

The Relationships among Physical Activity, Knowledge, Comorbidity and Quality of Life in Patients with Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy*

Orawan Prangprasit, RN, MNS¹, Suporn Danaidutsadeekul, DNS¹,
Orapan Thosingha, DNS¹, Patkawat Ramart, MD²

Abstract

Purpose: To investigate the relationships among physical activity, knowledge, comorbidity, and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy.

Design: Descriptive correlational research.

Methods: The study sample consisted of 88 patients with urinary incontinence following radical prostatectomy via laparoscopic radical prostatectomy and robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy, whose postoperative duration was longer than three months. The study period was from February to May, 2013. The data collection instruments comprised demographic characteristic questionnaire, physical activity questionnaire, urinary incontinence knowledge scale, comorbidity scale, and incontinence quality of life questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

Main findings: The overall quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy was relatively high ($\bar{X} = 88.8$, $SD = 10.63$). The subjects' levels of energy exertion in physical activities ranged from 52.36 to 293.91 MET hours/week. Fifty-eight percent of the subjects had a moderate level of knowledge about urinary incontinence. More than two-thirds of the subjects (69.3%) had a low level of comorbidities, and the study findings revealed that there was a statistically significant negative relationship between knowledge and quality of life in patients with urinary incontinence following radical prostatectomy ($r = -.22$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: Nursing care plans should be devised so as to provide knowledge simultaneously with pelvic floor muscle exercises before the radical prostatectomy, and there should be periodical monitoring and follow-ups. This is because all of these steps are considerably important to enable patients to have a smooth transition to ensure good quality of life when they return home.

Keywords: physical activity, knowledge, comorbidity, quality of life

J Nurs Sci. 2013;31(4):55-65

Corresponding author: Assistant Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด*

อรรณพ ปรางประสิทธิ์, พย.ม.¹ สุพร ดนัยดุขฎีกุล, พย.ด.¹
อสรพรรณ โตสิงห์, พย.ด.¹ ภกวัฒน์ ระมาตร์, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก 3 เดือนขึ้นไป ที่ผ่าตัดด้วยกล้องและแขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด 88 ราย ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2556 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย 3) แบบประเมินความรู้ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ 4) แบบประเมินโรคร่วม 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 88.8$, $SD = 10.63$) มีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 หน่วยพลังงานมาตรฐาน ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 58 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 มีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อย และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22$, $p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ไปพร้อมกับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ก่อนการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ตลอดจนควรมีการติดตามเป็นระยะ เพราะทุกขั้นตอนมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย ความรู้ โรคร่วม คุณภาพชีวิต

J Nurs Sci. 2013;31(4):55-65

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยดุขฎีกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: supom.dan@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer) มีอัตราการเกิดในชายชาวตะวันตกมากที่สุด ส่วนในเอเชียมีอัตราการเกิดน้อยที่สุด¹ ในอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากประมาณ 192,000 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เกิดในเพศชาย และมีอัตราการเสียชีวิตจำนวนประมาณ 27,360 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปอด นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 27,000 คนที่ทราบว่ากำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก² สำหรับในประเทศไทยมะเร็งต่อมลูกหมากเกิดขึ้นสูงเป็นอันดับ 4 ของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในเพศชาย โดยมีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการตาย 91.2 คนต่อประชากรแสนคน และเมื่อกล่าวถึงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่ที่ได้รับบริการรักษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากรายใหม่ที่ได้รับบริการจำนวน 3,136 คนของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด³

การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Radical prostatectomy) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นการรักษาที่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุได้นานขึ้นมากกว่า 10 ปี⁴ โดยวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดจะทำให้ในกรณีที่มะเร็งไม่มีการกระจายออกจากต่อมลูกหมาก ซึ่งจะได้ผลดีในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะต้น จุดประสงค์ของการผ่าตัดคือการตัดก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุด เพื่อให้หายจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ภายใน 1 เดือน⁵ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังทำการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นมี 2 ปัญหาที่สำคัญคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่พบว่าเกิดขึ้นได้ร้อยละ 69⁶ และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชายหรือที่เรียกว่า Erectile Dysfunction (ED) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 38 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี⁷ ทั้งนี้คาดการณ์ว่าการฟื้นตัวของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นใช้เวลาประมาณ 12 เดือน⁵ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากจะช่วยรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากให้มีคุณภาพการถ่ายปัสสาวะสะดวกมากขึ้น และช่วยต่ออายุผู้ป่วยมะเร็งให้นานขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องยอมรับกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นให้ได้ ซึ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีโอกาสเกิดได้นานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี

หลังผ่าตัด⁶ โดยจะเกิดขึ้นหลังถอดสายสวนปัสสาวะ^{6,8} นอกจากนั้นยังมีประเด็นปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อีก ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ด มีปัสสาวะซึมกึ่งงั้นใน มีความรู้สึกต้องรีบเข้าห้องน้ำทันทีบ่อยๆ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นรุนแรงเฉียบพลัน ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เกิดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย⁹ สูญเสียสมรรถภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นชาย⁶ และขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม¹⁰ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในสตรี และในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก แต่มีงานวิจัยถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้นมีความแตกต่างกัน เพราะการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บบริเวณหูรูดในระหว่างการผ่าตัด⁵ แต่ในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเสื่อมของร่างกาย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากจึงมีความสำคัญ โดยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่คือ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกายถูกกำหนดเป็นทุกอิริยาบถของการเคลื่อนไหวด้วยกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกของร่างกายโดยอาศัยพลังงาน การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายทำงานอย่างสมดุล และลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดิน มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่¹¹ เพราะในความเป็นจริงการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรง และการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ลดอัตราการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องความรู้ ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาวะที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีการศึกษาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต่ำมาก¹² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากยังไม่รู้ว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ที่จะสามารถดูแลตนเองเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะฉะนั้นเรื่องของความรู้ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะกลั้นปัสสาวะ

ไม่อยู่ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ซึ่งก็คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั่นเอง และอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญคือโรคร่วม โรคร่วมคือโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือพร้อมกับโรคหลักที่อาจมีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นภาวะปกติที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการพัฒนาของโรคเรื้อรัง พบว่าการเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุชายนั้น มีความสัมพันธ์กับประวัติของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคปอด ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่า และ 3.1 เท่าตามลำดับ¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวายเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ยังพบอีกว่าจำนวนโรคร่วมนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ หากมีโรคร่วมเพียงอย่างเดียว จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 14 หากมีโรคร่วมสองโรค จะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 22 หากมีโรคร่วมสามโรค จะมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 23.6 และหากมีโรคร่วมสี่โรค จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ถึงร้อยละ 37.6¹⁴

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านจากภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากแล้วมีการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตด้วยตนเองที่บ้าน ตรงนี้เองเป็นช่วงที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่สภาวะหนึ่งในสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไป หรือการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างดีนั้นหมายความว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด
3. โรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ด้วยวิธีการผ่าตัดโดยกล้องช่วยผ่าตัดและแบบแขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด 3 เดือนขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ไม่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง และไม่มีภาวะทุพพลภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาตที่มีผลต่อการถ่ายปัสสาวะ มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการทางด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วย Power analysis ตามการวิเคราะห์ Correlation analysis¹⁵ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา .05 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจของการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ .30 ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส จังหวัดภูมิลำเนา จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยภายหลังการผ่าตัด
2. แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของ Wolf และคณะ¹⁶ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้สร้างต้นฉบับ และฉบับที่ได้พัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับ

วัฒนธรรมของไทยโดย ธาณี แก้วธรรมานุกุล และคณะ¹⁷ มีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งการคำนวณคะแนนของกิจกรรมทางกาย คิดเป็นหน่วยพลังงานมาตรฐาน (Metabolic equivalent: MET) คูณระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ หน่วยเป็น ชั่วโมง/สัปดาห์ (hours/week) ค่า MET ของกิจกรรมทางกายต่างๆ กำหนดจากการศึกษาของ Ainsworth และคณะ¹⁸ การคิดคะแนนรวมทำโดยนำผลรวมของทุกกิจกรรมมารวมกัน จะได้เป็นระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกาย หน่วยเป็น MET hours/week

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence knowledge scale: UIKS) พัฒนาโดย Yuan และ Williams¹² มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วยความรู้เรื่องต่างๆ เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยง (ข้อ 1-5) อาการ (ข้อ 6-10) ผลกระทบ (ข้อ 11-15) การป้องกัน (ข้อ 16-20) การรักษา (ข้อ 21-25) และการจัดการ (ข้อ 26-30) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแปลย้อนกลับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากผู้ป่วยเลือก “ถูกต้อง” เท่ากับ 1 คะแนน แต่หากผู้ป่วยเลือกตอบ “ไม่ถูกต้อง” หรือ “ไม่ทราบ” เท่ากับ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งการแปลผลของคะแนนรวมในการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นดังนี้ มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ หมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” < 60% หรือคะแนน < 18 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลางหมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” ระหว่าง 60-80% หรือคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-24 คะแนน มีความรู้ในระดับที่ดีหมายถึง ผู้ป่วยเลือกตอบ “ถูกต้อง” > 80% หรือคะแนน > 24 คะแนน

4. แบบประเมินโรคร่วม ของ Charlson และคณะ¹⁹ มีการให้คะแนนตามความสำคัญของโรคจำนวน 19 โรค ซึ่งหลักในการให้คะแนนนั้นจะให้ตามความรุนแรงของโรคคือ 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน และหากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน รายละเอียดของการให้คะแนนเป็นดังต่อไปนี้

1) โรคที่ให้คะแนน 1 คะแนน ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคความจำเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคเกี่ยวกับแผล โรคตับระยะแรก และโรคเบาหวาน

2) โรคที่ให้คะแนน 2 คะแนน ประกอบด้วย โรคอัมพาตครึ่งซีก โรคไตรระยะกลางถึงระยะรุนแรง โรคเบาหวานที่มีการทำลายอวัยวะ โรคมะเร็งระยะแรก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

3) โรคที่ให้คะแนน 3 คะแนน ประกอบด้วย โรคตับระยะกลางถึงระยะรุนแรง

4) โรคที่ให้คะแนน 6 คะแนน ประกอบด้วย โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย และโรคเอดส์

การรวมคะแนนคือ นำเอาคะแนนที่ได้จากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นทั้งหมดมารวมกัน ผลรวมของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-37 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับเป็น 5 ระดับดังนี้ 0 คะแนนหมายถึงไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนนหมายถึงมีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนนหมายถึงมีโรคร่วมปานกลาง > 4 คะแนนหมายถึงมีโรคร่วมมาก

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence Quality of Life: I-QOL) แบบประเมินนี้เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นหลังการรักษา ซึ่งพัฒนาโดยทีมวิจัย Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน มีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย Budhnell และคณะ²⁰ และมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาต่างๆ กว่า 55 ภาษา ซึ่งรวมภาษาไทยด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ซื้อลิขสิทธิ์ใช้เครื่องมือจาก Seattle Quality of life Group ของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน มีจำนวน 22 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม (Avoidance and Limiting Behavior: ALB) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 และ 20 2) ด้านจิตสังคม (Psychosocial Impacts: PS) ได้แก่ ข้อที่ 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 และ 22 3) ด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Embarrassment: SE) ได้แก่ ข้อที่ 8, 12, 14, 18 และ 19 ผลคะแนนรวมทั้ง 22 ข้ออยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน ซึ่งในการคำนวณระดับคะแนน (Scale score) คิดจาก

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

การแปลผลของคะแนนอยู่ระหว่างระดับคะแนนที่ 0 - 100 จากระดับคะแนนที่ 0 คือ คุณภาพชีวิตต่ำ ถึงระดับคะแนนที่ 100 คือ คุณภาพชีวิตสูงที่สุด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ และนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ไปประเมินผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .74 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 009/2556 (EC3)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมชี้แจงด้วยตนเองถึงรายละเอียดต่างๆ ในทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจให้ผู้ป่วยลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1, 2, 3 และ 5 สำหรับเครื่องมือชุดที่ 4 แบบประเมินโรคร่วม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโรคร่วมจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ในประวัติการรักษา ใช้เวลาทั้งหมด 20-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การมีกิจกรรมทางกาย ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และโรคร่วมโดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ความรู้ และโรคร่วม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 43.3) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 97.7 มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 61.36) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 59.1) ด้านอาชีพมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เกษียณอายุและไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 52.2) สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิข้าราชการ/บำนาญ (ร้อยละ 71.6) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.05) และหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งนี้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7)

ลักษณะปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 78.4) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 17) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 4.5) โดยมีอาการปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม ร้อง เดิน กระโดด หรือเวลาทำกิจกรรมบางอย่าง (ร้อยละ 46.6) มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ก่อนไปถึงห้องน้ำ (ร้อยละ 40.9) และมีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราวแม้แต่เมื่อไม่ได้ทำอะไรหรือไม่ได้ปวดปัสสาวะ (ร้อยละ 44.3)

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

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (n = 88)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ระดับที่ไม่เพียงพอ	23	26.1
มีความรู้ระดับปานกลาง	51	58
มีความรู้ระดับดี	14	15.9
(Range = 12-29, $\bar{X}$ = 20.48, SD = 4.245)		

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n = 88)

ความรู้เรื่อง	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ปัจจัยเสี่ยง	1-5	2.73	1.07	ไม่เพียงพอ
อาการ	1-5	3.90	1.06	ปานกลาง
การป้องกัน	0-5	3.18	1.33	ปานกลาง
การรักษา	1-5	3.35	1.32	ปานกลาง
การจัดการ	0-5	3.19	1.42	ปานกลาง
ผลกระทบ	0-5	4.17	1.23	ดี

จากตารางที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 58 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกคะแนนเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื่องปัจจัยเสี่ยงในระดับไม่เพียงพอ และมีความรู้เรื่องอาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.3 มีความรุนแรงของโรคเรื้อรังในระดับน้อย ร้อยละ 25 มีโรคเรื้อรังระดับปานกลาง และ

ร้อยละ 5.7 มีโรคเรื้อรังระดับมาก

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ด้านจิตสังคมสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 93.2, SD = 10.11) รองลงมาด้านความรู้สึกลบอายเป็นเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X}$ = 89.9, SD = 13.14) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม ($\bar{X}$ = 83.1, SD = 14.69) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง ($\bar{X}$ = 88.8, SD = 10.63)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 88)

ตัวแปร	การมีกิจกรรมทางกาย	ความรู้	โรคเรื้อรัง
การมีกิจกรรมทางกาย	-	-	-
ความรู้	-.08	-	-
โรคเรื้อรัง	-.02	.09	-
คุณภาพชีวิต	.06	-.22*	.03

* p < .05 (2-tailed)

จากตารางที่ 3 พบว่าความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.22, p < .05) และพบว่าการมี

กิจกรรมทางกายและโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 88.8$, $SD = 10.63$) และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านก็ค่อนข้างสูงเช่นกัน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด ด้านจิตสังคมสูงที่สุด ($\bar{X} = 93.2$, $SD = 10.11$) รองลงมาด้านความรู้สึกอับอายเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X} = 89.9$, $SD = 13.14$) และด้านข้อควรหลีกเลี่ยงและข้อจำกัดในพฤติกรรม ($\bar{X} = 83.1$, $SD = 14.69$) ผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมดค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 78.4) แต่มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางและระดับมากเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น (ร้อยละ 17 และ 4.5 ตามลำดับ)

กิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ($r = .06$, $p > .05$) โดยผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายอยู่ระหว่าง 52.36-293.91 MET hours/week ($\bar{X} = 125.67$, $SD = 51.28$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายเฉลี่ยค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลมีระดับการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานในการมีกิจกรรมทางกายเฉลี่ยเพียง 46.40 MET hours/week¹⁷ การที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายค่อนข้างสูงนั้น สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นเมื่อทำกิจกรรม เช่น มีปัสสาวะเล็ดเมื่อยกของหนักเมื่อเดินนานๆ ขณะทำสวนหรือขณะอาบน้ำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แผ่นซึมซับน้ำปัสสาวะ (ผ้าอนามัยหรือผ้าอ้อมสำเร็จรูป) จะต้องเปลี่ยนกางเกงหรือต้องเปลี่ยนผ้าขนหนูที่ใช้สำหรับซับน้ำปัสสาวะหลายครั้งในแต่ละวัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ต่างๆ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้แสดงให้เห็นว่าการมีกิจกรรมทางกายที่สูงขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลัง

ผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าผลของการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อยและระดับปานกลางจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่^{11,21} แต่ผลของการมีกิจกรรมทางกายที่หนักก็สามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ เช่น การวิ่ง หรือการยกของหนักมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่²¹⁻²² เพราะการมีกิจกรรมทางกายที่หนักจะเพิ่มแรงดันในช่องท้องให้มากขึ้น จึงส่งผลให้มีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดความตึงเกินไปและอ่อนแรง ในที่สุดจะเกิดพยาธิสภาพที่ท่อทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่²³ เมื่อมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มาอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา โดยอาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่พบในการศึกษาครั้งนี้มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ก่อนไปถึงห้องน้ำ (ร้อยละ 40.9) มีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นครั้งคราวโดยไม่ได้ทำอะไรหรือไม่ได้ปวดปัสสาวะ (ร้อยละ 44.3)

ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22$, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีมีปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความรู้ เพราะความรู้จะส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านได้ดี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องตามแนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ²⁴ โดยปัจจัยด้านสังคมคือความรู้ เป็นความรู้ของบุคคลในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และการที่บุคคลจะมีความรู้ได้นั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งหมายถึง บุคคลในทีมสุขภาพที่จะส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยให้ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่น้อยลง อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา แต่ผลการศึกษาในที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้ต่ำ แต่คุณภาพชีวิตสูง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยสามารถอธิบายได้ว่า อาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7) หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่ก็ยังเป็นเพียงข้อมูลที่บอกกล่าวด้วยวาจาจากทีมสุขภาพที่ให้ความรู้ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกันภายหลังผ่าตัด

มะเร็งต่อมลูกหมากเท่านั้น และส่วนใหญ่ได้รับหลังผ่าตัด ซึ่งยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกหลายรายที่ยังไม่รู้ว่าจะต้องบริหารกลามเนื้ออู้งเชิงกรานนานแค่ไหน ตอนไหน แล้วถ้าเริ่มช้าจะได้ผลหรือไม่อย่างไร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายกล่าวว่า “หลังผ่าตัดผมได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลให้ผม ผมขมิบตั้งแต่ที่มีสายปัสสาวะอยู่ ตอนถอดสายเลยถอดยาก และผมเพิ่งมารู้ตอนหลังว่าให้ขมิบหลังเอาสายออก” จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก และมีกลุ่มตัวอย่างอีกบางส่วนที่เข้าโครงการบริหารกลามเนื้ออู้งเชิงกรานของโรงพยาบาลนั้น ไม่ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.1 มีความรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 15.9 ที่มีความรู้ในระดับดี (ตารางที่ 1) โดยเมื่อจำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ มีความรู้เรื่องอาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการในระดับปานกลาง และมีเพียงความรู้เรื่องผลกระทบในระดับดี (ตารางที่ 2)

นอกจากนั้นยังมีประเด็นอื่นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิต คือ ระยะเวลาหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่นานมากขึ้น จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านในการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญอยู่กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ดีขึ้น ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.05) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พูดว่า “แรกๆ ก็คิดมาก ตอนนั้นไม่คิดแล้ว” “ชินแล้ว” “ก็ต้องทำใจ เพราะเราเป็นอย่างนี้” อีกประเด็นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตคือ สถานภาพสมรส ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 97.7) เพราะคู่สมรสเป็นเหตุผลสำคัญที่ช่วยประคองปัญหา หรือสถานะที่เผชิญอยู่คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากให้เปลี่ยนผ่านไปได้ และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ จึงเห็นได้ว่ามีปัจจัยอื่นหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการเปลี่ยนผ่านตามระยะเวลาภายหลังของการผ่าตัด แต่ความรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องปัจจัยเสี่ยงนั้นยังไม่เพียงพอ หรืออาจมีเท่าเดิมภายหลังการผ่าตัด

ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า โรคร่วมที่ประเมินจากแบบประเมินโรคร่วม¹⁹ ไม่สามารถอภิปรายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ แต่สามารถอภิปรายถึงการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายได้ เพราะคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ได้มีปัญหที่เกิดมาจากโรคร่วมโดยตรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมคือโรคเบาหวานมากที่สุด และสามารถควบคุมได้ จึงไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีความรุนแรงของโรคร่วมในระดับน้อย (ร้อยละ 69.3) มีเพียงหนึ่งในสี่ที่มีโรคร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 25) และส่วนน้อยมากที่มีโรคร่วมระดับมาก (ร้อยละ 5.7) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และมีโรคร่วมในระดับความรุนแรงต่างๆ พบว่า การมีโรคร่วมไม่ว่ามากหรือน้อยนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ต่อได้รับการผ่าตัด ควรมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยเฉพาะเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน การรักษา และการจัดการควบคู่ไปพร้อมกับการฝึกบริหารกลามเนื้ออู้งเชิงกรานก่อนการผ่าตัด ตลอดทั้งควรมีการติดตามเป็นระยะ เพราะทุกขั้นตอนมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ควรเพิ่มเกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง จากระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากระดับน้อย ปานกลาง และมาก ควรกำหนดระยะเวลาภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากตลอดทั้งควรมีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในแต่ละช่วงระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

3. ควรมีการศึกษาการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมต่อไป เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม กับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hoa Y, Xu J, Thun JM. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2009;59(4): 225-49.
3. Attasara P, Boasom R. Hospital-based cancer registry 2010. Bangkok: Rumthaipress; 2011. (in Thai).
4. Aus G, Abbou CC, Pacik D, Schmid, HP, Poppel VH, Wolff JM, et al. EAU guidelines on prostate cancer. *Eur Urol*. 2005;40(2):97-101.
5. Hisasue S, Takahashi A, Kato R, Shimizu T, Masumori N, Itoh N, et al. Early and late complications of radical retropubic prostatectomy: Experience in a single institution. *Jpn J Clin Oncol*. 2004;34(5):274-9.
6. Palmer MH, Fogarty LA, Somerfield MR, Powel LL. Incontinence after prostatectomy: Coping with incontinence after prostate cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(2):229-38.
7. Tewari A, Srivasatava A, Menon M. A prospective comparison of radical retropubic and robot-assisted prostatectomy: Experience in one institution. *BJU Int*. 2003;92(3):205-10.
8. Phillip C, Gray RE, Fitch MI, Labrecque M, Fergus K, Klotz L. Early postsurgery experience of prostate cancer patients. *Cancer Pract*. 2000;8(4):165-171.
9. Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Radical prostatectomy: Men's experience and postoperative needs. *J Clin Nurs*. 2005;14(7):883-90.
10. McGlynn B, Gurun M, Meddings R, Al-Saffar N, Hollins G, Tindall M, et al. Management of urinary incontinence following radical prostatectomy. *Urol Nurs*. 2004;26(6):475-515.
11. Danforth KN, Shah AD, Townswn MK, Lifford KL, Curhan GC, Resnick NM, et al. Physical activity and urinary incontinence among healthy, older women. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;199(3):721-7.
12. Yuan H, Williams AB. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health Soc Care Community*. 2009;18(1):82-90.
13. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2009;18(23): 3290-8.
14. Smith AL, Wang PC, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodriguez LV, et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(6):1170-6.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
16. Wolf A, Hunter D, Colditz G, Manson J, Stampfer M, Corsano K, Rosner B, Kriska A, Willett W. Reproducibility and validity of a self-administered physical activity questionnaire. *Int J Epidemiol*. 1994;23(5):991-9.

17. Kaewthummanukul T, Brown KC, Weaver MT, Thomas RR. Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2006;54(6):663-75.
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Tudor-Locke C, et al. 2011 Compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(8):1575-81.
19. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
20. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, Svihra J, Liomis C, Patrick DL. Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res*. 2005;14(8):1901-13.
21. Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarstrom M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scan J Med Sci Sports*. 2005;15(2):87-94.
22. Bo K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med*. 2004;37(7):451-64.
23. Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW, Burgio KL, Diokno AC, Foldspang A, et al. Proceedings of the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases international symposium on epidemiologic issues in urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(6):S77-88.
24. Meleis AI. *Transitions theory*. New York: Hamilton Printing; 2010.
25. Ragins AI, Shan J, Thom DH, Subak LL, Brown JS, Eeden DV. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *J Urol*. 2009;179(2):651-5.