

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเพื่อค้นคว้าแบบอิสระสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเชิงราชประชาชนุเคราะห์ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อ ในการศึกษา ดังนี้

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.3 กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ
 - 1.4 กลไกการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ
 - 1.5 ผลกระทบของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.7 การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - 1.8 การจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ
 - 2.1 แนวคิดและความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 2.2 ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 2.3 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 2.4 หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 2.5 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จัดว่าเป็นอาการไม่ใช่โรค (National Association for Continence [NAFC], 2005) โดยสมาคมการกลั้นปัสสาวะระหว่างประเทศ (International Continence Society

อ้างใน วชิร คชการ, 2546) ได้ให้ความหมายภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ว่า หมายถึง การที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ว่ามีปัสสาวะเล็ดราดออกมาจริง และมีความรุนแรงมากพอที่จะรบกวนต่อชีวิตประจำวันและทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมหรือมีปัญหาในการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว สำหรับ สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ (2545) ได้ให้ความหมายภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คือ ภาวะที่ปัสสาวะไหลออกมาโดยควบคุมไม่ได้ ทั้งปริมาณและความถี่ คือมีปริมาณของปัสสาวะที่ไหลออกมาเป็นจำนวนมากและบ่อยครั้ง หรือมีความถี่ของปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ภาวะนี้ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีผลเสียทางด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมหรือกลั้นปัสสาวะไว้ได้ ทำให้มีปัสสาวะเล็ดไหลโดยไม่ตั้งใจ และเป็นปัญหาสุขภาพอนามัย

ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สามารถแบ่งอย่างกว้าง ๆ ออกได้เป็น 2 ชนิด คือ (วชิร คชการ, 2546; Wyman, 1999)

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเฉียบพลันหรือชั่วคราว (acute or transient urinary incontinence) เป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ในระยะสั้นระยะเวลาเพียงเป็นวันหรือสัปดาห์ และมักมีเหตุกระตุ้นที่ชักนำมาก่อน ได้แก่ การได้รับยาบางชนิด ความเจ็บป่วย การติดเชื้อ เป็นต้น และเมื่อจัดการกับเหตุกระตุ้นให้หมดไป ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้ก็หายไปได้เอง แต่ถ้าเหตุกระตุ้นเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะกลายเป็นแบบถาวร

2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื้อรังหรือถาวร (persistent or established urinary incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เรื้อรังมีอาการเกิดขึ้นชัดเจน มักจะมีอาการหลายเดือนจนกระทั่งหลายปี มักจะเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของการทำหน้าที่ของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรือเนื่องจาก การไม่ได้รับการรักษาเหตุกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว ซึ่งสามารถจำแนกชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สรุปได้เป็น 6 ชนิด คือ

2.1 การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (stress urinary incontinence) คือ การที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาเมื่อมีแรงดันจากช่องท้องมากเฉพาะปัสสาวะ จะพบเมื่อมีกิจกรรมทางกาย เช่น ไอ จาม วิ่ง ยืน เดิน ลูกนั่ง เป็นต้น โดยไม่มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเลย สาเหตุมาจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ได้รับการพยุงและยึดไว้โดยกล้ามเนื้อ รวมทั้งเอ็นยึดต่าง ๆ ขาดความแข็งแรงจากการผ่านการคลอดบุตร น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น มีความบกพร่องของท่อปัสสาวะเอง

หรืออิทธิพลจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ท่อปัสสาวะปิดไม่สนิท เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในที่สุด

2.2 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร่วมกับอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง (urge urinary incontinence) คือ การที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาเมื่อมีอาการปวดปัสสาวะนำมาก่อน การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบนี้เกี่ยวข้องกับกระเพาะปัสสาวะมากกว่าปกติหรืออาจเกิดจากการคลายตัวขึ้นมาเองของท่อปัสสาวะ ทั้ง ๆ ที่ปัสสาวะยังไม่เต็มกระเพาะปัสสาวะ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคที่เกิดจากการควบคุมของระบบประสาทเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อความผิดปกติในการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูรูด

2.3 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม (mixed urinary incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ผสมระหว่างการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง

2.4 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เมื่อมีการขีดตัวของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ (overflow urinary incontinence) คือ การที่มีปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีปริมาณมากขึ้นเกินกว่าที่กระเพาะปัสสาวะจะรับไว้ได้ ก็จะล้นออกมา สาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนตัวหรือขยายตัวมากเกินไป ไม่มีการบีบรัดตัว เกิดจากการอุดกั้นของท่อปัสสาวะจึงทำให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะได้

2.5 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวขึ้นมาเอง โดยไม่ได้ตั้งใจ (reflex urinary incontinence) ทั้งที่ยังมีความต้องการถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรงเหมือนการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง (urge urinary incontinence) เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง

2.6 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากทางด้านร่างกาย หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม (function urinary incontinence) เนื่องจากความผิดปกติของการรับรู้ เซาว์ปัญญา

กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ

การขับถ่ายปัสสาวะต้องอาศัยการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง คือ กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดและระบบประสาทส่วนกลาง กระบวนการขับถ่ายปัสสาวะมีดังนี้

1. ระยะที่สร้างและกักเก็บปัสสาวะ (storage phase) ระยะที่เริ่มมีการสร้างปัสสาวะ และมีจำนวนปัสสาวะอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ แรงดันในกระเพาะปัสสาวะจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ

ซึ่งขึ้นอยู่กับ การยอมตาม (compliance) ของผนังกระเพาะปัสสาวะ การที่อุ้งเชิงกรานและท่อทางเดินปัสสาวะทำงานปกติจะช่วยพุงให้เกิดแรงดันของท่อทางเดินปัสสาวะและทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้ ซึ่งแรงดันนี้เพิ่มขึ้นจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เส้นประสาทซิมพาเทติกเริ่มจากไขสันหลังส่วน T11-L2 เส้นประสาทส่งไปยังคอกระเพาะปัสสาวะและส่วนต้นของท่อปัสสาวะทำหน้าที่ชะลอการหดตัวของคอกระเพาะปัสสาวะและส่วนต้นของท่อทางเดินปัสสาวะช่วยให้มีการกักเก็บของกระเพาะปัสสาวะ เมื่อจำนวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นประมาณ 300-400 มิลลิลิตร จะเกิดความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ ในช่วงนี้ระบบประสาทซิมพาเทติก ถูกกระตุ้นส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อชั้นในจากการกระตุ้น alpha-adrenergic reception ทำให้แรงดันของท่อทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น และยับยั้งการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะผ่านทาง beta-adrenergic reception ดังนั้นการกระตุ้นเส้นประสาทซิมพาเทติกทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้ นอกจากนั้นการเพิ่มการกระตุ้นเส้นประสาทพูดเดนดอล (pudendal) ส่งผลให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของท่อทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้

2. ระยะขับถ่ายปัสสาวะ (emptying phase) จากปฏิกิริยาย้อนกลับ เมื่อกระเพาะปัสสาวะยืดขยายมากขึ้น กระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณเชิงกรานออกจากไขสันหลังบริเวณก้นกบที่ 2-4 (S 2-4) ทำหน้าที่กระตุ้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ส่งผลให้กระเพาะปัสสาวะหดตัว ทำให้แรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นและแรงดันของท่อปัสสาวะลดลง จึงเกิดการขับถ่ายปัสสาวะ

นอกจากนี้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะจากสมองส่วนกลาง โดยปกติสัญญาณประสาทควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในสมองจะทำหน้าที่คอยยับยั้งปฏิกิริยาย้อนกลับการขับถ่ายปัสสาวะตลอดเวลา แต่เมื่อถึงเวลาที่ต้องการจะถ่ายปัสสาวะเนื่องจากมีน้ำปัสสาวะมากพอที่จะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ที่ผนังกระเพาะปัสสาวะและส่งสัญญาณประสาทนำเข้าผ่านไขสันหลังไปสู่สมอง (afferent impulse) ไปที่ศูนย์ควบคุมการถ่ายปัสสาวะในสมองส่วนกลาง (micturition center) เมื่อกระตุ้นปฏิกิริยาย้อนกลับการขับถ่ายปัสสาวะและจะมีสัญญาณส่งออก (efferent impulse) มาที่กระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะบีบตัวพร้อมกันนั้นกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของท่อปัสสาวะคลายตัว ทำให้น้ำปัสสาวะไหลออกมาได้ เป็นการขับถ่ายปัสสาวะที่สามารถควบคุมภายใต้อำนาจจิตใจได้ และในกรณีที่สถานที่และโอกาสไม่อำนวยให้ถ่ายปัสสาวะก็ยังสามารถยับยั้งการขับถ่ายปัสสาวะไว้ได้ โดยส่งสัญญาณจากศูนย์กลางในปมประสาท (basal ganglia) และสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เพื่อยับยั้งกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่มีการบีบตัวสามารถยืดระยะเวลาในการถ่ายปัสสาวะออกไปได้

กลไกการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ

การที่มีอายุมากขึ้นอย่างเฉียวไม่ได้เป็นสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แต่กระบวนการสูงอายุมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Timiras & Leary, 2003) โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ในระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ และความยืดหยุ่นของผนังกระเพาะปัสสาวะอาจลดลงจาก 500-600 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ปกติ เหลือ 250-300 มิลลิลิตรในวัยสูงอายุ (Wyman, 1999) จากความจุที่ลดลงนี้ทำให้เกิดถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (nocturia) อีกทั้งในผู้สูงอายุยังมีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนนอก (cerebral cortex) และมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับไขสันหลัง (spinal reflex) ทำให้เกิดการยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีการบีบตัวและเกิดขึ้นเมื่อปริมาณปัสสาวะมีเพียงเล็กน้อย และบีบตัวแรงอย่างไม่เหมาะสม เป็นการลดลงของสัญญาณประสาทที่มีผลในการคลายตัว การเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะพัฒนามาทำให้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะไวต่อการหดตัวเร็ว (detrusor instability) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีปริมาณของปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ (residual urine) เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวได้ลดลง ปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะภายหลังการถ่ายปัสสาวะ (post void residual [PVR]) ในคนปกติจะน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ถ้ามีปริมาณมากกว่าปกติต้องคำนึงถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ministry of Health, Singapore, 2003) จนทำให้เกิดกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากปัสสาวะไหลทันได้ นอกจากนี้ความสามารถในการยืดระยะเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะลดลง และแบบแผนในการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไป คือมีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืน (nocturia) (Miller, 2004)

สำหรับในผู้สูงอายุเพศชาย ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของต่อมลูกหมากที่อยู่รอบ ๆ ท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้น (benign prostatic hyperplasia) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุเพศชาย การโตของต่อมลูกหมากทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องเบ่งหรือบางครั้งปัสสาวะอาจไหลรินออกมาเป็นหยด ๆ ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิงท่อปัสสาวะจะบางลงทนต่อแรงกดดันได้ลดลง ซึ่งเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอลง และยังเป็นสาเหตุของการอักเสบของช่องคลอด และท่อปัสสาวะ ซึ่งส่งผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Wyman, 1999)

ผลกระทบของภาวะกลืนปีศาจไม่อยู่

ภาวะกลืนปีศาจไม่อยู่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ภาวะปีศาจเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเนื่องจากปีศาจเล็ดทำให้เกิดอาการคัน แสบบริเวณช่องทางเดินปีศาจ และเกิดเป็นแผลที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก รวมทั้งสตรีสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้เกิดแผลกดทับได้ (Farage et al., 2007) นอกจากนี้อาจเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้มจากพื้นที่เปียกน้ำปีศาจและส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Brown et al., 2000)

2. ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความอับอาย รู้สึกไร้ค่า ภูมิใจน้อย สูญเสียความมีศักดิ์ศรี และมีความมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงความซึมเศร้า (Heidrich & Wells, 2004) ดังเช่นการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และ วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ (Jitapunkul, & Khovidhonkit, 1998) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 64 เกิดผลกระทบด้านจิตใจอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น รู้สึกอับอาย กังวล สูญเสียความมั่นใจ เป็นต้น

3. ด้านสังคม จะแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (จรี จอนนุ้ย, 2544; มาลินี จิตลิก, 2543; Wyman, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ สัตโยภาส (2542) พบว่าร้อยละ 43 จะแยกตัวออกจากสังคม การเดินทางลดลงเพราะเกรงว่าจะมีปีศาจเล็ดในระหว่างเดินทางและต้องการที่จะเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น อีกทั้งทำให้สัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลงและมีปัญหาในการทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากในผู้สูงอายุที่มีปีศาจเล็ดจะมีความวิตกกังวลกับกลืนปีศาจและไม่อยากมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (Heidrich & Wells, 2004) ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางเพศพบว่าสตรีที่มีภาวะกลืนปีศาจไม่อยู่ รายงานว่าจะพยายามหาหนทางที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งลดความต้องการทางเพศเพราะกลัวว่าจะมีปีศาจเล็ดไหลขณะมีเพศสัมพันธ์ (Tannenbaum et al., 2006)

4. ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปีศาจไม่อยู่ เช่น ค่าซักผ้า ค่าซื้อผลิตภัณฑ์กันเปียก เป็นต้น ซึ่งในปี 2000 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปีศาจไม่อยู่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากถึง 16-26 พันล้านเหรียญต่อปี (Hu et al., 2003)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงตามวัย จากการทำหน้าที่อัตรการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตก็ลดลงด้วยเป็นเหตุผลการดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ปัสสาวะที่ถ่ายออกมาเข้มข้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการติดเชื้อได้ง่าย การติดเชื้อจะทำให้มีการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ (Reflex) ที่ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะมากเกินไป จึงทำให้เกิดปัสสาวะบ่อย และราคร่วมด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

2. ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง (menopause and decrease of estrogen) จากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ในผู้สูงอายุสตรีเป็นสาเหตุทำให้เกิดการฝ่อบางของเยื่อบุภายในช่องคลอด ท่อปัสสาวะและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะส่งผลให้หูรูดของท่อปัสสาวะ (external spinctor) ปิดไม่สนิท (Wyman, 1999) เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้

3. ประวัติการคลอดบุตร การผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว โครงสร้างที่ช่วยพยุงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขาดการดึงตัวโดยเฉพาะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ซึ่งได้รับการพยุง และยึดไว้โดยกล้ามเนื้อจากอุ้งเชิงกรานและเอ็นยึดต่าง ๆ (peivic diaphragm and ligament) ซึ่งขึ้นอยู่กับผ่านการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวมาก ความยากลำบากในการคลอดระยะที่สองหรือการใช้หัตถการในการคลอด การฉีกขาดของฝีเย็บหรือการช่วยคลอดไม่ถูกวิธี เช่น ให้ศีรษะเด็กมาดันอุ้งเชิงกรานไว้นาน ๆ การไม่ได้ตัดฝีเย็บสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลให้กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะ (external spinctor) ปิดไม่สนิท เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดได้ (จิตติมา มโนทัย, 2547; Pfisterer et al., 2006)

4. ความอ้วน (obesity) พบว่าภาวะปัสสาวะเล็ดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของอัตราส่วนของไขมันในร่างกาย (Brown et al., 2000) ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานลดลง ซึ่งกล้ามเนื้อตรงนี้ในขณะเดียวกันจะช่วยยึดอวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานเมื่อเกิดแรงดันในช่องท้องขึ้น ทำให้ปัสสาวะเล็ดได้ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเล็ด (Bates, 2002)

5. การสูบบุหรี่ (smoking) สารประกอบสำคัญในบุหรี่ ได้แก่ นิโคติน (nicotine) ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะมีการไอเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดแรงกดต่อกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานส่งผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเล็ด (stress incontinence) ได้ในที่สุดและนิโคตินยังจัดว่าเป็นสารระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการปัสสาวะบ่อย ทำให้ต้องปัสสาวะอย่างเร่งด่วน (urgency)

และยังเป็นเหตุนำไปสู่อาการปัสสาวะราดกลั้นปัสสาวะไม่ทัน (urge incontinence) (Brown et al., 2000)

6. การดื่มสุรา ชา กาแฟ เนื่องจากมีสารแอลกอฮอล์ และคาเฟอีนผสมอยู่ด้วย (Weiss, 2001) จะไปทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะมีการหดตัวไวกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือต้องรีบเร่งปัสสาวะตามมา

7. การรับประทานยา (medication) ยาบางชนิดที่เป็นต้นเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ/ ยากล่อมประสาท ยาที่ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุของความสับสน งุนงง ทำให้ความสามารถในการไปถ่ายปัสสาวะในเวลาที่มีอาการปวดลดลง เป็นเหตุนำไปสู่การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิก ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีการคั่งของน้ำปัสสาวะซึ่งจะไปสัมพันธ์กับการขับปัสสาวะบ่อยและภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบปัสสาวะล้น (overflow incontinence) การใช้ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ซึ่งมีฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะปัสสาวะขณะเดียวกันก็เป็นเหตุให้มีการคั่งของปัสสาวะทันด้วย (Weiss, 2001) เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเล็ดได้รับยาประเภทนี้ จะทำให้มีจำนวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นในกระเพาะปัสสาวะ และเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นจะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ตามมาได้

8. ภาวะท้องผูกเรื้อรัง (chronic constipation) เนื่องจากภาวะท้องผูกหรือการมีอุจจาระอุกตันเรื้อรังเป็นผลทางอ้อมต่อการทำหน้าที่ของทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากอุจจาระที่แข็งไปกดบริเวณท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะตีบแคบ และมีผลต่อระบบประสาท และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณหูรูดท่อปัสสาวะทำให้กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ เกิดภาวะปัสสาวะเล็ดได้ เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (Weiss, 2001)

การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การประเมินวินิจฉัยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นั้น แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ได้แก่ (อภิชาติ จิตต์เจริญ, 2547; Grey, 2003)

1. การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ จากข้อแนะนำของสมาคมควบคุมการขับถ่าย ประเทศอังกฤษ (Continence Foundation, 2007) ดังนี้

1.1 ท่านเคยมีปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจามหรือไม่

1.2 ท่านต้องรีบไปห้องน้ำทันทีและมักไปห้องน้ำไม่ทันเวลาใช่หรือไม่

1.3 ท่านยังถ่ายปัสสาวะรดที่นอนใช่หรือไม่

1.4 ท่านมักตื่นขึ้นมาตอนดึกเพื่อถ่ายปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งใช่หรือไม่

1.5 ท่านรู้สึกปัสสาวะไม่สุดใช่หรือไม่

นอกจากนี้จากการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2004) ได้ศึกษาการใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองแยกชนิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งมีอยู่ 3 คำถาม มีความไว 0.75 พบว่าเป็นแบบสอบถามที่ง่ายต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานปฐมภูมิ ในการแยกชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ระหว่างปัสสาวะรดกลั้นไม่ทันกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น

2. การประเมินเพื่อแยกชนิดและวิเคราะห์หาปัจจัยส่งเสริม ซึ่งสามารถประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

2.1 การซักประวัติ (History) เป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยในการประเมินลักษณะอาการ ความรุนแรง ผลกระทบและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ หากมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ควรซักประวัติดังนี้

2.1.2 ชนิดหรือลักษณะอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะถามถึงอาการที่เริ่มเป็น (onset) ลักษณะการรั่วไหล รู้ตัวหรือไม่ ปัสสาวะทันทีทันใดหรือไม่ หรือมีอาการปัสสาวะเล็ดเมื่อไอหรือจามหรือไม่

2.1.3 ความถี่ ปริมาณ/ความรุนแรง และระยะเวลาที่มีปัญหา เป็นมานานเท่าใด ลักษณะของปัสสาวะเป็นอย่างไร จำนวนมากน้อยขนาดไหน ความบ่อยของอาการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

2.1.4 ลักษณะของการเกิด เกิดในตอนไหนกลางวันหรือกลางคืน มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาหรือไม่

2.1.5 อาการที่พบร่วมด้วย เช่น ปวดเบ่ง มีความรู้สึกกว่าปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะมีอาการแสบขัด

2.1.6 มีปัสสาวะรดที่นอนโดยไม่รู้สึควัตอนกลางคืนหรือไม่

2.1.7 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มมากขึ้น เช่น อากาศเย็น ดื่มน้ำน้อยหรือมีอาการท้องผูก

2.1.8 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคทางระบบประสาท การจำกัดการเคลื่อนไหว การได้รับบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลังหรือการสูญเสียความจำ

2.1.9 ประวัติการใช้ยา หรือประวัติในการรักษา เช่น การผ่าตัด หรือการรับประทานยา

2.1.10 ประวัติการคลอดในสตรี

2.1.11 ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นอย่างไร ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล รวมถึงการที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ และมีวิธีการจัดการอย่างไร

2.2 การตรวจร่างกาย (Physical examination) โดยการตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจปัสสาวะมีความสำคัญมาก หากมีลักษณะของการอักเสบติดเชื้อ จำเป็นต้องทำการเพาะเชื้อหาแบคทีเรีย

2.4 การตรวจเพื่อดูปัสสาวะตกค้าง (residual urine) โดยให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้สุดในห้องน้ำให้เป็นที่เรียบร้อย แล้วสวนปัสสาวะว่ามีปัสสาวะตกค้างหรือไม่ มากน้อย

2.5 การตรวจทางยูโรพลศาสตร์ (urodynamic) การตรวจทางยูโรพลศาสตร์จะช่วยแยกความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะที่บีบตัวผิดปกติ (detrusor instability) เพียงใด หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงที่มีความถี่สูงทางช่องคลอดหรือทางหน้าท้อง หากว่ามีปัสสาวะตกค้างมากกว่า 50 มิลลิลิตร ถือว่าผิดปกติ

2.6 การประเมินโดยใช้แบบบันทึกการปัสสาวะใน 1 วัน (Bladder Diary) เป็นการศึกษารูปแบบการปัสสาวะของผู้สูงอายุทั้งที่กลั้นปัสสาวะได้และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยนำข้อมูลส่วนนี้ มาประเมินรูปแบบการปัสสาวะหรือเพื่อประเมินวิธีการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจปัสสาวะและใช้แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของ สุพิชญา นุทกิจ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2548)

การจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

สามารถกระทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการรักษาเชิงพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา (pharmaceutical therapy) ยาที่นิยมใช้รักษาภาวะปัสสาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ ยาประเภทแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anti-cholinergic) มีฤทธิ์ทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นและลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ส่วนการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในการรักษาภาวะปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องพบว่าช่วยลดภาวะปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องได้ (จิตติมา มโนนัย, 2547)

2. การผ่าตัด (surgical therapy) สาเหตุหนึ่งของภาวะปัสสาวะเล็ดจากการเพิ่มแรงดันในช่องท้องเกิดจากกล้ามเนื้อหูรูดหน้าเชิงกรานหย่อนตัวทำให้กระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะเคลื่อน

ต่ำลง ดังนั้นการผ่าตัดจึงเน้นที่การทำให้ท่อปัสสาวะอยู่ในตำแหน่งเดิมเพื่อเพิ่มแรงดันในท่อปัสสาวะ เช่น การทำรีแพร์ช่องคลอดส่วนหน้า (anterior vaginal repair) และรีโทรพิวบิกซัสเพนชัน (retropubic suspension) จะช่วยยกคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะให้สูงขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันนิยมใช้ล้าไส้เล็กส่วนไอเลียม (ileum) มาใช้ขยายกระเพาะปัสสาวะทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ ต้องสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นเวลา (clean intermittent catheterization) นอกจากการผ่าตัดขยายกระเพาะปัสสาวะแล้ว การผ่าตัดแขนงประสาทไขสันหลัง (rhizotomy) ก็พบว่าสามารถลดอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะราด และเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะได้ แต่การผ่าตัดนี้ทำได้ยากกว่า ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทำให้ไม่เป็นนิยมนำแพร่หลาย (วชิร คชการ, 2547)

3. การรักษาเชิงพฤติกรรม (behavioral therapy) การรักษาวิธีนี้เป็นการรักษาที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ผู้ป่วยต้องมีความอดทนและรวมถึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจึงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การรักษาเชิงพฤติกรรมสามารถกระทำได้หลายวิธีได้แก่

3.1 การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) เป็นการรักษาความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะ ด้วยพฤติกรรมบำบัด โดยพยาบาลควบคุมระยะเวลาการถ่ายปัสสาวะให้เหมาะสม วัตถุประสงค์ที่สำคัญเป็นการรักษากลุ่มที่มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเร่งรีบ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดผสม เพื่อให้สามารถเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ ช่วยปรับแบบแผนการถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ คือ สามารถถ่ายปัสสาวะได้ในช่วงเวลาห่างกัน 2-4 ชั่วโมง ต่อครั้ง และลดความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (วชิร คชการ, 2547; Kungchai, 2002; Wyman, 1999)

การกำหนดตารางเวลาฝึกให้ปัสสาวะ โดยเริ่มจากการอดกลั้นปัสสาวะนาน 30-60 นาที โดยไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้นครั้งละ 30 นาที ทุก 1 สัปดาห์ จนกระทั่งสามารถฝึกได้นานถึง ทุก 2-4 ชั่วโมง การฝึกกระเพาะปัสสาวะ มีดังนี้

3.1.1 สังเกตดูแบบแผนการถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุเป็นเวลา 3 วัน และลงบันทึกในตาราง ถ้ามีการถ่ายปัสสาวะบ่อยมากกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที กำหนดตารางให้ปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะบ่อยน้อยกว่า 60 นาที กำหนดให้ฝึกปัสสาวะทุก 30 นาที

3.1.2 ผู้สูงอายุต้องถ่ายปัสสาวะตามเวลาถึงแม้จะรู้สึกปวดหรือไม่ก็ตาม

3.1.3 ผู้สูงอายุต้องไม่ถ่ายปัสสาวะก่อนเมื่อถึงเวลาที่กำหนดต้องพยายามอดกลั้นและตั้งใจ โดยสามารถที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากการปวดปัสสาวะโดยการผ่อนคลายอารมณ์ หายใจเข้าออกลึก ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหน้าท้อง และขมิบช่องคลอดเร็ว ๆ หลาย ๆ ครั้งติดต่อกัน

3.1.4 ถ้าผู้สูงอายุมีปัสสาวะราดหรือถ่ายปัสสาวะก่อนถึงเวลาที่กำหนดในตารางให้เริ่มนับเวลาใหม่ คือ ต้องกำหนดถ่ายปัสสาวะครั้งต่อไปอีก 1 ชั่วโมง

3.1.5 การฝึกถ่ายปัสสาวะทำเฉพาะช่วงเวลากลางวัน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า ส่วนเวลากลางคืนถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ

3.2 การจัดการกับการดื่มน้ำ (fluid intake management) การดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวันมีผลดีต่อร่างกาย กล่าวคือ จะช่วยส่งเสริมการทำงานของไต และทำให้กระเพาะปัสสาวะตึงตัว ช่วยเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดีขึ้น ปริมาณที่ควรดื่มน้อยวันละ 1,500 ซีซี หรือ วันละ 6-8 แก้ว และไม่เกินวันละ 2,000 ซีซี น้ำที่ควรดื่มได้แก่ น้ำเปล่า และเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้ โอวัลติน เป็นต้น (Wyman, 1999)

3.3 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะลดการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นการเพิ่มแรงต้านทานของท่อปัสสาวะทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรงขึ้น การปิดหูรูดของท่อปัสสาวะดีขึ้น และกล้ามเนื้อที่พุงอวัยวะในอุ้งเชิงกรานแข็งแรงขึ้น การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแตกต่างทั้งทางด้านวิธีการ ความถี่ และระยะเวลาในการฝึกบริหาร เช่น การบริหารโดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาทีและคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที ทำซ้ำ 20-25 ครั้ง วันละ 2-4 ครั้ง เป็นเวลา 12-24 สัปดาห์ จะช่วยให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรง (Wyman, 1999) สอดคล้องกับการการศึกษาของ โบเรลโล-ฟราน, ซิซินสกี, ดาวน์, รอช, และ วิสเตอร์ (Borello-France, Zycynski, Downey, Rause, & Wister, 2006) การบริหารโดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 3 วินาทีและคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 3 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง 3 รอบและเพิ่มเวลาในการบริหารโดยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 12 วินาทีและคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 12 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง 3 รอบ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ศึกษาในผู้หญิงที่มีภาวะปัสสาวะเล็ดจำนวน 44 รายพบว่าระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลง ร้อยละ 67.9 สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาของ ประภาภรณ์ สมณะ (2544) ศึกษาในสตรีวัยหมดระดู จำนวน 34 คน โดยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ด้วยการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที และคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานนาน 10 วินาที ทำซ้ำ 20 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง ตอนเช้า ตอนเย็น และก่อนนอน หรือทำซ้ำ 30 ครั้ง วันละ 2 เวลา คือ เช้า และเย็น หรือเช้า และก่อนนอน รวม 60 ครั้ง/วัน พบว่าใน 8 สัปดาห์ ทำให้จำนวนครั้ง และระดับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานพบว่าจำนวนครั้งของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kungchai, 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาของ น้ำฝน กองอรินทร์ (2549) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานร่วมกับการถ่ายปัสสาวะตามเวลาต่อความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะ

กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น พบว่าผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้อพื้นอุ้งเชิงกรานร่วมกับการถ่ายปัสสาวะตามเวลา มีความถี่ในการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่และมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้อพื้นอุ้งเชิงกรานร่วมกับการถ่ายปัสสาวะตามเวลา มีความถี่ในการกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่และมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้การจัดการภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่เชิงพฤติกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถควบคุมภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อการบริการที่มีคุณภาพในปัจจุบันจึงมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆทางคลินิก และให้ความสำคัญกับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพที่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เป็นระบบ และมีมาตรฐาน ประหยัดค้ำค่าคุ้มทุน ลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพและสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ควรเป็นการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ซึ่งเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการยืนยันหรือผ่านการทดลองในทางปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริง ซึ่งกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในการบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2549) ดังนั้นการปฏิบัติจะต้องทำโดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุด ที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สิ่งสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines) (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาแนวปฏิบัติทางคลินิกส่วนใหญ่จะมาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ อาจจะเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ในปัจจุบันแนวปฏิบัติทางคลินิกพัฒนาขึ้น โดยการรวบรวม ประเมิน และประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่จำนวนมากและความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุดขณะนั้น เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ

ลดความเสี่ยงของการเกิดความคิดพลาดจากการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการดูแลในปัญหาเฉพาะทางคลินิก เป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ร่วมกับใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า คุ่มทุน ไม่ยุ่งยากและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (NHMRC, 1999)

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะกลืนปีศาจของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่ดี ที่ถูกต้อง ไม่เกิดอันตรายและเหมาะสมแก่การนำไปใช้ในหน่วยงาน

ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

สภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็นข้อความที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากการช่วยเหลือของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ และผู้กำหนดนโยบาย เพื่อช่วยในการตัดสินใจดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานอ้างอิง เป็นการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติโดยใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงมาจากหลักฐานหรืองานวิจัยที่ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถก่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง ทั้งนี้ต้องมีการกระทำอย่างเป็นระบบ

ฉวีวรรณ ชงชัย (2548) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง แนวปฏิบัติจะต้องถูกทบทวนอย่างเป็นระบบ ผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติจะมีความยืดหยุ่น เนื่องจากเป็นหลักการที่ชี้แนวทางเพื่อช่วยในการตัดสินใจแก่บุคลากรสุขภาพในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง

ฟองคำ ติลกสกุลชัย (2549) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง เอกสาร/ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิก/ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง

จากคำจำกัดความของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้กล่าวมาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวทางปฏิบัติในประเด็นเฉพาะทางคลินิก เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายประเภท แต่ละประเภทมีความแตกต่างกันที่กระบวนการพัฒนา ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถแบ่งออกได้ (The New Zealand guidelines group [NZGG], 2001) ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการที่เห็นว่าดีและมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน
 2. แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของคู่มือ (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาใช้เฉพาะบางหน่วยงานเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นคู่มือหรือวิธีการปฏิบัติ เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ
 3. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ
 4. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเสี่ยง
 5. แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence based practice) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งพัฒนาเช่นเดียวกับข้อที่ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง การนำไปใช้ และความคุ้มค่าคุ้มทุน
- ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง และเกิดการพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการนั้นมีประโยชน์มากมายทั้งต่อหน่วยงาน องค์กร ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และผู้รับบริการ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ คือ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานที่ดีที่สุดในปัจจุบัน
2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ คือ

2.1 ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทางด้านสุขภาพการตัดสินใจทางคลินิกได้ง่ายขึ้น และมีหลักฐานประกอบมากขึ้น

2.2 ทำให้มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ และช่วยลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติ

2.3 ทำให้แยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพแต่ละฝ่ายได้ชัดเจนขึ้น และเป็นการส่งเสริมความร่วมมือ และการประสานงานในทีมสหสาขาของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ

2.4 ช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ สามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ร่วมกับศิลป์ของการดูแลในการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

2.5 ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ

3. ด้านการบริหาร คือ

3.1 ทำให้การบริการมีคุณภาพ และมีประสิทธิผลมากขึ้น

3.2 สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพงานจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ

4. ด้านองค์กรหรือหน่วยงาน คือ

4.1 ทำให้มีกรอบในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น

4.2 ทำให้มีมาตรฐานการบริการที่มีหลักฐานสนับสนุนเด่นชัด และแพร่หลายมากขึ้น

จากประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกในข้างต้น จึงทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายระดับ จัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมความร่วมมือและ ประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลทำให้การบริการมีคุณภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี ควรพัฒนามบนหลักพื้นฐานของการควบคุม กระบวนการให้เป็นระบบ (system) ซึ่งสถาบันต่าง ๆ ทั่วโลกมีการกำหนดหลักการพื้นฐานของการ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้ พัฒนา โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย

1. กระบวนการพัฒนาและการประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมุ่งเน้นที่ ผลลัพธ์ ซึ่งมีการวัดจากอัตราความอยู่รอดจนถึงการมีคุณภาพของชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี ที่สุด มีการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ถึงระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความ เกี่ยวข้อง และความเที่ยงตรงของหลักฐาน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของหน่วยงานหลักฐาน
3. วิธีการสังเคราะห์ระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ ควรเป็นวิธีที่มี ความน่าเชื่อถือ โดยมีการระบุระดับและคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างรัดกุม
4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีคุณภาพ ควรจะทำเป็นสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้ง ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามสถานการณ์ ตามลักษณะของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และหน่วยงาน โดยมีการคำนึงถึงทัศนคติของผู้รับบริการ
6. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรคำนึงถึงทรัพยากรและภาวะเศรษฐกิจที่มีอยู่ โดยทีมพัฒนาควรมีการประเมินความคุ้มค่าในการปฏิบัติซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุทางเลือกในการ ปฏิบัติที่ชัดเจน
7. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีการเผยแพร่ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติและมีความต้องการใช้แนวปฏิบัติ
8. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปปฏิบัติและผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติต้องได้รับการ ประเมินผลก่อนการนำไปใช้
9. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ควรมีการปรับปรุงให้มีความทันสมัย ทันท่วงที ต่อ เหตุการณ์และตรงความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอ

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลายหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้เสนอขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้หลายรูปแบบ ในที่นี้จะกล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลียซึ่งเป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือขององค์กรทางด้านสุขภาพ (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอนและในขั้นตอนบางขั้นตอน เช่น ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาจะใช้เกณฑ์ในการประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) ซึ่งได้ปรับปรุงจาก NHMRC (1999) ดังนี้

1. การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ (determining the need for and scope of guidelines) เป็นขั้นตอนระบุปัญหา ความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิกการเลือกปัญหาควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นใหม่ โดยต้องสัมพันธ์กับภาวะทางสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ความหลากหลายในการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อผลของการดูแลรักษา คุณภาพการให้บริการ และความเพียงพอของข้อมูลหลักฐานที่จะใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของปัญหาทางคลินิกนั้น

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ (convene a multidisciplinary panel to oversee the development of the guidelines) ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วยสาขาวิชาชีพและเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก จากความคิดที่หลากหลาย และสามารถใช้ในวงกว้างได้ซึ่งทีมพัฒนาควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และโภชนากร เป็นต้น

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ (define the purpose of and target audience for the guidelines) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยพิจารณาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และสถานการณ์ของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ สถานที่ที่ต้องนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งมาตรฐานการกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแต่ละประเด็นปัญหาจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (identify health outcomes) โดยการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุด สถานการณ์ปัจจุบัน อาจจะเป็นเป้าหมายในระยะสั้น หรือระยะยาวก็ได้

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (review the scientific evidence) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการ และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจให้ชัดเจน โดยไม่มีการลำเอียง และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของกรรมการพัฒนา เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีและเหมาะสมที่สุด โดยการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ประเมินคุณค่าของหลักฐาน และมีการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้น ดังนี้

5.1 คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติมีความเห็นสอดคล้องกัน (meaningfulness) และประสิทธิผลทางคลินิกของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกมาใช้ (effectiveness) (Pearson, Field, & Jordan, 2007)

5.2 ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ โดยประเมินตามประเภทของหลักฐาน ได้แก่

5.2.1 งานวิจัย ประเมินจากความตรงของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยสามารถเชื่อถือได้ว่าจะให้ผลการวิจัยที่เป็นความจริง น่าเชื่อถือ และมีการประเมินทุกขั้นตอนของงานวิจัย เช่น ปัญหาหรือคำถามงานวิจัย การเลือกหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวัดตัวแปรหรือผลลัพธ์ ความตรงในการสรุปค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัย (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

5.2.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประเมินโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2000) ดังนี้

- 1) คำถามการทบทวนมีความชัดเจนหรือไม่
- 2) วัตถุประสงค์การทบทวนมีความชัดเจนหรือไม่
- 3) กลยุทธ์การสืบค้นงานวิจัยมีความครอบคลุมและครบถ้วนหรือไม่
- 4) เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่
- 5) มีการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่คัดเลือกหรือไม่
- 6) งานวิจัยปฐมภูมิที่คัดเข้ามาแต่ละเรื่องมีรายละเอียด และมีการนำเสนอข้อมูลที่สังเคราะห์หรือไม่
- 7) มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสมหรือไม่
- 8) มีการสรุปผลการทบทวนหรือไม่

5.3 ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีการจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) และระดับของ

ข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) ดังนี้

5.3.1 ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนความรู้ที่มีระบบ โดยงานวิจัยทุกเรื่องที่มีระดับความเหมือนหรือคล้ายกัน มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการสุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่ม โดยไม่ให้อายุหรือเพศต่างกัน อยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการทดลองขนาดใหญ่ และมีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่แคบ

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับย่อย ได้แก่

ระดับ 3a เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย

ระดับ 3b เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการรายงานกรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์แล้วกับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจโดยมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 3c เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจากกลุ่มงานวิจัย

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้มาจาก ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญซึ่งไม่มีเกณฑ์การประเมินอย่างชัดเจนหรือการยืนยันอย่างมีระบบหรือได้จากนันทมติหรืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาที่ดีที่สุด

5.3.2 ระดับของข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

เกรด A ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมาก มีประสิทธิภาพที่ดีเลิศสมควรนำมาประยุกต์ใช้มาก

เกรด B ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง การยอมรับทางด้านจริยธรรมไม่ชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลาง ประสิทธิภาพที่ได้ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

เกรด C ข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติ ด้านจริยธรรมยังไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติไม่มีประสิทธิผล

6. กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guidelines) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน กะทัดรัด และเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด ในขณะที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์การพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา กลุ่มประชากรเป้าหมาย หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความต้องการเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น การจัดอบรม อุปกรณ์ที่จำเป็น นอกจากนี้ควรกำหนดระดับของข้อมูลเชิงประจักษ์ (level of evidence) การให้คุณค่าของแนวปฏิบัติใช้เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะการยกร่างแนวปฏิบัตินี้อาจได้แนวปฏิบัติทางคลินิกออกมาใน 3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับของหลักฐานที่มีอยู่และความเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา คือ 1) แนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guidelines) 2) แนวปฏิบัติที่ไม่มีหลักฐานรองรับแต่ในที่ประชุมของทีมพัฒนามีความเห็นว่าเป็นไปได้ (consensus-based guidelines) 3) แนวปฏิบัติที่ในที่ประชุมของทีมพัฒนายังมีข้อขัดแย้งกัน แต่มีความเห็นว่าจะน่าจะเป็นประโยชน์ และสามารถนำไปเผยแพร่ให้รับรู้ทางเลือกที่เป็นไปได้ (non-consensus statement) (อนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล, 2543)

7. จัดทำแผนการเผยแพร่ และแผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate a dissemination and implementation strategy) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของแต่ละหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดย พิจารณาแรงจูงใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ ขององค์กร เช่น ทีมดูแลสุขภาพ (patient care team [PCT]) ซึ่งการวางแผนในแต่ละขั้นตอน ได้แก่

แผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวิธีการในการเผยแพร่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และมีกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์

แผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้ความคิดเห็นหรือการตรวจเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น การส่งเสริมการอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก และการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เป็นต้น

8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate an evaluation and revision strategy)

แผนการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้ต้องประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้ และควรมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความง่าย ความชัดเจน การยอมรับในรายละเอียด ความตรงประเด็นกับปัญหา และความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก

แผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทั่วไปควรปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกทุก 3-5 ปี ควรระบุเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบัน ควรมีการร่วมมือกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยควรระบุวัน เวลา ที่แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาและวันเวลาที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงใหม่ไว้ด้วย

9. จัดทำรายงานรูปเล่ม (the guidelines themselves) การจัดทำรายงานรูปเล่มซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ ได้ใจความซึ่งรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันตามความเหมาะสมเช่นรูปแบบเป็นความเรียงร้อยแก้ว หรือลักษณะเป็นขั้นตอน (flow chart) และควรมีความสม่ำเสมอ (consistent) ในการใช้คำศัพท์และสัญลักษณ์ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติตามในส่วนเนื้อหาที่สำคัญ หรือส่วนที่อาจมีการเข้าใจผิดควรมีการอธิบายให้ชัดเจน

10. การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (reporting on the guideline development process) รายงานควรประกอบด้วยองค์การที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เสนอผู้อนุญาตหรือรับรองแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ทีมพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนา การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การเลือกหลักฐาน การให้ข้อเสนอแนะ ระบุทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการฝึกอบรมที่จำเป็นต้องใช้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ทดลองใช้ ระบุขั้นตอนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

11. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (assessing the guidelines document) แนวปฏิบัติทางคลินิกควรได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดเกี่ยวกับความตรงในเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติ โดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจประกอบด้วย บุคลากร สถาบันทางสุขภาพและองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในรูปแบบนี้เป็นการพัฒนาซึ่งมีกระบวนการร่วมกันตัดสินใจผู้ที่เกี่ยวข้องอาจ

ไม่เห็นด้วยตามคำแนะนำของรูปแบบการพัฒนา จากนั้นทีมพัฒนานำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง

12. การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (consultation) เพื่อเป็นการร่วมกันพิจารณาตัดสินใจ ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้น ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจทำในรูปของประชาพิจารณ์ หรือการเสวนา เป็นต้น

ในการศึกษาค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากิจการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ที่มีทั้งหมด 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) จัดทำแผนการเผยแพร่ และแผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มาเป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) จัดทำแผนการเผยแพร่ และแผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากนั้นนำไปทดลองปฏิบัติ ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 12) ปรีกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการทำประชาพิจารณ์ เพื่อร่วมกันตัดสินใจในคำแนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จัดทำขึ้น และมาปรับปรุงแก้ไขเป็นแนวปฏิบัติที่มีการศึกษาพัฒนาและนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการศึกษามาใช้กับหน่วยงาน