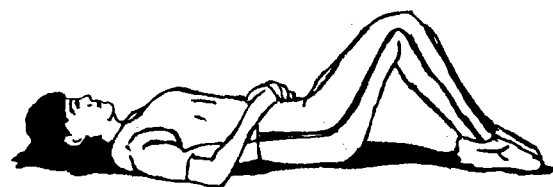
2. คู่มือการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับตำแหน่งของกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน หรือกล้ามเนื้อกระบังลมว่าเป็นกล้ามเนื้อส่วนที่รองรับและพยุงอวัยวะในช่องเชิงกรานไว้ จะสังเกตได้จากเมื่อนั่งเก้าอี้ในท่าตัวตั้งตรง เท้าวางแนบพื้น ไม่ขยับขา ลองขมิบท่อทวารหนักหรือช่องคลอด บริเวณที่กำลังออกแรงขมิบอยู่นั้นคือ กล้ามเนื้อช่องเชิงกราน

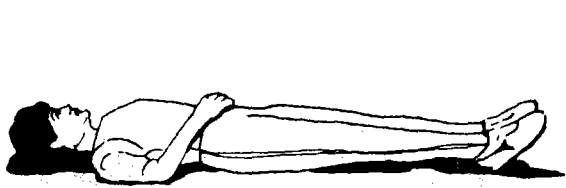
2.2 หลักการฝึกและท่าที่ใช้ในการฝึก คือการขมิบและคลายกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานเป็นจังหวะคือฝึกขมิบกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานแบบขมิบปล่อยเร็ว (Flicks) 5 ครั้ง และฝึกขมิบบีบแน่นคือบีบกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานให้แรงคล้ายจะยกอวัยวะในช่องเชิงกรานขึ้นมาเก็บไว้ในช่องท้องขณะเดียวกันหายใจเข้าเต็มทีบีบแน่น (Holds) แล้วนับในใจ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 แล้วคลายออกช้า ๆ 10 ครั้ง แล้วจึงขมิบปล่อยเร็วอีก 5 ครั้ง เป็น 1 ชุด 3 ชุด ทำกับ 1 รอบ ในหนึ่งวันควรฝึก 4 รอบคือ เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน ทำใดท่าหนึ่งใน 7 ท่า ดังต่อไปนี้



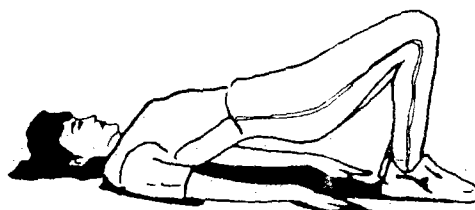
ท่าที่ 1 ทำนั่งตรง



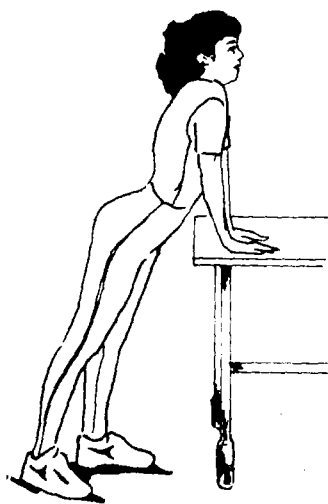
ท่าที่ 2 ทำนอนหงายงอเข่า



ท่าที่ 3 ทำนอนเหยียดขา



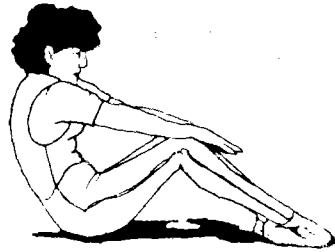
ท่าที่ 4 ทำนอนยกสะโพก



ท่าที่ 5 ทำยืน



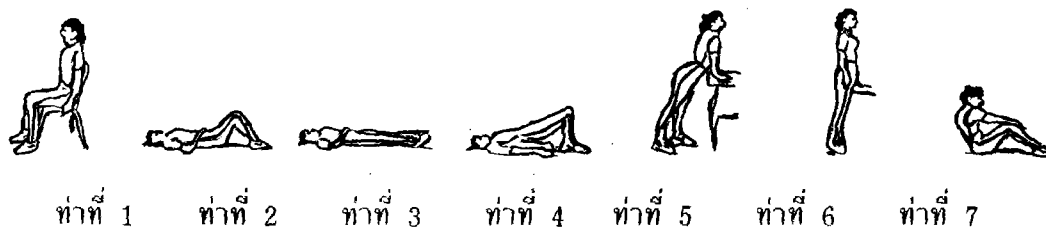
ท่าที่ 6 ทำยืนเขย่ง



ท่าที่ 7 ท่าลูกขี้แมลง

3. แบบบันทึกการฝึกบริหารกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่บ้าน จัดทำเป็นตารางให้ผู้ป่วยบันทึกท่าที่ใช้ในการฝึกและจำนวนรอบที่ฝึกในแต่ละครั้ง ซึ่งแต่ละวันแบ่งออกเป็น 4 รอบ คือ เช้า กลาง วัน เย็นและก่อนนอน

ตัวอย่าง แบบบันทึกการฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน



รอบที่ฝึก วันที่	รอบเช้า	รอบกลางวัน	รอบเย็น	รอบก่อนนอน	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่...					
วันที่ 1	 /	 /	 /	 /	
2	 /	 /	 /	 /	
3	 /	 /	 /	 /	
4	 /	 /	 /	 /	
5	 /	 /	 /	 /	
6	 /	 /	 /	 /	
7	 /	 /	 /	 /	

หมายเหตุ กรุณานับท่าตามความเป็นจริงที่ฝึก

ตัวอย่าง รอบเช้า

1/3 หมายถึง ในรอบเช้า ฝึกทำนั่ง 3 ชุด

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

ให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวน และเวลาของการปัสสาวะของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน แล้วผู้วิจัยนำมาให้คะแนนตามตารางประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราด ในตอนที่ 2 และ 4 ของแบบสอบถามโดยมีเกณฑ์ดังนี้คือ

1. ปัสสาวะบ่อย หมายถึง ปวดปัสสาวะภายหลังปัสสาวะไปแล้วน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ในช่วงเวลากลางวัน (6.00 น. - 18.00 น.) แบ่งเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบอาการ
- 1 คะแนน หมายถึง พบอาการน้อยกว่า ร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายปัสสาวะเวลากลางวัน
- 2 คะแนน หมายถึง พบอาการน้อยกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายปัสสาวะเวลากลางวัน
- 3 คะแนน หมายถึง พบอาการประมาณ ร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายปัสสาวะเวลากลางวัน
- 4 คะแนน หมายถึง พบอาการมากกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายปัสสาวะเวลากลางวัน
- 5 คะแนน หมายถึง พบอาการเกือบตลอดเวลา

2. ปัสสาวะตอนกลางคืน หมายถึง เมื่อเข้านอนแล้วลุกขึ้นปัสสาวะก็ครั้งคิดเป็นคะแนน

ตามจำนวนครั้งที่ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ แบ่งเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะเลยในเวลากลางคืน
- 1 คะแนน หมายถึง ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ ในเวลากลางคืน 1 ครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ ในเวลากลางคืน 2 ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ ในเวลากลางคืน 3 ครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ ในเวลากลางคืน 4 ครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ ในเวลากลางคืน 5 ครั้ง

3. บั๊สสาวะปวดกลั๊น หมายถึงต้องรีบเข้าห้องน้ำภายใน 1 - 2 นาที แต่ไม่รูด
แบ่งเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบอาการเลยในเวลา 24 ชั่วโมง
- 1 คะแนน หมายถึง พบประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 2 คะแนน หมายถึง พบน้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 3 คะแนน หมายถึง พบประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 4 คะแนน หมายถึง พบมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 5 คะแนน หมายถึง เป็นเกือบทุกครั้งของการถ่ายบั๊สสาวะในเวลา
24 ชั่วโมง

4. บั๊สสาวะรูด หมายถึง เมื่อรู้สึกปวดบั๊สสาวะแล้วบั๊สสาวะจะรูดก่อนถึงห้องน้ำ
โดยแบ่งออกเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบอาการเลยตลอด 24 ชั่วโมง
- 1 คะแนน หมายถึง พบประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 2 คะแนน หมายถึง พบน้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 3 คะแนน หมายถึง พบประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 4 คะแนน หมายถึง พบมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ถ่ายบั๊สสาวะ
ในเวลา 24 ชั่วโมง
- 5 คะแนน หมายถึง เป็นเกือบทุกครั้งตลอด 24 ชั่วโมง

5. ปัสสาวะเล็ด หมายถึง ปัสสาวะเล็ดราดออกมาเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไอ จาม ร้อง เปลี่ยนท่า ในเวลา 24 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง เคลื่อนไหวทำได้ไม่มีปัสสาวะเล็ด
- 1 คะแนน หมายถึง ไอจาม แรง ๆ ออกแรงมาก เช่น ร้อง กระโดด จึงมีปัสสาวะเล็ด
- 2 คะแนน หมายถึง ออกแรงค่อนข้างมาก เช่น เดินขึ้นบันได มีปัสสาวะเล็ด
- 3 คะแนน หมายถึง ออกแรงปานกลางเช่น ก้มลงเก็บของ ยืน ไอ
- 4 คะแนน หมายถึง ออกแรงไม่มากก็เป็นเช่น นั่ง ไอ ลุกขึ้นจากเก้าอี้
- 5 คะแนน หมายถึง ปัสสาวะเล็ดเกือบทุกอริยาบท

6. ประเมินจากสภาพเสื้อผ้าที่สวมใส่หรือแผ่นผ้ารองรับในเวลา 24 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เปียก
- 1 คะแนน หมายถึง แผ่นผ้ารองรับจะชื้น ๆ
- 2 คะแนน หมายถึง เปียกเสื้อผ้า
- 3 คะแนน หมายถึง เปียกชั้นเสื้อผ้า
- 4 คะแนน หมายถึง เปียกแฉะเสื้อผ้า
- 5 คะแนน หมายถึง เปียกโชกตลอดเวลา

7. ประเมินพฤติกรรม การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือแผ่นรองรับในเวลา 24 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องใช้หรือเปลี่ยนตามปกติ
- 1 คะแนน หมายถึง ใช้หรือเปลี่ยน 1 ครั้งพอ
- 2 คะแนน หมายถึง ใช้ 2 ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ใช้ 3 ครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ใช้ 4 ครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ใช้ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป

ดังนั้นแสดงว่า ถ้าคะแนนรวมมีค่ามาก หมายถึงความสามารถในการกลืนปัสสาวะน้อย และถ้าคะแนนรวมมีค่าน้อย หมายถึงความสามารถในการกลืนปัสสาวะมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารเกี่ยวกับการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วย
2. นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวและภาวะการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วย
3. นำแบบสอบถามเสนอต่อคณะกรรมการควบคุม การทำปริญญานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น
4. นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับการกลืนปัสสาวะ คู่มือการบริหาร กล้ามเนื้อ ช่องเชิงกราน แบบบันทึกการฝึกบริหารกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่บ้าน และแบบบันทึกจำนวน ปัสสาวะในแต่ละวันไปตรวจหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
5. นำแบบสอบถามและแบบฝึกต่าง ๆ ในข้อ 4 ไปปรึกษาอาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 5 คน และพยาบาลประจำการ 5 คน
6. นำแบบสอบถามและแบบฝึกทั้งหมด ใช้ในผู้ป่วยทางนรีเวชที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่จำนวน 5 คน

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

- การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้
1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองและขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูล
 2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทุกรายหลังจากพบแพทย์แล้ว จะ ได้พบผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลอง จะได้รับการสอนวิธีฝึกกล้ามเนื้อเนื้อช่องเชิงกราน ได้รับคำแนะนำทั่วไป และใบนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำทั่วไป และใบนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป

4. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย รายละเอียด 4 สัปดาห์ โดยพบผู้ป่วย 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 นับเป็นสัปดาห์ที่ 0

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 สิ้นสุดการติดตามศึกษาผู้ป่วยแต่ละราย

เวลาที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 3 เดือน คือระหว่างเดือนธันวาคม 2536 ถึงเดือน มีนาคม 2537

วิธีการจัดกระทำข้อมูล

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และให้คำแนะนำผู้ป่วยครบ 60 ราย โดยแต่ละรายได้รับการติดตามครบ 4 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจให้คะแนนและแบ่งหมวดหมู่ของแบบสอบถามออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. แยกบันทึกข้อมูลตามลักษณะของข้อมูลแต่ละกลุ่ม
3. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล เพื่อพิจารณาผลการวิจัยและทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการกลั้นปัสสาวะก่อนทำการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของข้อมูลทั้งสองกลุ่มว่าไม่แตกต่างกัน
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน ภายหลังการสอนสุขศึกษาโดยการฝึกกล้ามเนื้อเนื้อช่องเชิงกรานซึ่งใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ทำการสอนสุศึกษาตามปกติโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ, 2534 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนน

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

$$s = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
X^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สูตร t-test ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
s_1^2, s_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ

3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มทั้งก่อนและ
 หลังการทดลองที่ไม่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตร t-test ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 3
 (ชูศรี วงศ์ธนะ. 2534 : 201)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n - 1}}}$$

โดยที่ df = n - 1

เมื่อ	D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนสอนและหลังสอน
	n	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

- X แทน คะแนนเฉลี่ย
- N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ใน t-distribution
- df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
- D แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนสอนและหลังสอน
- ** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา จำนวนบุตร อาการปัสสาวะผิดปกติ
2. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินอาการปัสสาวะผิดปกติ ทั้งก่อนและหลังทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม
3. เปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ที่มีผลต่อความสามารถในการกลั้นปัสสาวะตามสมมติฐาน ดังนี้
 - 3.1 เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานที่มีผลต่อความสามารถในการกลั้นปัสสาวะระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที่ (t-test)
 - 3.2 เป็นการเปรียบเทียบความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มเดียวกันของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่าที่ (t-test)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา จำนวนบุตร อาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบ ดังปรากฏตาม ตาราง 3 - 8

ตาราง 3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
30 - 40 ปี	13	43.33	9	30.00
41 - 50 ปี	5	16.67	8	26.67
51 - 60 ปี	12	40.00	13	43.33
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มควบคุมมีช่วงอายุระหว่าง 30 - 40 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 และช่วงอายุ 41 - 50 ปี มีจำนวน น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนกลุ่มทดลองมีช่วงอายุระหว่าง 51 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 และช่วงอายุ 41 - 50 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.67

ตาราง 4 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โสด	8	26.67	4	13.33
สมรส	20	66.67	20	66.67
หม้าย	2	6.66	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 66.67 มีจำนวนมากที่สุด และกลุ่มควบคุมพบว่า หม้าย มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.66 ส่วนกลุ่มทดลอง พบเป็นโสดน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 13.33

ตาราง 5 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นักศึกษา	3	10.00	1	3.33
แม่บ้าน	11	36.67	15	50.00
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	5	16.67	6	20.00
ธุรกิจส่วนตัว	6	20.00	2	6.67
บริษัทเอกชน	4	13.33	3	10.00
รับจ้าง	1	3.33	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.67 และ 50.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพบว่า มีอาชีพรับจ้างน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพนักศึกษาที่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.33

ตาราง 6 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	12	40.00	17	56.67
มัธยมศึกษา	12	40.00	8	26.67
อาชีวศึกษา	2	6.67	1	3.33
อุดมศึกษา	4	13.33	4	13.33
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่ากันทั้ง 2 ระดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 56.67 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาในระดับอาชีวศึกษาต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.67 และ 3.33 ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยมีบุตร	13	43.33	5	16.67
1 - 2 คน	7	23.33	11	36.66
3 - 4 คน	5	16.67	9	30.00
5 คนขึ้นไป	5	16.67	5	16.67
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่ากลุ่มควบคุมไม่เคยมีบุตรเลยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.33 และมีบุตรจำนวน 3 - 4 คน และ 5 คนขึ้นไปเท่ากัน และน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 ส่วนกลุ่มทดลองมีบุตรจำนวน 1 - 2 คน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.66 และไม่เคยมีบุตรและมีบุตร 5 คน ขึ้นไป มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 16.67

ตาราง 8 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบ

อาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัสสาวะบ่อย	26	86.67	14	46.67
ปัสสาวะเล็ดราด	-	-	3	10.00
ปัสสาวะบ่อย + ปัสสาวะเล็ดราด	4	13.33	13	43.33
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปัสสาวะบ่อยมากที่สุดคิดเป็น 86.67 และ 46.67 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ และพบอาการปัสสาวะเล็ดราด น้อยที่สุด คือในกลุ่มควบคุม ไม่พบและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 10.00

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยซึ่งประเมินจากอาการบัสสาวะบ่อยและบัสสาวะเล็ดราดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนประเมินอาการบัสสาวะบ่อย และบัสสาวะเล็ดราดของผู้ป่วยก่อนและหลังทำการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

ลำดับที่	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนรักษา	ภายหลังรักษา	ก่อนรักษา	ภายหลังรักษา
1	14	5	10	3
2	6	2	13	2
3	18	12	8	1
4	13	4	23	6
5	3	2	8	1
6	10	6	6	1
7	7	2	23	5
8	8	2	13	2
9	8	3	12	5
10	10	3	7	2
11	4	1	5	1
12	8	2	10	0
13	8	0	8	1
14	11	5	7	2
15	9	1	16	1

ตาราง 9 (ต่อ)

ลำดับที่	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนรักษา	ภายหลังรักษา	ก่อนรักษา	ภายหลังรักษา
16	7	1	11	2
17	11	4	10	2
18	7	3	10	1
19	9	3	5	0
20	7	4	6	1
21	13	2	7	2
22	6	4	6	2
23	12	1	7	1
24	7	3	15	1
25	7	4	18	0
26	10	4	10	4
27	17	6	10	4
28	7	3	11	4
29	8	3	6	1
30	11	2	10	1
คะแนนเฉลี่ย	9.20	3.23	10.37	1.97

จากตาราง 9 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนการรักษาคิดเป็น 9.20 ภายหลังการรักษา 3.23 และในกลุ่มทดลองก่อนการรักษาคิดเป็น 10.37 ภายหลังการรักษา คิดเป็น 1.97

3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อข้อข้อมือซึ่งเกร็งกรานที่มีผลต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

3.1 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อข้อข้อมือซึ่งเกร็งกรานที่มีผลต่อความสามารถในการกลืนปัสสาวะระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 10 และ 11

ตาราง 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ก่อนทำการทดลอง

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S	t	p
ควบคุม	30	9.2	3.41	-1.098	<.01
ทดลอง	30	10.37	4.72		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.40$, $df = 52.80$)

จากตาราง 10 แสดงว่าคะแนนประเมินอาการปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการกลืนปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถในการกลืนปัสสาวะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการทดลองครั้งนี้

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและ
ปัสสาวะเล็ดราด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ภายหลังทำการทดลอง

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S	t	p
ควบคุม	30	3.23	2.22		
				2.55**	<.01
ทดลอง	30	1.97	1.56		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.40$, $df = 52.06$)

จากตาราง 11 แสดงว่า ภายหลังการทดลองด้วยการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน
คะแนนประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราด ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยกลุ่ม
ที่ได้รับการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ
การรักษาตามปกติ

3.2 การเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนไส้ส่วะ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มเดียวกัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่าที่ (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 12 และ 13

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการไส้ส่วะบ่อยและไส้ส่วะเล็ดราด ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองของกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม	N	$\bar{X}$	D	t	p
ก่อนการทดลอง	30	9.2			
			5.97	12.35**	<.01
หลังการทดลอง	30	3.23			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.46$, $df = 29$)

จากตาราง 12 แสดงว่า ความสามารถในการกลืนไส้ส่วะของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนไส้ส่วะภายหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทำการทดลอง

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินอาการปวดและปวด
เสียด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	D	t	p
ก่อนการทดลอง	30	10.37			
			8.40	11.09**	<.01
หลังการทดลอง	30	1.97			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.46$, $df = 29$)

จากตาราง 13 แสดงว่าความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อ 3 โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งหมายถึง
ความสามารถในการกลืนปัสสาวะของกลุ่มผู้ป่วยหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ของห้องตรวจศัลยกรรมยูโร ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่และไม่ต้องการ การรักษาโดยการผ่าตัด ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวและภาวะการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วย
2. คู่มือการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน
3. แบบบันทึกการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานของผู้ป่วยที่บ้าน
4. แบบบันทึกจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน บันทึก 2 วันก่อนมาพบแพทย์

(ครบ 24 ชั่วโมง ทั้ง 2 วัน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร และอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบ
2. หาค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

4. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอในรูปตาราง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน มีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าก่อนทำการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับการมีบุตรหรือเคยผ่านการคลอดจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ซึ่งเคยผ่านการคลอดพบถึง 42 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของคอนซิดีน (Considine, 1976 : 1345 - 1346) ที่ว่าภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบมากในคนสูงอายุหรือเกิดจากผู้หญิงที่ผ่านการคลอดแล้วจำนวนหลายครั้ง

การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บรรจง มงคลรัฐ (2525 : 32 - 34) ซึ่งศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกจากช่องคลอดที่ต้องสวนคาท่อปัสสาวะไว้นาน 5 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนให้บริหารกล้ามเนื้อเพื่อช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ

ศิริพร เจริญวัฒน์ (2526 : 63 - 66) ซึ่งทำการศึกษาผลของการบริหารกล้ามเนื้อ
ฝึบต่อการกลืนปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกจากหน้าท้องหรือทางทอ
ปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะได้ในกลุ่มที่มีการบริหารกล้ามเนื้อฝึบ
ตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนดมีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการบริหารกล้ามเนื้อตามแบบของผู้วิจัย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัวริสเซนและคนอื่น ๆ

(Mouritsen and others. 1991 : 32 - 37) ได้ทำการศึกษาผลระยะยาวของการ
การบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้หญิงที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ตามที่มีการประเมิน
ผลการของกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน ในผู้หญิงที่มีปัญหาปัสสาวะกลืน ไม่อยู่ชนิดที่มีความดัน
ในช่องท้องมากขึ้น โดยโปรแกรมการฝึกกล้ามเนื้อถูกสร้างโดยนักกายภาพบำบัดและฝึกติดต่อกัน
3 เดือน และมีการติดตามผล 1 ปี พบว่าร้อยละ 47 ไม่ต้องใช้การรักษาโดยการผ่าตัด
ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่ เพียงเล็กน้อยได้รับประโยชน์จากการฝึกอย่างจริงจัง
โดยได้ผลประมาณร้อยละ 72 แต่ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน
จะไม่มีผล ทั้งเสนอว่าควรใช้การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานก่อนการผ่าตัด เนื่องจากการฝึก
กล้ามเนื้อมีผลการครึ่งหนึ่งของผลการรักษาในผู้ป่วยและผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนคำกล่าว
ของวอลฟ์ วิทเซล และ เฟอริสท์ (Wolff, Weitzel and Fuerst, 1979) ที่ว่า
การบริหารกล้ามเนื้อฝึบจะเป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะและ
ยังช่วยให้กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะทำงานได้ดีขึ้นอีกด้วย ซึ่งสัมพันธุ์ ต้นดวงศ์และ
คนอื่น ๆ (2522 : 205) ได้กล่าวไว้ว่ากล้ามเนื้อหูรูดขึ้นกรวมทั้งกล้ามเนื้อฝึบมีส่วนช่วย
ให้กลืนปัสสาวะ ได้และสามารถปิดให้ปัสสาวะหยุดไหลทันทีเมื่อต้องการหยุดขณะกำลังถ่าย

ผลการศึกษาอีกข้อหนึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งสองกลุ่มมีความสามารถ
ในการกลืนปัสสาวะได้ดีกว่าก่อนทำการรักษา โดยค่าที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการการแก้ไขปัญหาลำไส้ของ
สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ กัญญา กาญจนบุรานนท์ (2527 : 27 - 29) ซึ่งกล่าวถึง
มาตรการด้านการรักษาว่าเป็นวิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาลำไส้เมื่อบุคคลเกิดปัญหาด้าน
การเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือจิตใจ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยบุคคลจะ ไปรับบริการด้าน
การรักษา มาตรการในการแก้ไขปัญหาลำไส้ก็คือ การให้การรักษา เมื่อแพทย์ทราบสาเหตุ
ของการเกิดโรคแล้ว ก็จะสามารถให้การรักษาดำเนินการถูกต้อง เมื่อให้การรักษาไปแล้ว
ผู้ป่วยบางคนก็จะหายจากอาการเจ็บป่วย

จากผลของการวิจัย โดยเฉพาะในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการกลืนปัสสาวะก่อน และหลังการรักษาแสดงออกมาโดยค่าที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างเห็นได้ชัดว่าภายหลังการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ได้ดีกว่าก่อนการรักษาอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองนี้ได้รับทั้งยารักษาอาการจากแพทย์และคำแนะนำให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานตามแบบที่ผู้วิจัยกำหนดอย่างต่อเนื่องและขณะเดียวกันผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับความแนะนำทั่วไปและตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพด้านอื่น ๆ จากผู้วิจัยด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องซึ่งมีผลต่อโรคหรือภาวะผิดปกติที่ผู้ป่วยประสบปัญหาอยู่ สอดคล้องกับข้อความของ บุษยเยี่ยม ตรีภูลวงค์ (2528 : 587 - 588) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเอง เจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งยังสอดคล้องกับธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532 : 14) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะนี้จะเป็นความเกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญและสอดคล้องกับ สลิตา สีดา (2521 : 18) ซึ่งกล่าวว่า การรักษาพยาบาลจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือและการยอมรับของผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนสำคัญที่สุด โดยเฉพาะงานทางด้านสุขภาพซึ่งมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและพึงประสงค์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสุนทรี ภาณุทัต (2526 : 55) ที่ว่าผู้ป่วยและประชาชนที่มาใช้บริการมีสภาพการจูงใจสูง คือผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือโรงพยาบาลและอยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับการรักษาและสุขภาพ ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเหมาะสมที่จะให้สุขภาพด้านนั้น ๆ มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน มีความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน และการให้สุขภาพรายบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับงานสุขภาพในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เสนอให้ อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ นำทำบริหารในภาคผนวก ค. ไปสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังคลอดเป็นการป้องกันการเกิดภาวะการกลืนน้ำสำวะไม่อยู่ที่อาจจะตามมาในอนาคต
2. ผู้บริหารงานสุศึกษาในโรงพยาบาล ควรจัดให้นักศึกษาประจำคลินิกหรือห้องตรวจแต่ละแผนก เนื่องจากแพทย์ผู้ทำการรักษาไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้คำแนะนำและตอบคำถามอย่างละเอียดกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือถ้าขาดแคลนบุคลากรด้านสุศึกษาควรจัดนักศึกษาประจำในหน่วยงานที่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องการ ได้รับความแนะนำต่าง ๆ เท่าที่จะเป็นไปได้
3. นักศึกษาในโรงพยาบาลควรมีบทบาทมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ และจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มักกลับเป็นซ้ำในโรคซึ่งสามารถป้องกันได้และเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
4. งานสุศึกษาในโรงพยาบาลควรจะร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในแต่ละแผนก เพื่อการจัดทำและผลิตเอกสารเผยแพร่และให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการรวมทั้งญาติ โดยจัดรูปเล่มให้น่าอ่าน และมีเนื้อหาที่ทันต่อเหตุการณ์และสอดคล้องกับโรคที่แพร่ระบาดในฤดูกาลต่าง ๆ
5. ควรมีการจัดอบรมการให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยให้กับพยาบาลที่ทำงานอยู่ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้คำแนะนำและสุศึกษาในโรคที่เกี่ยวข้องกับงานในความรับผิดชอบ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสามารถให้คำปรึกษาแนะนำในขณะปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารกล้ำมเนื้อช่องเชิงกรานในหญิงหลังคลอดปกติครรภ์ที่สอง มีผลดีอย่างไรบ้าง โดยทำการศึกษาระยะยาวถึงปัญหาการกลืนน้ำสำวะไม่อยู่ของหญิงหลังคลอด เปรียบเทียบกับหญิงหลังคลอดที่ไม่ได้รับการฝึกหัดกล้ำมเนื้อช่องเชิงกราน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือและความพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังได้รับการสอนการบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยภาวะการกลืนลำบาก ไม่อยู่

3. ควรมีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลืนลำบาก ไม่อยู่ โดยนำการศึกษาระยะยาวอย่างน้อย 3 เดือนและมีการติดตามผล 1 ปี

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงแก้ไขวิธีการและท่าในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานให้เหมาะสมและสะดวกต่อการฝึกของผู้ป่วยแต่ละราย

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานแต่ละท่าที่มีผลต่อภาวะการกลืนลำบาก ไม่อยู่

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญกิจ, 2526.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดมุกดาหาร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดสาเนา.
- ชฎามาศ เจริญพันธ์. ผลการให้สุศึกษาโรคเอดส์โดยใช้วิธีทัศนกับสารนิเทศแก่พลตำรวจ ในจังหวัดชุมพร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดสาเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ดำรงพันธุ์ วัฒนะโชติ. สถิติผู้หญิงที่มีปัญหาทางด้านการขับถ่ายปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : งานศัลยกรรมยูโร โรงพยาบาลราชวิถี, 2535.
- บทโทรทัศน์ เรื่อง "ปัสสาวะกลืนไม่ได้". กรุงเทพฯ : งานศัลยกรรมยูโร กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์, 2535. อุดสาเนา.
- เอกสารเรื่อง หัตถการเสริมการปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : งานศัลยกรรมยูโร โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์, 2535. อุดสาเนา.
- ดำรงพันธุ์ วัฒนะโชติ และวิโรจน์ ชด้อย. รูปแบบการฝึกหัดกลัมน้ำอัสองเชิงกรานในโรงพยาบาลราชวิถี. 39 - 47 ; 13 ธันวาคม 2535.
- เอกสารเรื่องรูปแบบการฝึกหัดกลัมน้ำอัสองเชิงกรานในโรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ : งานศัลยกรรมยูโร โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์, 2535. อุดสาเนา.
- เดือนเพ็ญ ชาติกานนท์. กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2528.

พัฒนาสภาพปัญหาการขยับถ่ายปัสสาวะ, ชมรม. ประเทศไทย. เอกสารวิชาการแนะนำ

เผยแพร่ความรู้ผู้มีปัญหาการขยับถ่ายปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์

กรุงสยามพรินต์ติ้งกรุ๊ป, 2536.

พิชัย เจริญพานิช. ปัญหาและแนวทางแก้ไขโรคทางนรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

มงคลสาร, 2533.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพฯ : บริษัทฟิงเกอร์ปรีน แอนด์ มีเดีย จำกัด, 2535.

ทวิสิทธิ์ ลิทธิกร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษามหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

ธนาวรรณ อัมสมบุรณ์. "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,"

สุขศึกษา - พลศึกษา - สันทนาการ. 15(4) : 11 - 15 ; ตุลาคม - ธันวาคม

2532.

_____. "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็น

ระบบ," สุขศึกษา. 8(29) : 24 - 26 ; มกราคม - เมษายน 2528.

นิตยา ภูธรธรรมศิริ. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผลของการฝึกกระเพาะปัสสาวะ

อย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการขยับถ่ายปัสสาวะเป็นผลสำเร็จ ในผู้ป่วยกระเพาะ

ปัสสาวะพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล).

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

นิภา มนุญจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.

บรรจง มงคลรัฐ. ผลของการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อการถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก

ออกทางช่องคลอดที่ต้องสวนคาท่อปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ ปริญญา วท.ม.

(พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์, 2535.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ในเอกสารการสอนชุด

วิชาสังคมวิทยา. หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
2528.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมอนามัย," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1 - 7

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์,
2526.

. ทศนคติ : การวิชาการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : โอเคเอ็นสไตร์, 2526.

. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ปราณีต สังวัฒนา. การติดตามความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะ

พิการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,

2531. อุดสาเนา.

ปรารภนา กุสุวรรค์. ผลของการใช้น้ำยาแช่ฟลอนในถุงเก็บปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ต่อปฏิบัติการ

การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไว้. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

(พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อุดสาเนา.

ผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมยูโร, งาน. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ ปี 2535. กรุงเทพฯ :

แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมยูโร, 2535.

มานิต มานิตเจริญ. พจนานุกรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : นิยมวิทยา, 2528.

มิ่งขวัญ มิ่งเมือง. โครงสร้างและระบบการทำงานของร่างกาย. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์ยูไนเต็ดบุ๊กส์, 2531.

ยุวดี เกตสัมพันธ์. การศึกษาทำให้ให้นอนถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดบริเวณทวารหนัก.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

อุดสาเนา.

- ลดาวัลย์ อ่อนประเสริฐพงศ์. การศึกษาเปรียบเทียบผลการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ
ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่ทำการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ด้วยเทคนิคสัะอาด
และที่คาสายสวนปัสสาวะได้ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล).
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- ลลิตา ลีตา. "ความหมายของการพยาบาลสมบูรณ์แบบ," การวางแผนเรื่องการดูแลผู้ป่วย.
 กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2524.
- รวีรัตน์ ชุ่มสาย ๗ ออยธยา และคนอื่น ๆ. คู่มือการตรวจร่างกายศัลยกรรมระบบปัสสาวะ.
 เชียงใหม่ : หน่วยผลิตเอกสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2524.
- วิเชียร เกตุสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : 2524. ถ่ายเอกสาร.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรุงเทพฯ :
 โรงพิมพ์รุ่งเรืองรัตน์, 2523.
- ศิริพร เจริญวัฒนา. ผลของการบริหารกล้ามเนื้อฝึยต่อการกลั้นปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการ
การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางหน้าท้องหรือทางทวารปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- ศิริราชพยาบาล, โรงพยาบาล. รายงานการประชุมพื้นฟูวิชาการทางการแพทย์ ครั้งที่ 31
พุทธศักราช 2534. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ศรีนครินทร์วิโรฒ, มหาวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์ (รายงาน ภาคนิพนธ์
และปริญานิพนธ์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ,
 2534.
- ศรีแพร แฉล้มเขตร. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่สวนคาสายสวนปัสสาวะทางทวาร
ปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2529. อัดสำเนา.
- สกล เจริญวงศ์. ความเห็นเกี่ยวกับการออกกกำลังกายของประชาชนที่ออกกกำลังกายอย่าง
สม่ำเสมอ ในกรุงเทพมหานคร. ปริญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.

สัมพันธ์ ดันติวงศ์ และคนอื่นๆ. ศัลยศาสตร์ระบบสืบสาวะ. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

สารสนเทศ, กอง สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี.

ศัพทานุกรม สำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ :
มิถุนายน 2529.

สายหยุด วัฒนธัญกรรม. ผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไต และท่อไต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อุดสาเนา.

สุชาติ ไสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุนทรี ภาณุทัต. "บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการสอนผู้ป่วย," รายงานการประชุม วิชาการ เรื่อง สุขศึกษาในโรงพยาบาล วันที่ 12 - 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526
๕ ห้องประชุมอาคารใหม่ โรงพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเด็ก, 2526.

สุพจน์ วุฒิกานต์ และวรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา. Decision Making in Urology.
กรุงเทพฯ : ธนบรรณการพิมพ์, 2529.

สุริยา ชาตไทย. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการสอนผู้ป่วยให้สวนปัสสาวะด้วยตนเอง เป็นครั้งคราวโดยใช้เทคนิคที่สะอาด ระหว่างวิธีการสอนโดยพยาบาลและเทปโทรทัศน์.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อุดสาเนา.

สุรีย์ จันทโมลี. วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์,
2527.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 3. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2526.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์. "สุขศึกษา กับสุขภาพ," ใน เอกสาร การสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527.

สมพันธ์ หิรัญรัตนันท์ และคนอื่น ๆ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ เอช เอ็น การพิมพ์, 2527.

เสาวณีย์ สักขานันท์. เทคโนโลยีทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2528.

A.L.M., LAGRO - JANSSEN, F.M.J. DEBRUYNE and C : VAN WEEL.
"Psychological Aspects of Female Urinary Incontinence in
General Practice," British Journal of Urology. 70 :
499 - 502 ; 1992.

Bloom, Benjamine. S. Taxonomy of Education objective Hand - Book I :
Cognitive Domain. New York : David Mackay Company, Inc.,
1957.

Cardozo L. and Brindley GS. "Endoscopically guided bladder neck
Suspension for Continence in paraplegic woman with implant
driven micturition," Paraplegia. 30(5) : 336 - 338 ; May,
1992.

Douglas M. Considine. Van Nostrand's Scientific Encyclopedia. Fifth
Edition : 1345 - 1346 ; 1976.

Good, Carter V. Dictionary of Education. New York : McGraw-Hill
Book Co., 1959.

Gool, J.D. and others. "Functional Daytime Incontinence :
Non - Pharmacological Treatment," Scandinavia Journal of
Urol - Nephrol Suppl. 141 : 39 - 44 ; 1992.

Lose, G. "Urethral Pressure and Power Generation during Coughing and
Voluntary Contraction of the Pelvic Floor in Females with
Genuine Stress Incontinence," British Journal of Urology. 67 :
580 - 585 ; 1991.

Marshall, Fray F. Operative Urology. "Marshall," W.B. SAUNDEPS
Company, 173 - 181 ; 1991.

Mouriquand. P.D. and P. Mollard. Management of Urinary Incontinence
in Neurogenic Bladder. Scandinavia Journal of Uro - Nephrol
Suppl, 141 : 28 - 36 ; 1992.

Mouritsen, C. Frimodt - Moller and M. Moller. "Long - Term
Effect of Pelvic Floor Exercises on Female Urinary
Incontinence," British Journal of Urology. 68 : 32 - 37 ; 1991.

Neufeldt, V. WEBSTER'S NEW WORLD DICTIONARY. Third College Edition
New York : by Simon & Schuster, Inc., 1988.

- Rousseau, P. and Clifton A. Fuentevilla. "Urinary Incontinence in The age, Part 2 : Management Strategies," Geriatrics. 47(6) : 37 - 40, 45, 48 ; Jun, 1992.
- Stanton, L. Female Urinary Incontinence. London LLOYD - LUKE. (Medical Books) LTD., 1977.
- Walter, M.D. and J.P. Realini. "The Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence in Woman : A Primary Care Approach," Journal American Board - Fam - Pract. 5(3) : 289 - 301 ; May - June, 1992.
- Wolff, Luverne, Weitzel Marlene H., and Fuerst, Elinor V. Fundamental of Nursing : The Humanities and the Sciences in in Nursing. 6th ed. Philadelphia : JB. Lippincott, 1979.
- Wyman, J.F. and Jantl J.A. Bladder Training in Ambulatory Care management of unnary incontinence. Urol - Nurs, 1991.
- Wyndaele, J.J. "Are Sensations Perceived During Bladder Filling Reproducible During Cystometry," Urology Interest. 48(3) : 299 - 301 ; 1992.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

และ

แบบฝึกหัดบริหารกล้ำมเนื้อช่องเชิงกราน

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

และ

แบบฝึกหัดบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน

1. อาจารย์ ดร.กาญจนา รุ่งตรานนท์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผศ.ดร.ทองหล่อ วิภาวีน สำนักงานวัดและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. อาจารย์ นายแพทย์ดำรงพันธุ์ วัฒนะโชติ หัวหน้างานศัลยกรรมยูโร กลุ่มงาน
ศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งในผู้ป่วยหญิง

ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย)

เลขประจำตัวผู้ป่วยนอก

การวินิจฉัยโรค

แพทย์ผู้รักษา

ผู้ป่วยกลุ่ม

ส่วนที่ 2 อาการปัสสาวะผิดปกติของผู้ป่วย (ประเมินก่อนได้รับการรักษา)

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อยไปหามาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง ตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม	
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน		
	ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน		
	อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา			
อาการ		< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%			
		0	0	20%	40%	50%	60%	80	100%

1. ปัสสาวะบ่อย (Frequency) เกือบสิ้นปัสสาวะ ได้ไม่เกิน 2 ชม ในช่วงกลางวัน	ไม่เป็น ไม่มี อาการ	มีบ้าง	มีพอสมควร	มีครึ่ง หนึ่ง 50:50	มีมาก	มีมากที่สุด	
2. ลุกขึ้นปัสสาวะ บ่อยกลางคืน (Nocturia) จำนวนครั้งที่ตื่น ขึ้น ไปห้องน้ำ	0	1	2	3	4	5 พน ขึ้นไป	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง ตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม
		คะแนน ไม่มี อาการ	คะแนน พบ น้อยกว่า < 20%	คะแนน พบ น้อยกว่า < 50%	คะแนน ประมาณ ครึ่งหนึ่ง 50%	คะแนน มากกว่า ครึ่งหนึ่ง > 50%	คะแนน เกือบตลอด เวลา 100%	

0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

3. ปัสสาวะ ปวดกลั้น (Urgency) ต้องรีบเข้า ห้องน้ำภายใน 1-2 นาที แต่ ไม่ราด	ไม่เป็น	มีบ้าง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครึ่ง	
4. ปัสสาวะราด (Urgency Incontinence)	ไม่เป็น	มีบ้าง นานครึ่ง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครึ่ง	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง ตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	
	ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน	
	อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา		
อาการ		< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%		

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

5. ปัสสาวะเล็ด (Stress Incontinence)	ไม่เป็น เคลื่อนไหว ไหวท่า ใดก็ไม่ มีน้ำ ปัสสาวะ เล็ด รวมทั้ง ไอ, จาม	ไอ, จาม แรงๆ ออก แรงมาก เช่น วิ่ง กระโดดมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ค่อนข้าง มาก เช่น เดินขึ้น บันได, ก้าวเดิน เร็วจะมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ปาน กลางก้ม ลงเก็บ ของ, ยืน ไอ	ออกแรงไม่ มากนักเป็น มากก็เช่น เช่น นั่ง, ไอ, ลุกขึ้น จากเก้าอี้	นอนก็เป็น เกือบทุก อิริยาบถมี ปัสสาวะ เล็ด	
6. ประเมินจาก สภาพเสื้อผ้าที่ สวมใส่หรือแผ่น ผ้ารองรับ	ไม่เปื้อน	ชื้นๆ	เปื้อน	เปื้อน ขึ้น	เปื้อนจะ	เปื้อนโชก ตลอด เวลาบน ผ้ารองรับ	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	
	ตามเกณฑ์	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	รวม
		ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน
	อาการ	อาการ	น้อยกว่า < 20%	น้อยกว่า < 50%	ครึ่งหนึ่ง 50%	ครึ่งหนึ่ง > 50%	เวลา 100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

7. ประเมิน	ไม่ต้อง	ใช้หรือ	ใช้ 2 ครั้ง	ใช้ 3	ใช้ 4 ครั้ง	ใช้ตั้งแต่ 5	
พฤติกรรม	ใช้หรือ	เปลี่ยน 1		ครั้ง		ครั้ง ขึ้นไป	
เปลี่ยนเสื้อผ้า	เปลี่ยน	ครั้งพอ					
หรือแผ่นรองรับ	ตามปกติ						

ส่วนที่ 3 บันทึกสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย (ส่วนของผู้วิจัย)

1. ภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0)

ปัญหาและความต้องการ

.....

.....

.....

2. ภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

ปัญหาและความต้องการ ความพึงพอใจในการรักษา และการฝึกกล้ามเนื้อช่อง
เชิงกราน (กลุ่มทดลอง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4)

ปัญหาและความต้องการ ความพึงพอใจในการรักษา และการฝึกกล้ามเนื้อช่อง
เชิงกราน (กลุ่มทดลอง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 อาการปัสสาวะผิดปกติของผู้ป่วย (ประเมินเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วม โครงการครบ
4 สัปดาห์)

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อยไปหามาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง ตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวม
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	
	ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน	
	อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา		
		< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%		

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

1. ปัสสาวะบ่อย (Frequency) เกือบสิ้นปัสสาวะ ได้ไม่เกิน 2 ชม ในช่วงกลางวัน	ไม่เป็น ไม่มี อาการ	มีบ้าง	มีพอสมควร	มีครึ่ง หนึ่ง 50:50	มีมาก	มีมากที่สุด	
2. ลูกขึ้นปัสสาวะ บ่อยกลางคืน (Nocturia) จำนวนครั้งที่ตื่น ขึ้น ไปห้องน้ำ	0	1	2	3	4	5 พน ขึ้นไป	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	
	ตามเกณฑ์	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	รวม
		ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	คะแนน
		อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา	
			< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

3. ปัสสาวะ ปวดกลั้น (Urgency) ต้องรีบเข้า ห้องน้ำภายใน 1-2 นาที แต่ ไม่ราด	ไม่เป็น	มีบ้าง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครึ่ง	
4. ปัสสาวะราด (Urgency Incontinence)	ไม่เป็น	มีบ้าง นานครึ่ง	มีพอควร บางครั้ง	มีครึ่ง ต่อครึ่ง	มีมากครึ่ง	มีมากที่สุด เกือบทุก ครึ่ง	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่มอาการ	ความรุนแรงตามเกณฑ์	0	1	2	3	4	5	รวมคะแนน
		คะแนนไม่มีอาการ	คะแนนพบน้อยกว่า	คะแนนพบน้อยกว่า	คะแนนประมาณครึ่งหนึ่ง	คะแนนมากกว่าครึ่งหนึ่ง	คะแนนเกือบตลอดเวลา	
			น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา	
			< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

5. ปัสสาวะเล็ด (Stress Incontinence)	ไม่เป็น เคลื่อนไหว ไหวท่า ใดก็ไม่ มีน้ำ ปัสสาวะ เล็ด รวมทั้ง ไอ, จาม	ไอ, จาม แรงๆ ออก แรงมาก เช่น วิ่ง กระโดดมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ค่อนข้าง มาก เช่น เดินขึ้น บันได, ก้าวเดิน เร็วจะมี ปัสสาวะ เล็ด	ออกแรง ปาน กลางก้ม ลงเก็บ ของ, ยืน ไอ	ออกแรงไม่ มากก็เป็น เช่น นั่ง, ไอ, ลุกขึ้น จากเก้าอี้	นอนก็เป็น เกือบทุก อริยาบถมี ปัสสาวะ เล็ด	
6. ประเมินจาก สภาพเสื้อผ้าที่ สวมใส่หรือแผ่น ผ้ารองรับ	ไม่เปียก	ชื้นๆ	เปียก	เปียก ขึ้น	เปียกจะ	เปียกโชก ตลอด เวลาบน ผ้ารองรับ	

ตารางเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยจากอาการและสภาพปัญหาจากน้อย ไปมาก

กลุ่ม อาการ	ความรุนแรง	0	1	2	3	4	5	รวม
	ตามเกณฑ์	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	
		ไม่มี	พบ	พบ	ประมาณ	มากกว่า	เกือบตลอด	
	อาการ	อาการ	น้อยกว่า	น้อยกว่า	ครึ่งหนึ่ง	ครึ่งหนึ่ง	เวลา	
			< 20%	< 50%	50%	> 50%	100%	

0 0 20% 40% 50% 60% 80% 100%

7. ประเมิน	ไม่ต้อง	ใช้หรือ	ใช้ 2 ครั้ง	ใช้ 3	ใช้ 4 ครั้ง	ใช้ตั้งแต่ 5	
พฤติกรรม	ใช้หรือ	เปลี่ยน 1		ครั้ง		ครั้ง ขึ้นไป	
เปลี่ยนเสื้อผ้า	เปลี่ยน	ครั้งพอ					
หรือแผ่นรองรับ	ตามปกติ						

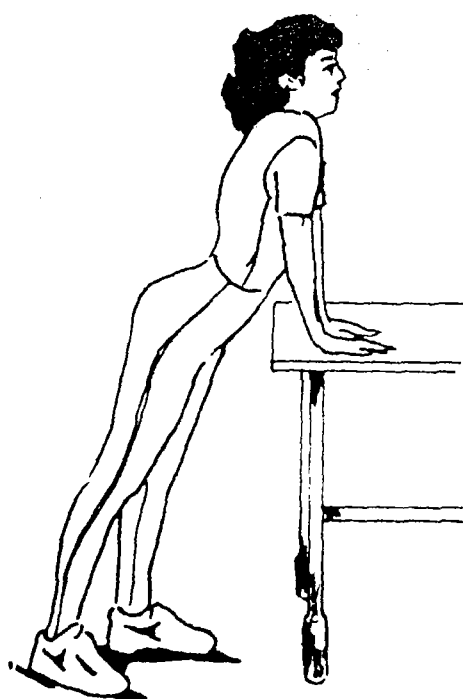
ภาคผนวก ค.

คู่มือการบริหารกล้ำมเนื้อห้องเขิงกราน (แผ่นพับ)

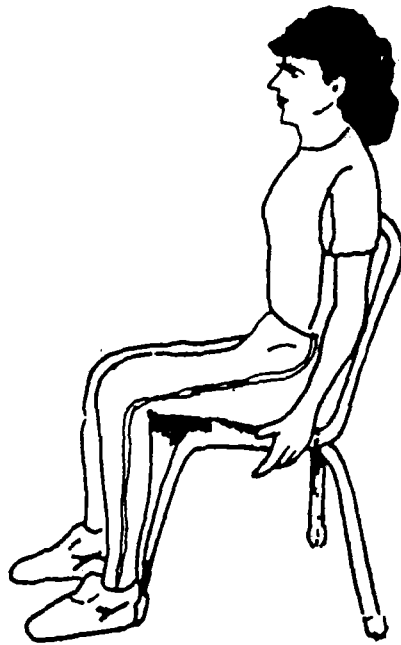
การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานหรือกล้ามเนื้อกระบังลม

สำหรับ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

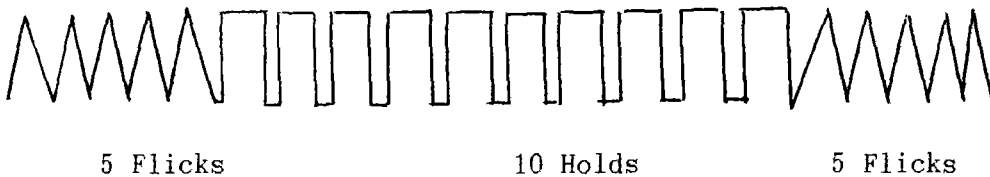


กล้ามเนื้อช่องเชิงกรานหรือกล้ามเนื้อกระบังลม คือ กล้ามเนื้อส่วนที่รองรับและพยุงอวัยวะในช่องเชิงกรานไว้จะสังเกตได้จากเมื่อนั่งเก้าอี้ในท่าตัวตั้งตรง เท้าวางแนบพื้น ไม่ขยับขา ลองขมิบทวารหนักหรือช่องคลอดดูบริเวณที่กล้ามเนื้อออกแรงขมิบอยู่นั้น คือ กล้ามเนื้อช่องเชิงกราน



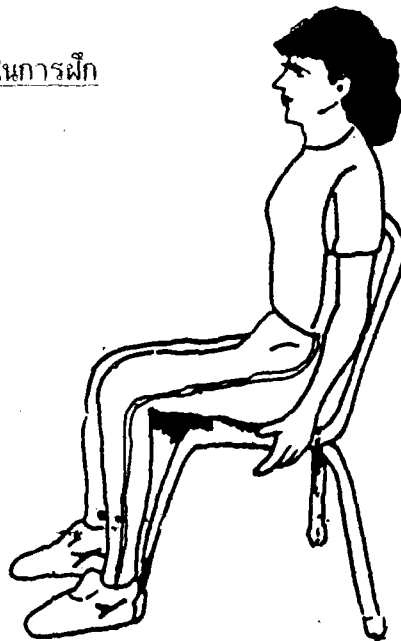
ประโยชน์ของการฝึก คือ ช่วยทำให้กล้ามเนื้อช่องเชิงกรานแข็งแรงขึ้น ซึ่งมีส่วนช่วยในการควบคุมความสามารถในการกลั้นปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะได้ดีขึ้น

หลักการฝึก คือ การขมิบและคลายกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานเป็นจังหวะ คือ ผีกลบ
กล้ามเนื้อช่องเชิงกรานแบบขมิบปล่อยเร็ว (Flicks) 5 ครั้ง 1-2-3-4-5 (5 วินาที) แล้ว
ฝึกขมิบบีบแน่นคือบีบกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานให้แรงคล้ายจะยกอวัยวะในช่องเชิงกรานขึ้นมาเก็บ
ไว้ในช่องท้อง ขณะเดียวกับหายใจเข้าเต็มทีบีบแน่น (Holds) นับในใจ 1-2-3-4-5
(5 วินาที) และคลายออกช้า ๆ เช่นกัน แล้วจึงขมิบปล่อยเร็วอีก 5 ครั้ง ใน 1 ชุด
ขมิบปล่อยเร็ว 5 - ขมิบบีบแน่นคลายออก 10-ขมิบปล่อยเร็ว 5
3 ชุด เท่ากับ 1 รอบ ในวันหนึ่งควรฝึก 4 รอบคือเช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน

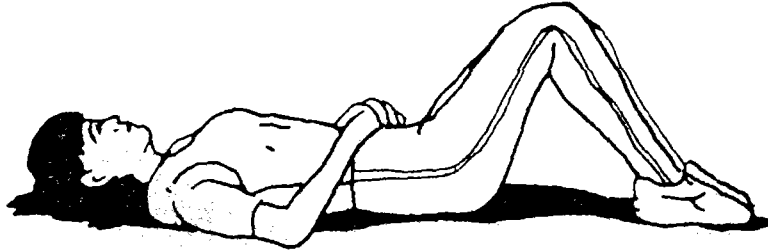


ท่าที่ 1 ท่านั่งตรง

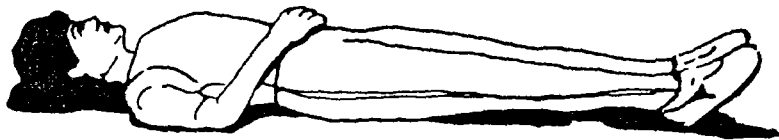
ท่าในการฝึก



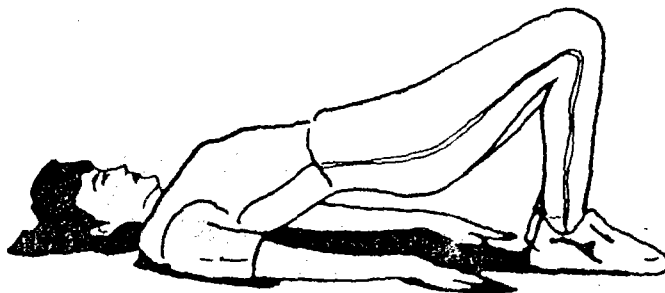
ท่าที่ 2 ท่านอนหงายงอเข่า



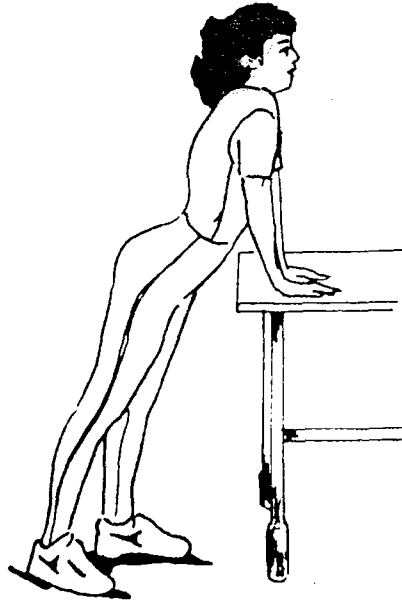
ท่าที่ 3 ท่านอนเหยียดขา



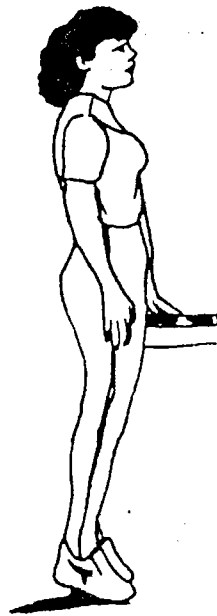
ท่าที่ 4 ท่านอนยกสะโพก



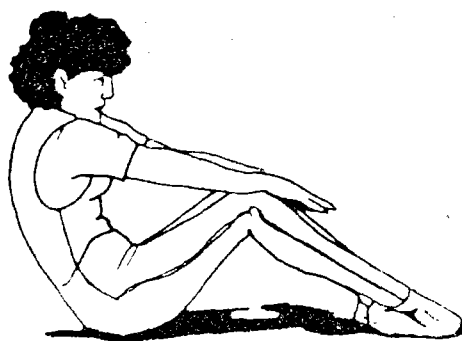
ท่าที่ 5 ท่ายืน



ท่าที่ 6 ท่ายืนเขย่ง



ท่าที่ 7 ท่าลุกขึ้นนั่ง



การฝึกควรจะทำทุกวัน วันละ 4 รอบ คือ เช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน รอบละ 3 ชุด ท่านจึงจะเห็นผลของการฝึก คือ กล้ามเนื้อของเชิงกรานแข็งแรงขึ้นความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะดีขึ้นและอาจเป็นปกติ

ภาคผนวก ง .

แบบบันทึกการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานของผู้ป่วยที่บ้าน

แบบบันทึกการฝึกหัดกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน



ท่าที่ 1



ท่าที่ 2



ท่าที่ 3



ท่าที่ 4



ท่าที่ 5



ท่าที่ 6



ท่าที่ 7

รอบที่ฝึก วันที่	รอบเช้า	รอบกลางวัน	รอบเย็น	รอบก่อนนอน	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่...					
วันที่ 1	 /	 /	 /	 /	
2	 /	 /	 /	 /	
3	 /	 /	 /	 /	
4	 /	 /	 /	 /	
5	 /	 /	 /	 /	
6	 /	 /	 /	 /	
7	 /	 /	 /	 /	
สัปดาห์ที่...					
วันที่ 1	 /	 /	 /	 /	
2	 /	 /	 /	 /	
3	 /	 /	 /	 /	
4	 /	 /	 /	 /	
5	 /	 /	 /	 /	
6	 /	 /	 /	 /	
7	 /	 /	 /	 /	

หมายเหตุ กรุณานับถึงตามความเป็นจริงที่ฝึก

ตัวอย่าง รอบเช้า

1/3 หมายถึง ในรอบเช้า ฝึกทำวัน 3 ชุด

ภาคผนวก จ.

แบบบันทึกจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน

(บันทึก 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน ก่อนมาพบแพทย์)

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวพณีนี ชื้อสกุล สุวรรณศรี

เกิดวันที่ 10 เดือนพฤษภาคม พุทธศักราช 2506

สถานที่เกิด เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 17/28 หมู่ที่ 6 ตำบลคลองสาม อำเภอลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2522 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสายน้ำผึ้ง กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2524 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) โรงเรียนศึกษาผู้ใหญ่
เตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2528 ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาล
กรุงเทพ กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2537 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

ประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

บทคัดย่อ

ของ

พชณี สุวรรณศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2537

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึก ตัวแปรที่ศึกษา คือ การฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานตามรูปแบบและแผนที่ผู้วิจัยกำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยนอกเพศหญิงรายใหม่ที่มีอายุ 30 - 60 ปี มีภาวะการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ซึ่งมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัด โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานและกลุ่มควบคุม 30 คน ไม่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกราน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกอาการและตารางประเมินอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเล็ดราด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบค่าที (t - test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานมีความสามารถในการกลืนปัสสาวะได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการกลืนได้ดีกว่าก่อนทำการรักษา โดยค่าเฉลี่ยที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE EFFECTIVENESS OF PELVIC FLOOR EXERCISES
ON FEMALE URINARY INCONTINENCE PATIENTS

AN ABSTRACT

BY

PACHANEE SUWANNASRI

Presented in Partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1994

The purpose of this study was to study the effectiveness of pelvic floor exercises on female urinary incontinent patients by comparison of an ability to control urination between patients who had been practiced and had never been practiced pelvic floor exercises. The methodology was the quasi-experimental design. The variable is the pelvic floor exercises designed by the researcher. The samples were purposive sampling. The study was conducted on new cases of female patients, aged between 30 to 60 years old, who were suffering in mild degree of urinary incontinence and didn't need surgical treatment, in Uro-Surgical Service Out Patients Department, Rajvithi Hospital. The sixty subjects were equally assigned into control group and experimental group. The experimental group have been advised on practice pelvic floor exercises but the control group have been provided with the routine service in the ward. The data were collected from the symptom records and evaluating about frequency of urination and urinary incontinence signstable. The analysis was made by using t-test dependent and independent.

Theresults were as follows.

1. Patients who practiced pelvic floor exercises had an ability to control urination significantly better than patients who did not practice pelvic floor exercises. ($p < .01$)
2. In control group and experimental group, post-treatment had an ability to control urination significantly better than pre-treatment. ($p < .01$).