

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Risk Factors Associated with Underreported Urinary Incontinence Among Female Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Napasawan Natiniyom, M.D.¹, Suwannee Suraseranivongse, M.D., MRCEPT¹,
Kaattiyos Kuldejchaichan, Ph.D.², Wittika Tanchaiying, B.N.³, Maneeya Pongkwan, M.D.,
FRCEPT⁴

¹Postgraduate Education Division, ²Siriraj Health Sciences Education Excellence Center, ³Siriraj Primary Care Unit, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, ⁴Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand

Corresponding author :

Maneeya Pongkwan, M.D.,
Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University,
888 Borommaratchachonnani
Rd, Salaya, Phutthamonthon
District, Nakhon Pathom
73170, Thailand.
Email: Maneeya22@gmail.com

Received: September 29, 2025;

Revised: October 31, 2025;

Accepted: November 20, 2025

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a common complication in female patients with type 2 diabetes, which negatively impacts quality of life. However, this condition is often underreported. Particularly in Thailand's healthcare, due to the number of non-communicable disease patients and time constraints, symptom reporting may not be comprehensive. This study aimed to assess the prevalence of underreporting symptoms and identify associated factors.

Design: Cross-sectional descriptive study

Methods: The study involved 179 female patients with type 2 diabetes experiencing urinary incontinence between January and July 2025. Data were collected using questionnaires covering demographic factors, barriers to reporting, and health-related factors. Symptom severity and impact were assessed using the Thai versions of the UDI-6 and IIQ-7 questionnaires. Results were reported as Crude OR and Adjusted OR, with statistical significance of $p < 0.05$.

Results: The prevalence of underreporting symptoms was 76%. Factors that increased the likelihood of not reporting symptoms included polypharmacy (OR 17.19; 95% CI 2.74-108.01; p -value 0.002) and low income (OR 12.29; 95% CI 1.19-126.97; p -value 0.035). Protective factors that reduced the likelihood of underreporting symptoms were treatment with alternative medicine (OR 0.13; 95% CI 0.02-0.76; p -value 0.024), severity of symptoms (OR 0.95; 95% CI 0.90-0.99; p -value 0.035), and impact on quality of life (OR 0.77; 95% CI 0.77-0.91; p -value 0.002).

Conclusion: The prevalence of underreporting urinary incontinence symptoms among female patients with type 2 diabetes was 76%. Significant associated factors were polypharmacy, low income, alternative medicine, symptom severity, and impact on quality of life.

Keywords: urinary incontinence, type 2 diabetes mellitus, underreporting, quality of life

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นภัสวรรณ เนตินิยม, พ.บ.¹, สุวรรณิ์ สุเรศนิวงศ์, พ.บ., อว. เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ, ค.ต.², วัตติกา ฐานไชยยิ่ง, พย.บ.³, มณีนุช พงษ์ขวัญ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว⁴

¹งานการศึกษาระดับหลังปริญญา, ²ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ³หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช,

⁴ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

ผู้รับผิดชอบบทความ:

มณีนุช พงษ์ขวัญ, พ.บ.,
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล 888 หมู่ 6
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล,
จ.นครปฐม 73170,
Email: Maneeya22@gmail.
com

Received: September 29, 2025;

Revised: October 31, 2025;

Accepted: November 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ภาวะดังกล่าวมักไม่ได้รับการรายงาน โดยเฉพาะในบริบท บริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก และมีข้อจำกัดด้าน เวลาในการตรวจรักษา อาจทำให้การรายงานอาการไม่ครอบคลุม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกของการไม่รายงานอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ จำนวน 179 ราย ระหว่างเดือนมกราคม -กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ครอบคลุมปัจจัยเชิงประชากร ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงาน และปัจจัยด้านสุขภาพ ประเมิน ด้วยแบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย รายงานผลเป็น crude OR, adjusted OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: ความชุกของการไม่รายงานอาการ เท่ากับร้อยละ 76.0 ปัจจัยเพิ่มโอกาสไม่ รายงานอาการ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด (OR 17.19; 95% CI 2.74-108.01; p-value 0.002) รายได้ต่ำ (OR 12.29; 95% CI 1.19-126.97; p-value 0.035) ขณะที่ปัจจัยลด โอกาสการไม่รายงาน ได้แก่ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก (OR 0.13; 95% CI 0.02-0.76; p-value 0.024) ความรุนแรงของอาการ (OR 0.95; 95% CI 0.90-0.99; p-value 0.035) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (OR 0.77; 95% CI 0.77-0.91; p-value 0.002)

สรุป: ความชุกของการไม่รายงานอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 เท่ากับร้อยละ 76 ปัจจัยที่สัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ ต่ำ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: ภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ เบาหวานชนิดที่ 2 การไม่รายงานอาการ คุณภาพชีวิต

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง ภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ¹ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบได้ในประชากรทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิงมีความชุกของภาวะนี้สูงกว่าเพศชายประมาณสองเท่า² ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาทิ การติดเชื้อมากเกินไป ปัสสาวะ การระคายเคืองผิวหนัง การจำกัดกิจกรรมทางสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้า³

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573⁴ โรคเบาหวานสามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลายระบบของร่างกาย รวมถึงระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะคงค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น การขยายตัวของกระเพาะปัสสาวะ และความผิดปกติของการส่งสัญญาณประสาท ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลดลง⁵

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเบาหวานมีตั้งแต่ร้อยละ 27.0-63.0^{6,7} โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน⁸ แต่ปัญหาดังกล่าวมักไม่ได้รับการรายงานหรือแจ้งให้แพทย์ทราบ ผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่รายงานอาการและเข้ารับการรักษาย่างถูกต้อง⁹ สะท้อนถึงปัญหาการไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ความชุกของการไม่รายงานมีตั้งแต่ร้อยละ 39.5-74.7^{10,11}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่รายงานสามารถแบ่งเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ความรุนแรง¹¹ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อายุ¹² การใช้ยาหลายชนิด¹³ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา¹² ความอับอาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้¹⁴ ผู้วิจัยค้นหาความชุกของการไม่รายงานปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

แบบสอบถามประเมินความรุนแรงและผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (UDI-6, IIQ-7) โดย สรวิทย์ วีระโสภณ และ อภิรักษ์ สันติงามกุล ซึ่งมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.86-0.91¹⁵

การไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่ของการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมีบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย ทำให้การรายงานภาวะดังกล่าวในไทยอาจต่ำกว่าต่างประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนมองว่าภาวะนี้เป็นผลจากความเสื่อมตามวัย จึงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับการรักษา¹⁶ อีกทั้งระยะเวลาที่จำกัดในการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้การรายงานอาการไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร¹⁷ นอกจากนี้ ความอับอาย และความเชื่อว่าเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุยังอาจทำให้ผู้ป่วยละเลยการรายงานอาการดังกล่าว¹⁸ ส่งผลต่อความชุกของการไม่รายงานอาการที่เพิ่มขึ้น

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และลดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม^{1,3} การไม่รายงานอาการดังกล่าวจึงอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่อง ตั้งแต่การวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า ไปจนถึงการเพิ่มความรุนแรงของภาวะและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษานี้ เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความตระหนักรู้ในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อทราบความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เพื่อทราบถึงอุปสรรค (Barrier) ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รายงานปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อบุคลากรทางการแพทย์

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ณ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านการประชาสัมพันธ์ด้วยโปสเตอร์ ร่วมกับการเชิญชวนจากคณะผู้วิจัยในพื้นที่ให้บริการ เช่น ระหว่างรอพบแพทย์ รอผลตรวจ หรือหลังสิ้นสุดกระบวนการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา¹⁹ มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้มีประวัติอัมพาตครึ่งล่าง มีอาการบาดเจ็บของไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ สตรีมีครรภ์ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม (เช่น ภาวะสับสน วุ่นวาย หรือจิตผิดปกติ) และ ผู้ที่ไม่สามารถประมวลผลหรือเข้าใจคำถามจากแบบสอบถาม

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ก่อนเข้าร่วม หากตรวจพบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก จะไม่ถูกรวมในการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง (COA) หมายเลข Si 952/2024 อนุมัติเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยเชิงประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลด้าน อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้

(ประเมินจากการมีรายได้มากกว่าหรือน้อยกว่ารายจ่าย)

2) แบบสอบถามปัจจัยด้านอุปสรรคต่อรายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรายงานอาการ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ (1) ความอับอาย หมายถึง อาการตะขิดตะขวงใจ ไม่กล้าพูดหรือเปิดเผยอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (2) ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่พอดีกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาโรคตามแนวทางของแพทย์ (3) การขาดการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การไม่ได้รับความร่วมมือ/แรงผลักดันจากครอบครัว และครอบครัวในการรักษา (4) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยจริง โดยอาศัยประสบการณ์ การไตร่ตรอง หรืออนุมาน (5) การใช้ยาหลายชนิด หมายถึง การใช้ยาในการรักษาโรคเพิ่มขึ้นจากยาเดิมที่เคยใช้อยู่ (6) การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก หมายถึง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น ชาติพันธุ์ ผสมผสานกับประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.75 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

3) แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย ประเมินความรุนแรงของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (15) แบบสอบถาม UDI-6 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 (0 = ไม่มี, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก) รวมคะแนนสูงสุดได้ 18 คะแนน จากนั้นคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย (ช่วง 0-3) และแปลงเป็นช่วงคะแนน 0-100 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 33.33 ขึ้นไป แสดงถึงภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรง¹⁷ แบบสอบถาม IIQ-7 ใช้ประเมินผลกระทบของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 7 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 (0 = ไม่มี, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก)

รวมคะแนนสูงสุด 21 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก²⁰

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนบ่งชี้ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรง หรือได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในระดับมากจากแบบสอบถามข้างต้น จะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้การวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression จึงได้คำนวณขนาดตัวอย่างตามหลักการ 10 events per variable²¹ ซึ่งกำหนดให้มี ผู้ที่ไม่รายงานปัญหาอย่างน้อย 10 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การใช้ยาหลายชนิด ความรุนแรงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความอับอาย ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ข้อจำกัดทางศาสนา ระบบสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้น จึงกำหนดให้ต้องมีจำนวนผู้ที่ไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่อย่างน้อย 100 ราย และเมื่อใช้ค่าความชุกเฉลี่ยของการไม่รายงานอาการจากการศึกษาก่อนหน้าในประชากรหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศไทย^{11,22,23} ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เท่ากับ 0.56 จึงสามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้เป็น 179 ราย (100/0.56)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 29.0 ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือ มัธยฐานกับพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย logistic regression model โดยใช้ univariate analysis และ multivariate analysis เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์และควบคุมปัจจัยกวน ตาม

ลำดับ รายงานผลด้วย crude odds ratio และ adjusted odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% เพื่อรักษาความสมบูรณ์และลดอคติของข้อมูล ข้อมูลที่ขาดหายจากแบบสอบถามในการวิจัยนี้จะตรวจสอบลักษณะการหายไป การวิเคราะห์หลักใช้ listwise deletion หาก missing data ของแต่ละตัวแปร < 5% หาก > 5% จะพิจารณาใช้ imputation เช่น multiple imputation ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 179 ราย โดยกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 81.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 49.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 62.00) โดยส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ (ร้อยละ 66.50) และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 48.00) ข้อมูลรายละเอียดของลักษณะประชากรดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 76.00 (136 คน) ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเชิงประชากร ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงานอาการ และปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวิเคราะห์แบบ ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ปัจจัยเชิงประชากรพบว่า การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการรายงาน พบว่าการใช้ยาหลายชนิด และการรักษาโดยแพทย์ทางเลือก มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ความพอเพียงของรายได้ ($p = 0.093$) การขาดการสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.923$) และความเชื่อด้านสุขภาพ ($p = 0.508$) ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1. ปัจจัยเชิงประชากรของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ข้อมูลบุคคล	ไม่รายงานอาการ n = 136 (ร้อยละ)	รายงานอาการ n = 43 (ร้อยละ)	รวม n = 179 (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
อายุ					
18-44 ปี	5 (3.70)	4 (9.30)	9 (5.00)	1	
45-59 ปี	21 (15.40)	4 (9.30)	25 (14.00)	4.20 [0.77 , 22.87]	0.097
60 ปีขึ้นไป	110 (80.90)	35 (81.40)	145 (81.00)	2.51 [0.64 , 9.88]	0.187
สถานภาพ					
โสด	16 (11.80)	14 (32.60)	30 (16.80)	1	
อยู่ด้วยกัน	66 (48.50)	22 (51.20)	88 (49.20)	2.63 [1.11 , 6.23]	0.029
หม้าย	36 (26.50)	6 (14.00)	42 (23.50)	5.25 [1.71 , 16.14]	0.004
หย่า/แยกกันอยู่	18 (13.20)	1 (2.30)	19 (10.60)	15.75 [1.86, 133.55]	0.011
ศาสนา					
ศาสนาพุทธ	134 (98.50)	41 (95.30)	175 (97.80)	1	
ศาสนาอิสลาม	2 (1.50)	2 (4.70)	4 (2.20)	0.31 [0.04 , 2.24]	0.244
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	65 (47.80)	11 (25.60)	76 (42.50)	1	
มัธยมศึกษา	18 (13.20)	4 (9.30)	22 (12.30)	0.76 [0.22 , 2.68]	0.671
อนุปริญญา/ปวส.	21 (15.40)	4 (9.30)	25 (14.00)	0.89 [0.26 , 3.09]	0.852
ปริญญาตรีขึ้นไป	32 (23.50)	24 (55.80)	56 (31.30)	0.23 [0.10 , 0.52]	< 0.001
รายได้					
≤15,000	91 (66.90)	20 (46.50)	111 (62.00)	1	
15,001-20,000	16 (11.80)	2 (4.70)	18 (10.10)	1.76 [0.37 , 8.26]	0.475
20,001-30,000	18 (13.20)	9 (20.90)	27 (15.10)	0.44 [0.17 , 1.12]	0.085
30,000 ขึ้นไป	11 (8.10)	12 (27.90)	23 (12.80)	0.20 [0.08 , 0.52]	< 0.001
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	81 (59.60)	38 (88.40)	119 (66.50)	1	
ไม่เพียงพอ	55 (40.40)	5 (11.60)	60 (33.50)	5.16 [1.91 - 13.93]	0.001
สิทธิการรักษา					
ชำระเงินเอง	10 (7.40)	1 (2.30)	11 (6.10)	1	
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	69 (50.70)	17 (39.50)	86 (48.00)	0.41 [0.05 , 3.39]	0.405
สิทธิประกันสังคม	5 (3.70)	1 (2.30)	6 (3.40)	0.50 [0.03 , 9.77]	0.648
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52 (38.20)	24 (55.80)	76 (42.50)	0.22 [0.03 , 1.79]	0.156

ปัจจัยด้านสุขภาพประเมินด้วยแบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย โดยกำหนดคะแนน UDI-6 ตั้งแต่ 33.33 ขึ้นไป แสดงถึงอาการในระดับรุนแรง (มัธยฐาน 38.89 [33.33, 44.44]) ขณะที่คะแนน IIQ-7 ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป บ่งชี้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับมาก (มัธยฐาน 10 [9, 11]) ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะ

ไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariate logistic regression ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด เพิ่มโอกาสไม่รายงานอาการถึง 17.19 เท่า (Adjusted OR = 17.19, 95% CI = 2.74-108.01, $p = 0.002$) ขณะที่ผู้มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มีโอกาสไม่รายงานอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท ผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาท พบว่า มีโอกาสไม่รายงานอาการเพิ่มขึ้นถึง 12.29 เท่า (adjusted OR = 12.29, 95% CI

ตารางที่ 2. ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงานของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ปัจจัยด้านอุปสรรค	ไม่รายงานอาการ n = 136 (ร้อยละ)	รายงานอาการ n = 43 (ร้อยละ)	รวม n = 179 (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
ความอับอาย					
เห็นด้วย	16 (11.80)	0 (0.00)	16 (8.90)	-	-
ไม่เห็นด้วย	120 (88.20)	43 (100.00)	163 (91.10)		
ความพอเพียงของรายได้				2.14 [0.88-5.22]	0.093
เห็นด้วย	40 (29.40)	7 (16.30)	47 (26.30)		
ไม่เห็นด้วย	96 (70.60)	36 (83.70)	132 (73.70)		
ขาดการสนับสนุนทางสังคม				1.05 [0.42-2.64]	0.923
เห็นด้วย	23 (16.90)	7 (16.30)	30 (16.80)		
ไม่เห็นด้วย	113 (83.10)	36 (83.70)	149 (83.20)		
การใช้ยาหลายชนิด				8 [2.35-27.19]	< 0.001
เห็นด้วย	51 (37.50)	3 (7.00)	54 (30.20)		
ไม่เห็นด้วย	85 (62.50)	40 (93.00)	125 (69.80)		
ความเชื่อด้านสุขภาพ				1.41 [0.51-3.94]	0.508
เห็นด้วย	122 (89.70)	37 (86.00)	159 (88.80)		
ไม่เห็นด้วย	14 (10.30)	6 (14.00)	20 (11.20)		
การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก				0.13 [0.04-0.39]	< 0.001
เห็นด้วย	5 (3.70)	10 (23.30)	15 (8.40)		
ไม่เห็นด้วย	131 (96.30)	33 (76.70)	164 (91.60)		

ตารางที่ 3. ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ปัจจัย	ไม่รายงานอาการ	รายงานอาการ	รวม	Crude OR (95% CI)	p-value
ความรุนแรงของอาการ, Mean [Q1,Q3] 0.93[0.90 - 0.96] <0.001					
UDI-6 $\geq$ 33.33	36.11 [33.33,38.89]	44.44 [37.50,51.38]	38.89 [33.33,44.44]		
UDI-6 < 33.33	22.22 [16.67,27.78]	22.22 [16.67,27.78]	22.22 [16.67,27.78]		
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต, Mean [Q1,Q3] 0.71 [0.63 - 0.79] <0.001					
IIQ-7 $\geq$ 9	10 [9,11]	10 [9,10]	10 [9,11]		
IIQ-7 < 9	1 [0,3]	4 [1.25,6.75]	2 [0,3]		

= 1.19-126.97, $p = 0.035$) ในทางกลับกัน ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 87.00 (adjusted OR = 0.13, 95% CI = 0.02-0.76, $p = 0.024$) นอกจากนี้ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับการลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 23.00 (adjusted OR = 0.77, 95% CI = 0.77-0.91, $p = 0.002$) ในทำนองเดียวกันความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ที่เพิ่มขึ้น ลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 5.00 (adjusted OR = 0.95, 95% CI = 0.90-0.99, $p = 0.035$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

งานวิจัยนี้พบความชุกของการไม่รายงานภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 76 โดยปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการไม่รายงานได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ต่ำ ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดโอกาสการไม่รายงาน ได้แก่ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อุปติการณ์ของการไม่รายงานอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในการศึกษานี้สูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่าง

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (multivariable analysis)

ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR (95% of Adjusted OR)	p-value
สถานภาพ			
โสด ^{ref}			
อยู่ด้วยกัน	2.63	2.04 [0.55, 7.57]	0.289
หม้าย	5.25	3.95 [0.75, 20.8]	0.106
หย่า/แยกกันอยู่	15.75	6.17 [0.50, 75.93]	0.155
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา ^{ref}			
มัธยมศึกษา	0.76	1.65 [0.31, 8.71]	0.554
อนุปริญญา/ปวส.	0.89	2.46 [0.39, 15.66]	0.341
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.23	0.43 [0.06, 2.95]	0.389
รายได้ (บาท)			
≤ 15,000 ^{ref}			
15,001-20,000	1.76	12.29 [1.19, 126.97]	0.035*
20,001-30,000	0.44	1.49 [0.20, 11.02]	0.696
30,000 ขึ้นไป	0.20	0.84 [0.11, 6.66]	0.865
การใช้ยาหลายชนิด	8	17.19 [2.74, 108.01]	0.002*
การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก	0.13	0.13 [0.02, 0.76]	0.024*
ความรุนแรงของอาการ	0.93	0.95 [0.90, 0.99]	0.035*
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	0.71	0.77 [0.77, 0.91]	0.002*

*, มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

^{ref}, กลุ่มอ้างอิง

ประเทศ จากการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มประเทศตะวันตก เช่น ยุโรปและสหรัฐอเมริกา พบความชุกของการไม่รายงานอยู่ที่ร้อยละ 40.0-45.0^{13,24} ขณะที่ภูมิภาคตะวันออกกลางและเอเชียมีความชุกสูงมากกว่าที่ร้อยละ 69.1-75.0^{25,26} โดยผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในบริบทประเทศแถบเอเชีย

ปัจจัยด้านการใช้ยาหลายชนิด มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ ระบุว่าภาระจากการใช้ยาหลายชนิดส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการรายงานอาการต่อแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายประเภทพร้อมกัน¹³ รวมถึงการศึกษาในประเทศกานา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้าทางจิตใจจากการรักษาโรคเบาหวานเรื้อรังร่วมกับการใช้ยาหลายชนิดอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารและทำให้เกิดความลังเลหรือละเลย

การแจ้งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น²⁷

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ในผู้ที่มีรายได้ต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่ากลุ่มรายได้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ ระหว่าง 15,000-20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นระดับรายได้ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของครัวเรือนในประเทศไทย²⁵ จากการศึกษาในประเทศจามาเกา ระบุว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความโน้มที่จะไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁴ คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขอรับบริการรักษาของผู้หญิงที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยผู้ที่มีข้อจำกัดทางการเงินมักเลื่อนหรืองดเว้นการแสวงหาการรักษา¹² กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักขาดทรัพยากรและความสะดวกในการดำเนินชีวิต จึงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้น้อยกว่า

ปัจจัยด้านการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันต่อการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาดด้วยแพทย์ทางเลือกมักให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวม มีบทบาทในการดูแลตนเอง และแสวงหาการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีแนวโน้มเปิดเผยอาการต่อบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น²⁹ นอกจากนี้ การศึกษาในออสเตรเลียพบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมักใช้บริการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปด้วย สะท้อนถึงระดับความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและมุมมองเชิงองค์รวมของผู้ป่วย³⁰ โดยสรุปการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกส่งเสริมพฤติกรรม的开เปิดเผยอาการ และการเข้ารับการรักษาย่างเหมาะสม

ความรุนแรงของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการไม่รายงานอาการในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวาน โดยผู้ที่มีอาการระดับความรุนแรงต่ำมักมีแนวโน้มไม่รายงานปัญหาดังกล่าวมากกว่า งานวิจัยก่อนหน้านี้ระบุว่า ผู้หญิงที่มีอาการระดับความรุนแรงต่ำมักไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากไม่ได้แจ้งอาการต่อแพทย์³¹ นอกจากนี้ระดับความรุนแรงยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษา ผู้ที่มีอาการรุนแรงมักมีแรงจูงใจในการเปิดเผยอาการและเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ที่มีอาการน้อย^{11,24} สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษาขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ในผู้ที่ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการจะมีแนวโน้มเปิดเผยอาการและเข้ารับการรักษามากกว่า²⁹ ในทำนองเดียวกัน ผลกระทบจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการรายงานอาการ ความไม่สบายตัวและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น³⁰ นอกจากนี้ ผลกระทบทางจิตใจและความไม่มั่นใจในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มแสวงหาการรักษาและรายงานอาการมากขึ้น³¹

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติจากความจำไม่แม่นยำ

(recall bias) และการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล นอกจากนี้ การประเมินความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย (subjective data) อาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของผู้ตอบ ทำให้เกิดความแปรปรวนในการรายงาน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล เขตเมือง ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยหญิงเบาหวานทั้งหมด จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเข้าถึงการคัดกรองและป้องกันภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนทั่วไป เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงควรศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาต่อไป

สรุป

ความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 76.0 ซึ่งค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับรายงานจากต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ต่ำ การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก ตลอดจนความรุนแรง และผลกระทบจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ดังนั้นการคัดกรองและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปิดเผยอาการ ซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว

Highlights

1. พบความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะ

ไม่อยู่สูงถึงร้อยละ 76.0 ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2

2. การใช้ยาหลายชนิดและรายได้ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการอย่างมีนัยสำคัญ

3. การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงของอาการ และ ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายงานอาการมากขึ้น

4. การคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการเปิดเผยอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเภทที่ 1 รหัสโครงการ IO R016831027 ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ แพทย์หญิงณิณญาณ์ พงษ์ขวัญ อาจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ดร.เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมน อสัมภินวงศ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับคำแนะนำและการสนับสนุนตลอดการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณคุณพรชิตา ธนากร สำหรับคำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ บุคลากรหน่วยปฐมภูมิศิริราช และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ดำเนินการวิจัย และนายแพทย์สรวิทย์ วีระโสภณ กับนายแพทย์อภิรักษ์ สันติงามกุล สำหรับการอนุเคราะห์แบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย

เอกสารอ้างอิง

- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21:5-26.
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol*. 2011;186:589-93.
- World Health Organization. Evidence profile: urinary incontinence – Integrated care for older people (ICOPE) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.08>
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas -10th edition [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 31]. Available from: www.diabetesatlas.org.
- Nathan DM. Long-term complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;328:1676-85.
- Phelan S, Kanaya AM, Subak LL, Hogan PE, Espeland MA, Wing RR, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in overweight and obese diabetic women: Action for Health in Diabetes (Look AHEAD) study. *Diabetes Care*. 2009;32:1391-7.
- Bani-issa W, Fakhry R, Al Momani F. Urinary incontinence in Emirati women with diabetes mellitus type 2: prevalence, risk factors and impact on life. *J Clin Nurs*. 2013;22:3084-94.
- Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2009;181:193-7.
- Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Cinar ND, Uludağ C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20:947-52.
- Jiang C, Xu M, Zhang L, Yang C, Liang C. Quality of life, disease recognition and care-seeking intention in women with urinary incontinence: an observational study in China. *Int J Clin Exp Med*. 2016;9:4380-7.
- Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Jørgensen M, Waldmann A, Rudnicki M. Predictors and reasons for help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2018;29:521-30.
- Rashidi Fakari F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Predictors of help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: based on Iranian women's lens. *PLoS One*. 2023;18:e0289785. PubMed PMID: 37540696
- Sullivan R, McNicholas T, Claffey P, Kenny RA, Briggs R. Unreported urinary incontinence: population-based prevalence and factors associated with non-reporting of symptoms in community-dwelling people ≥50 years. *Eur Geriatr Med*. 2021;12:405-12.
- Asemota O, Eldemire-Shearer D, Waldron NK, Standard-Goldson A. Prevalence of self-reported

- urinary incontinence in community-dwelling older adults of Westmoreland, Jamaica. *MEDICC Rev.* 2016;18:41-7.
15. Weerasopone S, Santingamkul A. Validation of the Thai version of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6). *Chulalongkorn Med J.* 2023;60:397-39.
 16. World Health O. Age-friendly PHC centres toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008.
 17. Skorupska K, Grzybowska ME, Kubik-Komar A, Rechenberger T, Miotla P. Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19:87. PubMed PMID: 33726776
 18. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49:1373-9.
 19. Jiang C, Xu M, Zhang L, Yang C, Liang C. Quality of life, disease recognition and care-seeking intention in women with urinary incontinence: An observational study in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;9:4380-7.
 20. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Bosio Le Goux B, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol.* 2006;50:818-25.
 21. Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the gap: determinants of undiagnosed or untreated urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214:266.e1-7.
 22. Rizk DEE, Shaheen H, Thomas L, Dunn E, Hassan MY. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. *Int Urogynecol J.* 1999;10:160-5.
 23. Li M, Wang H, Ko W-K, Kwong S-K. Factors associated with health-seeking for urinary incontinence in Hong Kong Chinese women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J.* 2024;35:95-101.
 24. Baah-Nyarkoh E, Alhassan Y, Dwomoh AK, Kretchy IA. Medicated-related burden and adherence in patients with co-morbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Heliyon.* 2023;9(4):e15448. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e15448.
 25. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Full report: household economic and social survey 2023 [Internet]. Bangkok: NSO; 2023 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://catalog.nso.go.th/>
 26. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998;279:1548-53.
 27. Frawley J, Sibbritt D, Steel A, Chang S, Adams J. Complementary and conventional health-care utilization among young Australian women with urinary incontinence. *Urology.* 2017;99:92-9.
 28. Wallner LP, Porten S, Meenan RT, O'Keefe Rosetti MC, Calhoun EA, Sarma AV, et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med.* 2009;122:1037-42.
 29. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2:354-86.
 30. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Lepert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:1051-5.
 31. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. Predictors of care seeking in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2012;31:470-4.