ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

นางสาวภารตี จันทรรัตน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH VISUAL-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA

Miss Paratee Chantararat

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
โดย	นางสาวภารตี จันทรรัตน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สินเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภารตี จันทรรัตน์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (FACTORS ASSOCIATED WITH VISUAL-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 139 หน้า.

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลราชวิถี 72 คน และโรงพยาบาลรามาธิบดี 64 คน กลุ่มตัวอย่างได้จาการสุ่มแบบอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 6) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้เท่ากับ .809, .829, .819, .836 และ.871 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 66.54, SD = 20.80)

2. ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .215, .288, .217, .171 ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.330) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.612) ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5877187636 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: OLDER PERSON / GLAUCOMA / QUALITY OF LIFE

PARATEE CHANTARARAT: FACTORS ASSOCIATED WITH VISUAL-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 139 pp.

The purpose of this correlation research study was to examine the visual-related quality of life in older persons with glaucoma and to study the relationships between factors, age, education, the severity of glaucoma, depression, activity of daily living, social support and medication compliance of older persons with glaucoma. One hundred and thirty-six out patients of Rajavithi hospital and Ramathibodi hospital who had diagnosis of glaucoma aged more 60 years old and above. The instruments were composed of 1. Demographic information 2. Thai Visual Function Questionaires 3. Social support questionaires 4. ADL index questionaires 5. Thai Geriatic Depression Scale and 6. Medication compliance questionnaires. The reliabilities of these questionaires were .809, .829, .819, .836 and .871, respectively. Descriptive statistics, Spearman's correlation coefficient and *Point-Biserial Correlation* were used to analyze data. The major findings were as follows:

1. The mean score of visual-related quality of life among older persons with glaucoma was shown at the moderate level. (Mean = 66.54, SD = 20.80).

2. Education, activity of daily living, social support and medication compliance were positively related to visual-related quality of life at the low level of .05 (r = .215, .288, .217, .171). The severity of glaucoma was negative related to visual-related quality of life at the medium level of .05 (r = -.330). Depression was negative related to visual-related quality of life at the high level of .05 (r = -.612) but age was not related to visual-related quality of life.

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2017 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่สละเวลาอันมีค่าเพื่อทุ่มเทให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ตามหลักวิชาการ ให้กำลังใจ และให้แนวคิดที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์บุญส่ง วนิชเวชารุ่งเรือง อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง อาจารย์ ดร. จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์ คุณเจริญศรี อาทิตยสร และคุณสุรัตน์ สุนารักษ์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ คือ นางสมพร เหลี่ยมเย็นใจ นางสมบุญ ดีวุ่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดาและมารดา นายสฤษดิ์ จันทรรัตน์ นางสมร จันทรรัตน์ และครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่านที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการเรียนและการดำเนินชีวิตที่ดีเสมอมา คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยอยู่เสมอจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 8

ขอบเขตของการวิจัย 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 11

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 12

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุด้านการมองเห็น 13

2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ 15

3. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหิน 23

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน 25

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน 32

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 43

7. กรอบแนวคิดการวิจัย 48

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 56
การเก็บรวบรวมข้อมูล 57
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 60
บทที่ 5 สรุปผลงานวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 70
สรุปผลการวิจัย 72
อภิปรายผลการวิจัย 73
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ 81
รายการอ้างอิง 82
ภาคผนวก 96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 97
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์ ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล 99
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 104
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 119
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูล 128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 139

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล 51

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 61

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหิน ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน การรักษาโรคต้อหินและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน (n=136) 63

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวม (n=136) 65

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกรายด้าน (n=136) 65

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 67

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 67

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 68

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 68

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และ ความร่วมมือในการรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136) 69

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรต้อหิน จำแนกรายข้อ (n = 136) 134

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุทำให้ตาบอด จากรายงานสถิติของ American Academy of Ophthalmology ปี ค.ศ. 2014 พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินทั่วโลก 64.3 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-80 ปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 76 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Tham et al., 2014) สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคต้อหินในผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 3 อันดับของโรคตาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Isipradit et al., 2014) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินทั้งหมด 2,865,087 คน (วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ, 2551) และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (มุกดา เดชประพนธ์ และ ปิยวดี ทองยศ, 2556) จากสถิติทั้งในและต่างประเทศที่พบจำนวนผู้สูงอายุเป็นโรคต้อหินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลกที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่

โรคต้อหินเป็นโรคที่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตา (Optic Neuropathy) โดยมีสาเหตุมาจากอายุที่มากขึ้นจึงมีการสร้างเส้นใยที่เลนส์ตาเพิ่มขึ้นตลอดเวลาทำให้เลนส์ตาเข้ามาชิดกับกระจกตา มุมม่านตาจึงแคบลง ทำให้น้ำช่องลูกตาหน้าไหลออกจากตาได้ลดลง ความดันในลูกตาจึงสูงกว่าปกติ (IOP >20 mmHg) (มัญชิมา มะกรวัฒนะ, 2553) และไปกดขั้วประสาทตาโดยตรงทำให้มีการอุดกั้นทางเดินของสารอาหารของเส้นประสาทตา เส้นประสาทตาถูกทำลายจากการขาดเลือดจนขั้วประสาทตาฝ่อลงในที่สุด (วณิชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาต สิงคาลวณิช, 2550) เกิดการสูญเสียการมองเห็น (Visual acuity) และลานสายตา (Visual field) ที่แคบลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงทีก็จะทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวรได้ ดังนั้นเมื่อพบว่าเป็นโรคต้อหินผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลรักษาจากจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อประเมินความสามารถในการมองเห็น ลานสายตา พร้อมกับตรวจวัดความดันลูกตาเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้แย่ลงจนถึงขั้นตาบอดได้ การรักษาได้แก่ การหยอดตาเพื่อลดความดันลูกตาและรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ แต่การรักษาด้วยการหยอดตาและการรับประทานยามีผลข้างเคียง เช่น เคืองตา แสบตา คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร เป็นต้น (นิภา วัธนเวคิน, 2010)

ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในภาวะปกติได้ จะมีแนวโน้มการเกิดผลกระทบต่อต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย พบว่า โรคต้อหินทำให้ระดับการมองเห็นลดลงและลานสายตาแคบลงจนทำให้ตาบอดได้ความสามารถในการปฏิบัติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิจวัตรประจำวันจึงลดลง (Karpa et al., 2009) ทำให้มีความยากลำบากในการอ่านหนังสือ หรือไม่สามารถทำงานที่ต้องใช้ความละเอียดสูงได้ (Muir et al., 2008) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม มีความต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น (Lopez et al., 2011) 2) ด้านจิตใจ พบว่า โรคต้อหินทำให้เกิดอาการปวดตามาก ปวดลึกๆและปวดศีรษะข้างที่เป็นอย่างรุนแรง (นิภา วัธนเวคิน. 2010) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หงุดหงิด รำคาญใจ (Lamoureux et al., 2010) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Renaud & Bédard, 2013) และเกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Evans, Smeeth, & Fletcher, 2008) 3) ด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินต้องใช้งบประมาณสูงในการรักษา เนื่องจากการรักษาด้วยยาหยอดตาต้องดำเนินไปตลอดชีวิตและปัจจุบันยารักษาโรคต้อหินมีราคาแพง อาจเป็นค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงกว่ายารักษาอื่นๆ (Iemnoi, 2007) และ 4) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ผลกระทบจากโรคต้อหินทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปหรือการแยกตัวออกจากสังคม โอกาสการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานจากสังคมมีน้อยมาก ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ลดลง จึงนำมาซึ่งความท้อแท้กับการมีชีวิตอยู่ (จันทิมา เจริญสุภกร, 2549) ส่งผลกระทบแต่ละด้านดังกล่าวที่ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความลำบากมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และสังคมของผู้สูงอายุลดลง (สืบพงศ์ ลีนาราช. 2551)

จากการศึกษาผลกระทบจากโรคต้อหินต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรปกติทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จากการศึกษาของ Uenishi et al. (2003) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินเรื้อรังในประเทศญี่ปุ่นพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยรายงานว่ามีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน รวมทั้งการศึกษาของ Odberg et al. (2001) ถึงผลกระทบของผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินพบว่า มีความซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 47 และจากการศึกษาของ Park et al. (2015) ที่ศึกษาผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต้อหินในประเทศเกาหลี พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจและเป็นกังวลมากที่สุดคือ การที่อวัยวะรับความรู้สึกได้สูญเสียหน้าที่ไป คือ ตาบอดและหูหนวก อีกทั้งจากรายงานการศึกษาของ Wang et al. (2008) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของความสามารถในการองเห็นที่ลดลงในผู้ป่วยที่มีปัญหาสายตาเลือนราง พบว่าจากการมองเห็นที่ลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้า สูญเสียความเป็นอิสระ เกิดภาวะถดถอย และแยกตัวจากสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด

คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความเป็นนามธรรมเป็นประสบการณ์ชั่วคราวที่เป็นพลวัตรและมีความหมายในหลายมิติ (Sneed, Paul, Michel, VanBakel, & Hendrix, 2001) คุณภาพชีวิตจึงมีความหมายทั้งแบบคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Group, 1998) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Quality of life) ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต

ของแต่ละบุคคลตามบริบทในสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง เป้าหมาย และกฎเกณฑ์ของบุคคลนั้นๆ สามารถประเมินค่าที่เป็นวัตถุพิสัย (Objective approach) และจิตพิสัย (Subjective approach) ภายใต้วัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่บุคคลมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ (Jones, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เจาะจงกับการมองเห็น เนื่องจากโรคต้อหินทำให้สูญเสียความสามารถในการมองเห็น จึงเป็นข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Eye Institute [NEI]) ได้นิยามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม การจำกัดบทบาท การพึ่งพา สภาวะจิตใจ ความสามารถในการขับรถ การมองเห็นโดยรอบ การมองเห็นสี และอาการปวดตา (Mangione et al., 1998) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the Individual) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristics of the Environment) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Function) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional Status) และปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perceptions) (Ware Jr, 1995)

อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ อายุ พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นที่เป็นโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (Zuo et al, 2015) ระดับการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Cesareo et al, 2015) ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าผู้ที่มีความผิดปกติของลานสายตาในระดับเล็กน้อย (Crews et al., 2016) ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินจะมีจะมีความซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้อหิน (Lim, Fan, Yong, Wong, & Yip, 2016) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าการถูกจำกัดกิจกรรมจากความบกพร่องทางการมองเห็นจะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (Chan et al., 2003) และความร่วมมือในการรักษาพบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยการหยอดยาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่ถูกต้องและถูกวิธี พร้อมกับมาตรวจตามนัดส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุดสามารถชะลอการทำลายขั้วประสาทตาทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับดี (Stamper, Lieberman, & Drake, 2009)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินในอดีตที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาของ Zuo et al (2015) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินในประเทศจีนพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ และพบว่าผู้สูงอายุตอนต้นที่เป็นโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย การศึกษาของ Van et al. (2010) ที่พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาบอดจากโรคต้อหินของผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาของ Cesareo et al (2015) พบว่า ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรคและ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหิน และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นอย่างมาก (Bookwala, 2011) อีกทั้งการศึกษาของทองคูณ ยุบัวภา (2551) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและรายข้อภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกสูงกว่าระยะก่อนผ่าตัดทุกด้าน การศึกษาของวาสนา ฟุ้งฟู (2548) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรต้อหินพบว่า มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของมลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของกนกอร พูนเปี่ยม (2557) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย จึงยังทำให้ขาดองค์ความรู้ในด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรต้นในการศึกษาครั้งนี้จากวรรณกรรมดังกล่าว เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุโรคต้อหินในประเทศไทย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการพยาบาลและการจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินเป็นอย่างไร

2. อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น (Visual-Related Quality of Life) ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์และคณะ (2552) ที่ศึกษาการทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม Thai Visual Function Ouestionnaire 28 โดยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Mangione et al., 1998) ที่มีองค์ประกอบทั้งหมด 11 ด้าน ไปใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 31 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) อีกครั้ง ผลที่ได้สรุปได้เป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น 3 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมและด้านผลกระทบจากปัญหาสายตา โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความกระชับมากขึ้นแต่ยังครอบคลุมแนวคิดเดิมทั้งหมด 11 ด้านอยู่

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินดังนี้

Chulalongkorn University

อายุ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระยะเวลาในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนในการให้ความหมายการรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองที่แตกต่างกัน (ธิดาวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆของแต่ละบุคคลโดยความสามารถเหล่านี้จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Padilla & Grant, 1985) มีการศึกษาของ Zuo et al, (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำกว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุน้อย ในขณะที่การศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษา เป็นส่วนในการพัฒนาสติปัญญาของบุคคลช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้เข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวได้ดีเมื่อเป็นโรค (นิตยา ศรีสุข, 2551) สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้

อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ มีการศึกษาของ Zuo et al, (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cesareo et al. (2015) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน เป็นลักษณะทางพยาธิสภาพที่ระบุการเปลี่ยนแปลงของโรคต้อหิน ตรวจพบโดยจักษุแพทย์ แบ่งออกเป็น 5 ระดับตาม Glaucoma Grading Scale (Hodapp-Parrish-Anderson) คือ Stage 1: Early Defect, Stage 2 : Moderate Defect, Stage 3 : Advanced Defect, Stage 4 : Severe Defect และ Stage 5 : End-Stage Defect ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เนื่องจากระดับความรุนแรงยิ่งมาก อาการและอาการแสดงของโรคต้อหินก็จะมากขึ้นด้วย แสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านการมองเห็นคือ ตามัว ลานสายตาแคบลง ปวดเบ้าตามากจากความดันตาสูง ทำให้ระดับการมองเห็นลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงลดลงด้วย มีการศึกษาของ Crews et al, (2016) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านอารมณ์ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความเหนื่อยล้า ความซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่สบายใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น จากลักษณะของโรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรัง การดำเนินของโรคทำให้การมองเห็นลดลงและลานสายตาแคบลง ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้อย่างลำบากรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว จึงเกรงใจและอยู่แต่ในบ้าน ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ Zhang et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยต้อหิน พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินจะมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคต้อหิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al (2016) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้อหิน และสอดคล้องกับ Renaud et al (2013) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นลดลงและมีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นลดลงด้วย

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินเรื้อรังมีความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาแคบลง ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สะดวก ทำได้น้อยลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (Coleman, 1999) จากการศึกษาของ Park et al (2015) พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับ

ต่ำทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al (2011) ที่พบว่า การถูกจำกัดกิจกรรมจากความบกพร่องทางการมองเห็นทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทดแทนความสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินได้ รวมทั้งช่วยให้มีสุขภาพจิตดีสามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวคือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ แบ่งเป็น สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมด้านสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เหล่านี้มีผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็นลดลง ทำให้มีปัญหาและอุปสรรคอย่างมากในการดำรงชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงต้องการความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือจากสังคมไม่ว่าจะเป็น คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ (McIlvane & Reinhardt, 2001) ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง จากการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน (2557) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chan et al., 2003) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านการมองเห็น

ความร่วมมือในการรักษา เป็นการกระทำเพื่อแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งในเรื่องของการใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาดและถูกวิธีอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (Tsai, McClure, Ramos, Schlundt, & Pichert, 2003) การมาตรวจตามนัดนำไปสู่ผลการรักษาที่ออกมาดีและมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อลดและควบคุมระดับความดันลูกตา ทำให้การดำเนินความรุนแรงของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ สามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นได้ถึงร้อยละ 90 ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีขึ้น (Day, Sharpe, Atkinson, Stewart, & Stewart, 2006) มีการศึกษาของ Stamper et al (2009) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการหยอดยาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งขนาด เวลาและถูกวิธี พร้อมกับมาตรวจตามนัดส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถชะลอการทำลายขั้วประสาทตาทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับดี และมีการศึกษาของ Leelacharas et al (2005) พบว่า การให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความดันลูกตาสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

2. ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง จาก 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 136 คน

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคต้อหิน หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในคลินิกต้อหินแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อหิน หรือภาวะที่มีการทำลายเส้นประสาทตาจากความผิดปกติของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ทำให้ความดันในลูกตาสูงกว่าปกติ (IOP >20 mmHg)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน หมายถึง การรับรู้ที่เกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุโรคต้อหินต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ในด้านต่างๆของสายตา ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพของตนเอง

2. ความลำบากในการทำกิจกรรม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมทั่วๆไป

3. ผลกระทบจากปัญหาสายตา หมายถึง การรับรู้ของปัญหาจากสายตาผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งต่างๆที่ทำ เช่น ส่งผลกระทบต่อการทำสิ่งต่างๆที่อยากทำ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความหงุดหงิด วิตกกังวล

โดยทั้ง 3 ด้านสามารถประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์น และ สมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์ (2552)

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุโรคต้อหิน นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยเศษจำนวน 6 เดือนขึ้นไปนับเป็นจำนวนปีเต็ม แบ่งเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับตั้งแต่ต้นจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาโทและปริญญาเอก

ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน หมายถึง ลักษณะทางพยาธิสภาพที่สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคต้อหิน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ตรวจพบโดยจักษุแพทย์ แบ่งออกเป็น 5 ระดับตาม Glaucoma Grading Scale (Hodapp-Parrish-Anderson) ดังต่อไปนี้

1. Stage 1: Early Defect หมายถึง มีการเสียสมดุลของความดันน้ำในลูกตา ทำให้ค่าความดันตาผิดปกติ คือ สูงกว่า 20 มม.ปรอท ระยะนี้จะตรวจพบมีค่าความดันลูกตาผิดปกติร่วมกับการตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-6.00dB โดยยังไม่มีการทำลายของขั้วประสาทตา หรือการสูญเสียการมองเห็น ลานสายตายังคงปกติ การรักษาในระยะนี้จะได้ผลดีมาก และผู้ป่วยมีโอกาสตาบอดจากโรคต้อหินน้อยมาก

2. Stage 2 : Moderate Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบมีการสูญเสียของเส้นประสาทตาไปแล้วมากกว่าร้อยละ 25 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-6.00 ถึง -12.00dB จะพบลานสายตาในบริเวณของด้านนอกแคบลงเพียงเล็กน้อย หากไม่สังเกตหรือตรวจวัดลานสายตาโดยใช้เครื่องมือเฉพาะอาจไม่สังเกตเห็นความผิดปกติใดๆเลย วิธีการรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาด้วยยาหยอดตาเพื่อให้การทำงานของเส้นประสาทตายังคงเป็นปกติ

3. Stage 3 : Advanced Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบมีการทำลายของเส้นประสาทตาไปมากกว่าร้อยละ 50 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-12.01 ถึง -20.00dB การรักษาในระยะนี้ทำได้ด้วยการหยอดยาร่วมกับการผ่าตัดเพื่อลดความดันตาให้น้อยลงที่สุด

4. Stage 4 : Severe Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบการทำลายของเส้นประสาทตาไปมากกว่าร้อยละ 75 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-20.00dB การรักษาในระยะนี้ทำได้เพียงประคองให้การมองเห็นคงเดิมไม่แย่ลง แต่ไม่สามารถทำให้กลับคืนเป็นปกติได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. Stage 5 : End-Stage Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบการทำลายของเส้นประสาทตาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถวัดค่า MD ได้ และพบค่า VA ลดลงมากกว่า 6/60 ซึ่งถือเป็นระยะสุดท้ายของโรคต้อหินไม่สามารถรักษาหรือประคับประคองอาการได้อีก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงออกในรูปของความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ด้านร่างกายต่อภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกหมดหวังไร้ค่า มีความรู้สึกนึกคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต เป็นต้น สามารถวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ที่แปลจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1986)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่ต้องปฏิบัติในแต่ละวัน โดยครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐานในบ้าน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทยของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้จริงภายใน 24-48 ชั่วโมง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในกลุ่มสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินค่า ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ มธุรส จันทร์แสงสี (2540)

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินประกอบด้วยการหยอดยาและ/หรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดที่ต้องปฏิบัติไปตลอดชีวิตเพื่อใช้ลดความดันลูกตา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ (Tsai et al., 2003) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา/รับประทานยา ที่ถูกต้องตามเวลา วิธีการหยอดยาและการมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุโรคต้อหิน

2. ได้แนวคิดที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหิน

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคต้อหินต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เนื้อหา แนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุด้านการมองเห็น
2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ
   2.1 โครงสร้างและการทำหน้าที่ของลูกตาส่วนหน้า
   2.2 ความหมายเกี่ยวกับโรคต้อหิน
   2.3 ชนิดของโรคต้อหิน
   2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหินในผู้สูงอายุ
   2.5 การคัดกรองและการตรวจติดตามโรคต้อหิน
   2.6 แนวทางการรักษาโรคต้อหิน
3. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหิน
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
   4.1 คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
   4.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น
   4.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุด้านการมองเห็น

การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายจะทำหน้าที่ได้มากที่สุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังจากอายุ 30 ปีขึ้นไปแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีระวิทยาจะลดลง โดยจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมชัดเจนเมื่อเข้าสู่อายุ 60 ปี การเสื่อมของร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นอยู่กับเฉพาะบุคคลด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) อวัยวะแรกของคนเอาที่แสดงถึงความมีอายุคือดวงตา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย ยิ่งอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงก็จะยิ่งเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นภาพจะพบได้ว่า ความสามารถในการมองเห็นจะลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุมากกว่า 10 ปี และจะลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 60-70 ปี ดังนั้นเวลาผู้สูงอายุอ่านหนังสืออาจต้องใช้แว่นตาในการช่วยอ่าน ใช้แสงช่วยมากกว่าปกติ สิ่งเหล่านี้เป็นการบอกให้ทราบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเสื่อมในการมองเห็น

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักเกิดความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายโดยทั่วไป โดยเฉพาะดวงตา ไม่เพียงแต่สายตาที่เปลี่ยนแปลงแต่ยังมีความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตาด้วย โดยสรุปเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดวงตาในผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

1. ผิวหนังบริเวณหนังตาและรอบตา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ รอยเหี่ยวย่น ทำให้ใบหน้าของผู้สูงอายุนั้นแปลกไปจากเดิม หนังตาอาจเหี่ยวย่นมากจนเกิดการย้อยลงมาบังสายตาได้

2. เยื่อบุตาแฟบ เกิดจากการเหี่ยวของเยื่อบุตา ทำให้เยื่อบุตาอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย เยื่อบุตาอาจหนาขึ้นทั้งทางหัวตาและหางตา สีค่อนข้างเหลือง เรียกว่า ต้อลม (pinguecula) ส่วนต้อเนื้อก็พบได้บ่อย ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อหนาคล้ายสามเหลี่ยม ปลายยื่นเลยเข้าไปในกระจกตาดำ ซึ่งถ้าลุกลามมากอาจทำให้สายตาเลวลงได้และจะเห็นว่าเยื่อบุตาข้างนั้นแดงอยู่ตลอดเวลา

3. กระจกตาขาว พบเป็นวงบริเวณขอบของกระจกตา เกิดจากการมีไขมันมาเกาะที่บริเวณขอบของกระจกตาที่เรียกว่า arcus senilis ซึ่งไม่ทำให้สายตาเลวลง การเสื่อมอีกแบบของกระจกตาคือ ชั้นต่างๆของกระจกตาเสื่อม ทำให้กระจกตากลายเป็นฝ้าขาวและตาบอดได้ ในผู้สูงอายุกระจกตาจะหนาขึ้นและมีความโค้งลดลง ซึ่งเกิดจากการมี horizontal diameter เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะสายตาเอียง (Satigmatism) ได้ง่าย

4. ขนาดช่องหน้าม่านตา เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเลนส์ตาจะมีความหนามากมากขึ้น ไปกด canal of schlem ทำให้การระบายออกของน้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ไม่ดี เกิดความดันภายในลูกตาสูงขึ้นจึงมีโอกาสเป็นโรคต้อหิน (Gilaucoma) ได้ง่าย

5. รูม่านตาเล็กลง เรียกว่า Senile miosis เมื่ออยู่ในที่มืด นัยน์ตาต้องมีการปรับตัวต่อความมืด ในคนที่อายุ 20 ปี รูม่านตาจะมีขนาด 8 mm. ส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีขนาดรูม่านตา 6 mm. และผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป รูม่านตาจะมีขนาดเหลือ 5 mm.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. แก้วตามีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้การปรับรูปร่างไม่เป็นไปด้วยดี การปรับกำลังของแก้วตาเสื่อมลง ทำให้เกิดสภาพสายตายาวในผู้สูงอายุ (Presbyopia) สภาพความยืดหยุ่นของแก้วตาที่ลดลงจะเริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยคือ ความใส (Transparency) ของแก้วตาลดลง เนื่องจากความเจริญเติบโตของแก้วตาเอง ทำให้ส่วนกลางของแก้วตามีความหนาแน่นมากและสลายตัวบ้าง เรียกว่า nuclear sclerosis ความใสของแก้วตาลดลงได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเผาผลาญของแก้วตาเองทำให้แก้วตาขุ่นมัว เกิดเป็นต้อกระจก (Cataract) ที่พบได้ในผู้สูงอายุ

7. น้ำวุ้นลูกตา (Vitreous) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงคือ เป็นก้อนเล็กๆ ลอยไปมา (Floaters) ทำให้มีการมองเห็นเป็นจุดดำ หรือเป็นเส้นใยแมงมุมลอยไปมา

8. หลอดเลือดของจอประสาทตาเสื่อมจากอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว และมีการเปลี่ยนแปลงที่ชั้นสีของจอประสาทตา โดยเฉพาะในส่วนของของจุดรับภาพ (macular) อาจพบมีการเสื่อมของจุดรับภาพ (Macular degeneration) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญในผู้สูงอายุ อาจทำให้การมองเห็นลดลงจนถึงตาบอดได้

9. เซลล์กล้ามเนื้อส่วนขยายรูม่านตาของ Iris ลดลง ทำให้รูม่านตาของผู้สูงอายุหดเล็กลง สารสีของ Iris ลดลง แต่ยังคงมีการหดตัวเมื่อได้รับแสง นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อและเส้นใยของ ciliary body และ ciliary muscle ลดลง

10. จอรับภาพ จะพบว่าหลอดเลือดของจอรับภาพหรือของ choroid เกิดการแข็งตัว มีการเปลี่ยนแปลงในชั้นสี อาจพบมีการเสื่อมของจุดรับภาพทำให้ตาบอดได้ เซลล์รับแสงลดลงโดยเฉพาะชนิดแท่ง สารสีในเซลล์โคนลดลง ทำให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง การปรับตัวต่อความมืดลดลง

11. อาการเคืองและคันตา เกิดจากการสร้างน้ำตาออกมาน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่สบายในตา ตาแห้ง รู้สึกแสบ คัน หรืออาจส่งผลต่อการมองเห็น ซึ่งการแก้ไขทำได้โดยการใช้น้ำตาเทียมหยดบ่อยๆ หรือปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีความชื้น การทำผ่าตัดกระทำเมื่ออาการตาแห้งไม่สามารถรักษาได้ด้วยการใช้น้ำตาเทียมอย่างเดียว จนทำให้มีผลแทรกซ้อนต่อกระจกตา เช่น กระจกตาเป็นแผล เป็นต้น การผ่าตัดทำได้โดยการอุดท่อระบายน้ำตาบริเวณหัวตา โดยอาจอุดแบบชั่วคราวหรือเย็บปิดท่อระบายน้ำตา

12. ขั้วประสาทตา พบว่า มีการสะสมของสารคล้ายโปรตีนอยู่ที่บริเวณขั้วประสาทตาที่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการส่งผ่านสารกลุ่มนี้ ซึ่งพบได้เมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้หาไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาถูกอุดกั้น ส่งผลให้เกิดภาวะขั้วประสาทตาใหญ่และอาจเกิดความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นด้วยจนทำให้ขั้วประสาทตาอาจถูกทำลายได้

การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการเสื่อมของตาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่ขั้วประสาทตาและจอประสาทตาที่เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงได้ตามปกติ อีกทั้ง

ภายในลูกตาพบการระบายน้ำเลี้ยงลูกตาติดขัด ไม่สามารถระบายน้ำออกนอกลูกตาโดยผ่านมุมแคบๆ เข้าสู่หลอดเลือดภายนอกลูกตา ทำให้เกิดการคั่งของน้ำเลี้ยงลูกตาและความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนไปทำลายเส้นประสาทตาในที่สุด เป็นผลให้เกิดโรคต้อหิน ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ค่อนข้างบ่อยและถือเป็นโรคตาที่ร้ายแรงชนิดหนึ่ง พบมากในคนสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของดวงตานี้สามารถก่อให้เกิดปัญหาต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้

2. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

2.1 โครงสร้างและการทำหน้าที่ของลูกตาส่วนหน้า

การที่จะทำความเข้าใจในกลไกของการเกิดโรคต้อหินนั้นจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคของลูกตาส่วนหน้าเป็นอย่างดี ลูกตาส่วนหน้า (Anterior Segment) ประกอบด้วยกระจกตา ช่องด้านหน้าม่านตา (Anterior Chamber) ช่องด้านหลังม่านตา (Posterior Chamber) ม่านตา (Iris) และเลนส์แก้วตา (Lens) เนื้อเยื่อเหล่านี้จะทำงานประสานกันเป็น “Single Functional Unit”

ช่องด้านหน้าม่านตามีขอบเขตด้านหน้าคือ กระจกตา ด้านข้างเป็นเนื้อเยื่อ Trabecular Meshwork (TM) และด้านหลังเป็นม่านตา เมื่อ Aqueous Humor ซึ่งเป็นของเหลวใสพิเศษที่มีส่วนประกอบคล้ายกับน้ำเลือด (Plasma) ถูกสร้างมาจาก Ciliary body แล้วไหลเข้าสู่ช่องด้านหลังผ่าตาผ่านรูม่านตาเข้าไปในช่องหน้าม่านตา เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของเนื้อเยื่อกระจกตาและเลนส์แก้วตา เนื่องจากเนื้อเยื่อเหล่านี้เป็นเนื้อเยื่อที่ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง) จากนั้น Aqueous Humor ส่วนมากจะไหลออกจากดวงตาโดยผ่านทางเนื้อเยื่อ Trabecular Meshwork (TM) ที่บริเวณ Anterior Chamber Angle (มุมระหว่างกระจกตาส่วนข้างกับม่านตา) เข้าสู่หลอดเลือดดำที่รอบดวงตา (Trabecular Outflow) ในขณะที่ Aqueous Humor ส่วนน้อยจะไหลออกผ่านทาง Uveoscleral Outflow (ไพศาล ลีละชัยกุล, 2550)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 ความหมายเกี่ยวกับโรคต้อหิน

Janette (2005) กล่าวว่า โรคต้อหินเป็นภาวะที่ร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับความดันภายในลูกตาสูงขึ้น เกิดจากการสร้างของเหลวมากกว่าปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีผลทำให้สูญเสียการมองเห็น มีลานสายตาที่แคบลง และมีการทำลายประสาทตามากขึ้นทำให้ตาบอดในที่สุด จึงถือว่าโรคต้อหินเป็น “ภัยเงียบของสายตา”

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตู้จินดา (2550) กล่าวว่า ต้อหินเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยด้วย ต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคที่เส้นประสาทตา (Optic neuropathy) โดยมีลักษณะขั้วประสาทตาฝ่อจากโรคต้อหิน (Glaucomatous optic atrophy) และมีการสูญเสียของลานสายตา (Visual field loss) ร่วมด้วย

ความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรค โดยความดันภายในลูกตาเกิดจากการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ดังนั้นหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นที่จุดใดจุดหนึ่งของการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาและทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ก็จะส่งผลให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้นกว่าปกติ คือ 21 มิลลิเมตรปรอท มีผู้ป่วยบางคนที่มีขั้วประสาทตาฝ่อและลานสายตาผิดปกติแต่ละระดับความดันลูกตาไม่สูง

ยุพิน ลีละชัยกุล (2550) กล่าวว่า โรคต้อหิน (Glaucoma) เป็นกลุ่มโรคทางตาที่มีลักษณะพิเศษร่วมกันคือ มีความผิดปกติของลานายตาและขั้วประสาทตามีลักษณะเฉพาะเป็นรอยหว่ำ (Glaucomatous Optic Neuropathy) จากการตายของเส้นใยประสาท (Retinal Ganglion Cell) มักพบร่วมกับภาวะที่ความดันตาสูง

มัญชิมา มะกรวัฒนะ (2553) กล่าวว่า ต้อหินคือกลุ่มของโรคตาที่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตาแบบถาวร สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความดันลูกตาที่สูงกว่าปกติ โดยทั่วไปค่าความดันตาควรต่ำกว่า 20 มม.ปรอท

ดวงดาว ทัศณรงค์ (2554) กล่าวว่า โรคต้อหินเป็นโรคที่มีการทำลายของประสาทตาทำให้สูญเสียการมองเห็นและสามารถทำให้ตาบอดได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคต้อหินมักจะมีความดันลูกตาสูงกว่าปกติจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการทำลายของประสาทตา ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษาประสาทตาก็จะถูกทำลายลงเรื่อยๆจนทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร แต่ถ้าสามารถวินิจฉัยได้ตังแต่เนิ่นๆและรักษาได้อย่างทันท่วงที ก็จะสามารถรักษาการมองเห็นไว้ได้

สรุปได้ว่า โรคต้อหิน หมายถึง โรคทีมีการทำลายของขั้วประสาทตา โดยมีสาเหตุมาจากภาวะความดันลูกตาสูง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นและลานสายตาแคบลงเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้รับการตรวจรักษาที่ทันเวลาอาจทำให้ตาบอดถาวรได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 ชนิดของโรคต้อหิน

โรคต้อหินเป็นโรคที่พบได้ในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้อหินในผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ชนิด (Janette, 2005) คือ

2.3.1. ต้อหินปฐมภูมิ (Primary Glaucoma) หมายถึง โรคต้อหินซึ่งไม่มีโรคทางตาหรือโรคทางร่างกายมาก่อน สาเหตุหลักเกิดจากความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น แบ่งเป็น

2.3.1.1 ต้อหินชนิดมุมเปิด (Primary Open Angle Glaucoma) จัดเป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งพบมากกว่าถึงร้อยละ 90 ของต้อหินชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Alexander, 1995) เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงของ Trabecular Meshwork และเยื่อบุ Endothilium ของช่องชะเลมส์ ทำให้การไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาถูกอุดกั้นเกิดภาวะความดันในลูกตาสูง เกิดการทำลายเส้นประสาทตาเป็นการเกิดขึ้นอย่างช้าๆไม่มีอาการแสดงหรืออาการปวดตาเนื่องจากความดันภายในลูกตาสูงขึ้นทีละน้อย ผู้สูงอายุจึงสังเกตไม่พบการเปลี่ยนแปลง ทำให้ละเลยไม่ไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่จักษุแพทย์จะ

ตรวจพบโดยบังเอิญ เนื่องจากมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่น การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกๆจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของลานสายตาโดยรอบก่อน จากนั้นจะค่อยๆตีบแคบลง มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ดังนั้นกว่าจะมาพบแพทย์ก็เมื่อมีการทำลายเส้นประสาทตาไปมากแล้ว ซึ่งมักจะพบว่าเป็นทั้ง 2 ตา พบได้เท่าๆกันทั้งเพศชายและเพศหญิงและสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม

2.3.1.2 ต้อหินชนิดมุมปิด (Primary Closure Angle Glaucoma) เป็นต้อหินที่มีความดันลูกตาสูงขึ้นในขณะที่มีมุมของช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber angle) ปิด โดยอาจปิดแค่บางส่วนหรือปิดทั้งหมด ต้อหินชนิดนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อายุยิ่งมากจะยิ่งพบโรคนี้มากขึ้น และมักจะเป็นทั้ง 2 ตา แต่จะมาพบแพทย์ด้วยการเป็นตาข้างเดียวก่อน แบ่งตามอาการได้เป็น 2 ชนิด (ดวงดาว ทัศณรงค์, 2554) คือ

1) ต้อหินมุมปิดชนิดเฉียบพลัน (Acute angle closure glaucoma) เป็นต้อหินชนิดที่ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาอย่างเร็วที่สุดเพื่อไม่ให้ประสาทตาถูกทำลายไปมากจนอาจทำให้ตาบอดได้ภายในไม่กี่วัน ความดันภายในลูกตาจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจสูงได้ถึง 50-60 mmHg ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดตาข้างที่เป็นและปวดศีรษะมากจนถึงคลื่นไว้ อาเจียน ตาแดงและมัวลง มองเห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ กระจกตาบวมไม่ใส รูม่านตาขยาย ไม่มีปฏิกิริยากับแสงไฟ เป็นต้น

2) ต้อหินมุมปิดชนิดเรื้อรัง (Chronic angle closure glaucoma) เป็นต้อหินที่มีอาการไม่รุนแรงเท่ากับชนิดเฉียบพลัน คือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกตาพร่ามัวไม่มาก เวลามองไฟเห็นเป็นสีรุ้งรอบดวงไฟ จะรู้สึกปวดตาและปวดศีรษะข้างเดียวเล็กน้อย รูม่านตาขยายเล็กน้อยหรือปานกลาง และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟ ความดันลูกตาสูงไม่มาก อาการอาจเกิดชั่วคราว เมื่อผู้สูงอายุพักผ่อนหรือผ่อนคลายความเครียดอาการก็จะหายไปเอง อาการจะเป็นๆหายๆ ซึ่งอาการเรื้อรังนี้ทำให้มีความผิดปกติของมุมม่านตาได้จากการที่มีการยึดติดกันของช่องหน้าลูกตา ความดันลูกตาที่สูงนานๆ จะทำลายประสาทตา จนทำให้การมองเห็นสูญเสียไปอย่างถาวร และลานสายตาถูกทำลายลงในที่สุด

2.3.2 ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary Glaucoma) คือ ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความดันลูกตาที่สูงจากสาเหตุที่ทราบแน่นอน คือเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคตาอื่นๆมาก่อน หรือมีปัจจัยใดๆที่ทำให้เกิดการอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาทำให้ความดันในลูกตาสูง เกิดเป็นต้อหินทุติยภูมิขึ้น โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะต่างๆดังนี้

2.3.2.1 เกิดจากการฟกช้ำหรือการเกิดอุบัติเหตุของลูกตา ทำให้มีความฟกช้ำของเนื้อเยื่อที่ตาหรือมีเลือดออกไปอุดทางระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา

2.3.2.2 เกิดจากความเสื่อมของเยื่อบุภายในลูกตา (Exfoliation syndrome) หลุดออกมาเป็นแผ่นคล้ายรังแคลอยไปติดกับผิวของขอบรูม่านตาตามผิวหน้าของรูม่านตาทำให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น พบได้ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

2.3.2.3 เกิดในคนที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี มีการงอกใหม่ของเส้นเลือดบนผิวม่านตาจนแผ่อุดกั้นการระบายของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ความดันตาจะสูงมากขึ้นเรื่อยๆ

2.3.2.4 เกิดภายหลังการเป็นต้อกระจกที่ปล่อยทิ้งไว้นานๆ จนมีกาบวมของเลนส์ทำให้มุมม่านตาแคบลงเกิดการไหลเวียนที่ผิดปกติของน้ำในลูกตา

2.3.2.5 เกิดจากการได้รับสารที่มีฮอร์โมนพวก Corticosteroid ยาดังกล่าวหยอดแล้วจะทำให้ตาสบาย บรรเทาอาการคัน ระคายเคืองตาได้ดีในผู้สูงอายุที่มักซื้อยามารักษาเองก่อนได้รับการรักษาจากจักษุแพทย์จนทำให้เกิดต้อหินชนิดนี้ได้

2.3.2.6 เกิดจากการอักเสบของม่านตา (Uveitis) โดยมีการยึดติดกันของช่องหน้าลูกตา

2.3.3 ต้อหินตั้งแต่กำเนิด (Developmental glaucoma) คือต้อหินที่เกิดจากการพัฒนาที่ผิดปกติ แบ่งเป็น

2.3.3.1 Primary congenital glaucoma เป็นต้อหินที่เกิดจากพัฒนาการของมุมตาที่ผิดปกติ หรืออาจมีความผิดปกติของตาหรือร่างกายส่วนอื่นๆร่วมด้วย เช่น ความผิดปกติของ Trabecular Meshwork ม่านตา หรือกระจกตา เป็นต้น ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและเป็นได้ทั้ง 2 ตา

2.3.3.2 Developmental glaucoma with associated anomalies เป็นต้อหินที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพของลูกตาที่ทำให้ความดันลูกตาสูงกว่าปกติหรือมีความผิดปกติในระบบร่างกาย (systemic disorder) การรักษาสาเหตุของการเกิดต้อหินจะแตกต่างกันไป เช่น ต้อหินจากม่านตาอักเสบ (Chronic uveitis) ผลจากการอักเสบทำให้น้ำเอเควียสขุ่น และ exudate ไปอุด Trabecular Meshwork ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น การรักษาทำได้โดยการให้ยาลดความดันลูกตาและรักษาม่านตาอักเสบด้วย เป็นต้น

2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหินในผู้สูงอายุ

2.4.1 อายุ พบว่ายิ่งอายุมากความลึกของช่องม่านตาจะลดลง แก้วตามีโอกาสสัมผัสกับม่านตามาก มีโอกาสที่ขอบม่านตาจะไปปิดมุมตาได้ มีรายงานว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคเพิ่มขึ้น 2 เท่าและผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 7 เท่า (สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542)

2.4.2 เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2.4.3 เชื้อชาติ พบในมองโกลอยด์มากกว่าคอแคเซียนและคนผิวดำมากกว่าผิวขาว

2.4.4 ประวัติบุคคลในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่าผู้ไม่มีประวัติ 3-4 เท่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4.5 ผู้ที่มีสายตาสั้นและสายตายาวมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ที่มีสายตาปกติ เนื่องจากผู้ที่มีสายตาผิดปกติมีขนาดและรูปร่างของขั้วประสาทตาผิดปกติ

2.4.6 มีประวัติการใช้ยาที่มีฮอร์โมนพวกคอร์ติโคสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

2.4.7 มีประวัติกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ มีอุบัติเหตุทางตา มีก้อนเนื้องอกในลูกตา

2.4.8 มีประวัติโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง

2.5 การคัดกรองและการตรวจติดตามโรคต้อหิน มีวิธีการดังนี้

2.5.1 การวัดความดันในลูกตา ความดันลูกตาเป็นปัจจัยเสี่ยงของต้อหินเพียงอย่างเดียวที่สามารถเปลี่ยนแปลงจากกาวัดได้ทุกครั้งเมื่อมาพบแพทย์ ความดันลูกตาที่สูงผิดปกติอาจวัดได้ถึงประมาณ 25-40 mmHg อุปกรณ์ในการวัดความดันลูกตามีหลายชนิด และมีเทคนิคในการตรวจบันทึกหลายวิธี (มัญชิมา มะกรวัฒนะ, 2553) ได้แก่

2.5.1.1 Digital Palpation หรือ Finger test โดยใช้ปลายนิ้วชี้ทั้ง 2 มือกดลูกตาเบาๆ เมื่อผู้ป่วยหลับตาจากความรู้สึกของปลายนิ้วที่กดจะบอกถึงความดันในลูกตาอย่างคร่าวๆว่าสูงหรือต่ำจากความรู้สึกแข็ง ตึง หรือนิ่มจากการกดตรวจนั้น

2.5.1.2 การวัดความดันลูกตาโดยวิธีการกดลงที่กระจกตา (Schiotz Tonometer) โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายมองตรงบนเพดาน หยอดยาชา 0.4% Novesin หลังจากนั้นเปิดหนังตาบนและล่างค่อยๆวาง Footplate ของเครื่องวัดลงบนกระจกตา อ่าน Scale Reading บนหน้าปัด นำค่าที่ได้และน้ำหนักที่ใช้ไปเทียบบนตารางจะได้ค่าออกมาเป็น mmHg

2.5.1.3 การวัดความดันลูกตาโดยการใช้อุปกรณ์สัมผัสที่กระจกตา (Applanation Tonometry) ด้วยการหยอดยาชาและย้อมสีกระจกตาด้วยน้ำยา Fluorescein หลังจากนั้นใช้ Binocular Biomicroscope ที่ใช้แสง Cocalt bule ที่มี Applanation Tonometry ติดอยู่ ค่อยๆ เลื่อนปริซึมคู่ (Biprism) ที่ติดอยู่ให้วางทาบด้านบนตรงส่วนยอดสุดของกระจกตา น้ำยา Fluorescein ที่เคลือบอยู่จะทำให้ผู้ตรวจมองเห็นขอบ Fluorescein บน Biprism ปรับน้ำหนักที่กดบนกระจกตาจนกระทั่งขอบในของครึ่งวงกลมทั้งสองของ Biprism มาต่อกันพอดี อ่านค่าความดันลูกตาโดยอ่านบนปุ่มที่ปรับน้ำหนักซึ่งมีหน่วยเป็นกรัมแล้วคูณด้วย 10 จึงได้ค่าความดันเป็น mmHg

2.5.1.4 การวัดความดันลูกตาด้วยการใช้เครื่องวัดความดันตาชนิดเป่าลม (Non-Contact Tonometry) เป็นเครื่องที่ทันสมัย มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย วิธีการวัดจะวัดทีละข้าง ไม่ต้องหยอดยาชา ผู้ป่วยนั่งมองตรงนิ่งๆ ลืมตาโตๆ ผู้วัดอาจเลือกใช้ระบบอัตโนมัติหรือใช้มือปรับกำลังลง เครื่องจะเป่าลมบนกระจกตาดำและอ่านค่าความดันลูกตา มีหน่วยเป็น mmHg ในกรณีที่ความดันลูกตาสูงมากเกินไปเครื่องจะขึ้นคำว่า Over และบางครั้งก็ไม่สามารถวัดได้เช่น ผู้ป่วยไม่ให้

ความร่วมมือในการวัดโดยการกลอกตาไปมา ลืมตาไม่ได้ ซึ่งผู้วัดอาจต้องรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวัดด้วยวิธีอื่นต่อไป

2.5.2 การส่องตรวจภายในลูกตา (Opthalmoscope) ตรวจขั้วประสาทตาจะพบเป็นแอ่งบุ๋ม (Glaucoma Cupping) หรือขั้วประสาทตาเสื่อมฝ่อ ลักษณะที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นโรคต้อหิน คือมี Cup : Disc สูงกว่า 0.5 ลึกและส่วนกลางขยายกว้าง

2.5.3 การตรวจระดับการมองเห็น เป็นการตรวจระดับค่าความสามารถในการมองเห็นของตาข้างที่ผิดปกติข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่ได้จากการวัดโดย snellen's chart ซึ่ง เลขเศษ หมายถึง ระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด และเลขส่วน หมายถึง ระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เช่น VA = 20/50 แสดงว่าผู้ป่วยยืนที่ 20 ฟุต (หรือ 6 เมตร) เห็นตัวเลขบน snellen's chart ที่คนปกติเห็นเมื่อยืนที่ 50 ฟุต แสดงว่าสายตาข้างนั้นผิดปกติ โดยแบ่งระดับความสามารถในการมองเห็นได้ดังนี้ (World Health Organization Classification of Vision, 1997; cited in Silverstone et al., 2000)

สายตาปกติ คือ ระดับหรือค่าความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยที่ประเมินได้จากการวัดโดยใช้ snellen's chart เท่ากับ 20/25 หรือดีกว่า แสดงว่าผู้ป่วยยืนที่ 20ฟุต (6 เมตร) เห็นตัวเลขบน Snellen's chart ที่คนปกติเห็นเมื่อยืนที่ระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ฟุต

สายตาใกล้เคียงปกติ คือ ระดับหรือค่าความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยที่ประเมินได้จากการวัดโดยใช้ snellen's chart เท่ากับ 20/30 ถึง 20/60 แสดงว่าผู้ป่วยยืนที่ 20 ฟุต (6 เมตร) เห็นตัวเลขบน Snellen's chart ที่คนปกติเห็นเมื่อยืนที่ระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30-60 ฟุต

สายตาเลือนราง คือ ระดับความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยประเมินได้จากการวัดโดยใช้ snellen's chart เท่ากับ 20/70 ถึง 20/400 แสดงว่าผู้ป่วยยืนที่ 20 ฟุต (6 เมตร) เห็นตัวเลขบน Snellen's chart ที่คนปกติเห็นเมื่อยืนที่ระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70-400 ฟุต

ตาบอด คือ ระดับความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยประเมินได้จากการวัดโดยใช้ snellen's chart เท่ากับ 20/500 หรือแย่กว่า แสดงว่าผู้ป่วยยืนที่ 20 ฟุต (6 เมตร) เห็นตัวเลขบน Snellen's chart ที่คนปกติเห็นเมื่อยืนที่ระยะทางมากว่าหรือเท่ากับ 500 ฟุต

2.5.4 การตรวจลายสานตา (Visual Field Examination) โดยใช้เครื่องมือตรวจเรียกว่า Perimeter ผู้ป่วยที่เป็นต้อหินจะพบความผิดปกติของลานสายตาซึ่งมีลักษณะเฉพาะโรค เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

2.5.5 การตรวจมุมตา (Gonioscopy) เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินมุมปิดหรือต้อหินมุมเปิด และจะให้การรักษาด้วยวิธีใด

2.6 แนวทางการรักษาโรคต้อหิน

การรักษาโรคต้อหินนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้ประสาทตาถูกทำลายมากขึ้น โดยทำให้ความดันในลูกตาลดลงสู่ระดับปกติ ป้องกันการสูญเสียการมองเห็นในระดับที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย (Visual related quality of life) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด โดยวิธีการรักษาแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้ (มัญชิมา มะกรวัฒนะ, 2553)

2.6.1 การรักษาด้วยยา มีทั้งยาหยอดตาและยารับประทาน การรักษาจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วนตามแพทย์สั่ง การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อลดการสร้างน้ำเอเคเวียสและเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเคเวียสทาง Trabecular Meshwork ยาหยอดตาและยารับประทานที่นิยมใช้มี 6 กลุ่ม ได้แก่

2.6.1.1 Miotics ใช้รักษาได้ทั้งต้อหินมุมเปิดและมุมปิด ยากลุ่มนี้ได้แก่ Pilocarpine เนื่องจากราคาไม่แพง ลดความดันตาได้ผลดี ออกฤทธิ์โดยทำให้มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ Ciliary ส่งผลให้มีการเพิ่มการไหลเวียนของน้ำเอเคเวียส ยาตัวนี้ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมงและสามารถอยู่ได้นาน 8 ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบคือ การมองเห็นลดลงในที่ที่มีแสงน้อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

2.6.1.2 Beta-adrenergic inhibitors ได้แก่ Timolol, Betaxolol ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดการสร้างน้ำเอเคเวียส ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมงและหมดฤทธิ์ภายใน 24 ชั่วโมง ผลข้างเคียงคือทำให้เกิดหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ อาจเกิดหัวใจวายได้

2.6.1.3 Alpha adrenergic agonist ยากลุ่มนี้ได้แก่ Epinephrine ออกฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนและลดการสร้างน้ำเอเคเวียส แต่เนื่องจากมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก เช่น เกิดเยื่อบุตาอักเสบ แดงบ่อย ง่วงซึม อ่อนเพลียได้จึงไม่นิยมใช้

2.6.1.4 Carbonic anhydrase inhibitor ได้แก่ Diamox (Acetazolamide) หรือ Metazolamind (Neptazane) ออกฤทธิ์โดยการลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงตาโดยตรง ขนาดที่ให้ในผู้ใหญ่คือ 1 เม็ด (250 มิลลิกรัม) แบ่งให้ 2-4 ครั้ง/วัน ยานี้ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมงและหมดฤทธิ์ภายใน 24 ชั่วโมง ผลข้างเคียงมีค่อนข้างมากคือ ชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เกิดภาวะกรดในร่างกาย เป็นต้น

2.6.1.5 Hyperosmotic agents ยากลุ่มนี้มี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดกิน คือ Glycerol, Isosorbide และชนิดให้ทางหลอดเลือดดำ คือ Manitol, urea เป็นต้น เป็นยากลุ่มที่ใช้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน หรือต้อหินทุติยภูมิที่มีความดันตาสูงมากๆและเป็นอันตรายต่อขั้วประสาทตา อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน โดยเฉพาะเมื่อให้ยารับประทาน ส่วนชนิดให้ทางหลอดเลือดดำอาจพบมีปัสสาวะบ่อย สับสนได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.6.1.6 Prostaglandin analogues ได้แก่ 0.005% latanoprost, 0.3% bimatoprost เป็นต้น ออกฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนของน้ำเอเควียสสามารถลดความดันตาได้ดี ใช้ได้ทั้งต้อหินมุมปิดและมุมเปิดชนิดปฐมภูมิ ใช้หยอดตาวันละครั้งก่อนนอน อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ ตาแดง ขนตายาวขึ้น ม่านตาอักเสบ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยต้อหินทุติยภูมิ

2.6.2 การรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันตาได้ด้วยปริมาณยาที่สูงที่สุดหรือไม่สามารถทนต่อการใช้ยาได้ มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหิน ได้แก่

2.6.2.1 Laser iridotomy เป็นการทำให้น้ำเลี้ยงลูกตาไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตา โดยใช้แสงเลเซอร์เจาะทะลุบริเวณ midperiphery ของม่านตาเพื่อป้องกัน Papillary block

2.6.2.2 Argon laser trabeculoplasty เป็นการใช้เลเซอร์ยิงไปที่ Anterior surface ของ Trabecular Meshwork ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินมุมเปิดที่ใช้ยารักษาแล้วไม่สามารถควบคุมได้

2.6.2.3 Laser iridoplasty หรือ Laser gonioplasty เป็นการใช้เลเซอร์ยิงไปที่ peripheral iris stroma เพื่อให้ม่านตาเกิดการหดตัว ทำให้ peripheral anterior chamber angle ลึกขึ้น ใช้รักษาในรายที่เป็นต้อหินมุมปิด

2.6.2.4 Laser cyclophotocoagulation เป็นการใช้แสงเลเซอร์ไปทำลายเยื่อบุผิวของ ciliary เพื่อลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตาในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินทีเกิดภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกทั้งชนิดใส่เลนส์เทียมและไม่ใส่เลนส์เทียม เรียกรวมๆว่า refractory glaucoma รวมทั้งต้อหินระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยยาและเลเซอร์แล้วไม่ได้ผล มีอยู่ด้วยกันหลายวิธีเช่น การจี้เลเซอร์ด้วยความเย็นและความร้อน การใช้เครื่องอัลตราซาวด์

ปัจจุบันนิยมใช้การยิงเลเซอร์กันมากเนื่องจาก ทำให้ความดันตาลดลงได้ดี มีอาการเจ็บปวดและการอักเสบในลูกตาไม่มากนัก อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผ่าตัด

2.6.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาขั้นสุดท้ายเพื่อชะลอความเสื่อมของขั้วประสาทตาและคงสภาพลายสายตาที่เหลืออยู่ให้นานที่สุด ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยการใช้ยาและการยิงเลเซอร์แล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้เป็นปกติได้ วิธีการผ่าตัดได้แก่

2.6.3.1 Trabeculectomy การผ่าตัดวิธีนี้เป็นการผ่าตัดเพื่อเปิดรูเล็กๆให้น้ำในตาระบายออกไปตามรูที่สร้างไว้สู่บริเวณใต้เยื่อบุตาและดูดซึมออกตามเส้นเลือดที่เยื่อบุตา

2.6.3.2 Drainage implant เป็นวัสดุเล็กๆมีส่วนของท่อที่วางไว้ในช่องหน้าลูกตาเพื่อระบายน้ำในตาออกไปสู่บริเวณใต้เยื่อบุตาและดูดซึมออกตามเส้นเลือดที่เยื่อบุตา

3. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหิน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินต้องการการดูแลรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินจึงต้องเป็นการส่งเสริมช่วยเหลือตนเองให้ผู้ป่วยโรคต้อหินสามารถดูแลตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลและการจัดการเชิงระบบที่ดีจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือถ้าเป็นกลุ่มเสี่ยงจะช่วยชะลอการเกิดโรค ผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้คือ ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายทั้งจากตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัว และลดภาระของรัฐ ซึ่งการจัดการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จำเป็นต้องบูรณาการทั้งประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ และการยอมรับของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ได้แก่

3.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (Taylor, Galbraith, & Mills, 2002) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะปฏิบัติต่อแพทย์ ในทิศทางเดียวกับที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ถ้าแพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยประทับใจและเห็นว่ามีการดูแลเอาใจใส่ที่ดี แสดงความเห็นอกเห็นใจเป็นกันเองกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และยังให้ความสำคัญกับการมาพบแพทย์ตามนัดด้วย

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลควรให้คำแนะนำด้วยท่าทางที่ยินดีและเต็มใจ มีทักษาการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ มีการย้ำในสิ่งที่จำเป็นหรือที่คิดว่าผู้ป่วยอาจเข้าใจผิด รวมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวอื่นๆที่เหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ เป็นการแสดงให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแลของพยาบาล ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2543)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา

ในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นสำหรับผู้สูงอายุโรคต้อหินถือเป็นประเด็นที่สำคัญมาก เนื่องจากการรักษาหลักในต้อหินคือ การใช้ยา (Hoevenaars, Schouten, Van Den Borne, Beckers, & Webers, 2008) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยได้มาก (ธาริณี อัครวิเชียร และวิวรรธน์ อัครวิเชียร, 2541) ผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรคต้อหินมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีและใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องมากขึ้นในผลการรักษา ความเข้าใจผิดในหลักการและผลการรักษาต้อหินเป็นสิ่งที่มีผลอย่างมากต่อวินัยการใช้ยาในระยะยาว เนื่องจากยาต้อหินมีโอกาสก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ในขณะที่ไม่สามารถรักษาให้

โรคหายขาดได้และไม่สามารถทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นที่เสียไปแล้วกลับคืนมาได้ บุคลกรทางการแพทย์จึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้ยาต้อหินให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นและจำเป็นต้องย้ำถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะอีกด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

3.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาแก่ผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและลดปัญหาการหยุดยาเองของผู้สูงอายุได้ พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยาในกลุ่ม prostaglandin (Xalatan, Travatan, Lumigan) จะมีข้างเคียงคือ อาการตาแดง ผิวหนังบริเวณรอบดวงตาคล้ำเข้มขึ้น ถ้าแพทย์ให้คำแนะนำและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเป็นอาการที่ไม่ได้ก่ออันตรายแต่อย่างใด อัตราการหยุดใช้ยาดังกล่าวจะลดลง และยังสามารถลดปัญหาการกลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดหมายจากความวิตกกังวลอีกด้วย (ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550)

3.4 การให้ความรู้เรื่องการหยอดตาที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ควรคาดเดาว่าผู้สูงอายุสามารถหยอดยาเองได้ เพราะการขาดประสิทธิภาพในการหยอดตาไม่ถูกวิธี จำนวนครั้งและเวลาในการหยอดไม่ตรงตามแผนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล (Winfield, Jessiman, Williams, & Esakowitz, 1990) ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถหยอดยาได้เอง เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น มือสั่น ไม่มีแรงบีบขวดยา การมองเห็นไม่ดี หรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พยาบาลต้องสอนญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการหยอดยาที่ถูกต้อง

การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ/ญาติหรือผู้ดูแล สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

3.4.1 การให้ความรู้ด้วยวาจา อาจทำได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เวลาในการให้คำแนะนำ ความรู้ในเรื่องต่างๆไม่ควรนานเกินไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย และจดจำคำแนะนำไม่ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ภาษาที่ใช้ควรใช้คำที่เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ศัพท์ทางวิชาการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4.2 การใช้เอกสารแผ่นพับหรือสื่อวีดีทัศน์ ซึ่งจากการศึกษาของ Rosenthal et al. (1983) พบว่า การให้ผู้ป่วยที่เป็นต้อหินจำนวน 98 คน ดูวีดีโอเทปความรู้เกี่ยวกับโรค หลังจากนั้นประมาณ 6 เดือนประเมินผล ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เป็นโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญ หรับข้อจำกัดของเอกสารแผ่นพับคือ ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก หรือมีปัญหาทางด้านสายตา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่สายตาไม่ดี ไม่สามารถใช้วิธีนี้ได้ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยอ่านเอกสารต่างๆที่แจกให้

3.5 การปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ง่ายและสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุหยอดยาได้เองอย่างสม่ำเสมอดีขึ้น เช่น แนะนำให้ใช้ยาเวลาตื่นนอน เวลาหลังรับประทานอาหารเช้า-หลังอาหารมื้อกลางวัน-หลังอาหารมื้อเย็น หรือเวลาก่อนเข้านอน แล้วให้ผู้ป่วยเลือกใช้ยาในเวลาที่สะดวกที่สุดที่สัมพันธ์กับกิจวัตรเหล่านี้ นอกจากนี้การบริหารยาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุด มีความเข้มข้นต่ำที่สุด การใช้ยาในรูปแบบที่ลดความถี่ของจำนวน

ครั้งที่ใช้ต่อวัน โดยยังสามารถควบคุมโรคได้ เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อการหยอดยาของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างสม่ำเสมอ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาสองชนิดขึ้นไป อาจพิจารณาใช้ยาสูตรผสม เพื่อให้ง่ายต่อการหยอดยา เนื่องจากในผู้สูงอายุบางรายที่หลงลืมหรือสับสนง่าย หรืออาจแนะนำให้ใช้วิธีการทำตารางการใช้ยาโดยเขียนชื่อยาร่วมกับสีจุกขวด หรือลักษณะพิเศษของขวดยาและเวลาที่ต้องใช้ยา จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น

หากพยาบาลปฏิบัติได้ดังกล่าว จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะให้สูงยิ่งขึ้น เป็นการสร้างความก้าวหน้าให้กับตนเองและผู้ป่วยโดยตรง ได้ผลการรักษาที่มีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความเป็นนามธรรม เกิดขึ้นชั่วคราวที่เป็นพลวัตรและมีความหมายหลากหลายมิติ (Sneed et al., 2001) เป็นแนวคิดที่มีความหมายกว้างขวาง โดยครอบคลุมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว การเงิน สังคม วัฒนธรรม เพื่อนบ้าน เป็นต้น ซึ่งต่อมาพบว่า เมื่อคนเรามีสุขภาพดี ปัจจัยอื่นๆจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่ถ้ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น สุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตเหนือปัจจัยอื่นๆ (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552)

ในปัจจุบันคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง คุณภาพชีวิตเป็นจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุดแม้กระทั่งผู้ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆสามารถทำได้ดี รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในด้านสุขภาพ ได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาใช้ในการให้การบริการ การรักษา โดยมีเป้าหมายมิใช่เพียงให้หายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมไปถึงการมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Cooley, 1998) ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการรับรู้และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล (The world health organization quality of life assessment group, 1996) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม อายุ เป็นต้น อีกด้วย (Ferrans, 1990) โดยการศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ทั้งนี้เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นหมายรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ และสติปัญญา และความต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะแปรผันได้ตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ในขณะที่องค์ประกอบในการศึกษาคุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของพื้นที่ ขนาดประชากร สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไปตามสภาพการณ์นั้นๆ

4.1 คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตได้มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านศึกษาและมีการพัฒนาคำจำกัดความมาเกือบทุกๆปี โดยความหมายของคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งเป็น 3 หัวข้อใหญ่ๆ ได้ ดังนี้

4.1.1 คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป

องค์กรการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1981) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ประสบการณ์ในชีวิตทุกๆด้านของบุคคล โดยรวมถึงความพอใจทางวัตถุที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน ความพึงพอใจการพัฒนาตนเอง รวมถึงความพอใจในความเท่าเทียมกันของระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มชุมชน สถาบันชาติ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของสังคม

Padilla & Grant (1985) ได้นิยามคุณภาพชีวิตแบบกว้างๆว่า หมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) และความพึงพอใจ (Satisfaction) ในชีวิตของตนเอง

Zhan (1992) ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิต โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์การอนามัยโลก WHO (The World Health Organization Quality of Life Assessment Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและกฎเกณฑ์ของบุคคลนั้นๆ เป็นการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

4.1.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Ferrans and Power (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต เกิดจากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับแต่ละองค์ประกอบ

แต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อชีวิตตนเอง โดยแต่ละองค์ประกอบนั้นมีผลกระทบแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตในอดีตประเพณี วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

Wilson & Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติด้านสุขภาพ โดยมีผลกระทบมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

Jones (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของบุคคลหนึ่ง มีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ความเจ็บป่วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการรับรู้ทั่วไป

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ ผลกระทบของโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยมิติด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความพึงพอใจในชีวิตและภาวะสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์และจำ การดำเนินชีวิตทำมาหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการต่างๆของโรค

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ ความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคล รวมทั้งผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.1.3 คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

สถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Mangione et al., 1998) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นว่า เป็นการรับรู้ความสามารถที่ต้องใช้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม การจำกัดบทบาท การพึ่งพา สภาวะจิตใจ ความสามารถในการขับรถ การมองเห็นโดยรอบ การมองเห็นสี และอาการปวดตา

Chan et al. (2003) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นว่า หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ในด้านต่างๆของสายตา 4 ด้าน คือ การมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และความไม่สุขสบายจากอาการของโรค

ทองคูณ ยุบัวภา (2551) กล่าวว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของการทำหน้าที่ด้านสายตาและภาวะจิตใจ 5 ด้าน ได้แก่ การมองเห็นระยะไกล, การมองเห็นระยะใกล้, การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม, ความไม่สุขสบายจากอาการของโรค, อารมณ์และจิตใจ

ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ความลำบากในการทำกิจกรรมและผลกระทบจากปัญหาสายตา

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับความสามารถต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ในด้านต่างๆของสายตา ได้แก่ ภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ความลำบากในการทำกิจกรรมและผลกระทบจากปัญหาสายตา

4.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น (Visual-Related Quality of Life) ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์และคณะ (2552) ที่ศึกษาการทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม Thai Visual Function Ouestionnaire 28 โดยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Mangione et al., 1998) ที่มีองค์ประกอบทั้งหมด 11 ด้าน ไปใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 31 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) อีกครั้ง ผลที่ได้สรุปได้เป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น 3 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมและด้านผลกระทบจากปัญหาสายตา โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความกระชับมากขึ้นแต่ยังครอบคลุมแนวคิดเดิมทั้งหมด 11 ด้านอยู่

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของ ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรีย์ ประทีปะวณิชจอห์น และ สมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์ (2552) ที่ประกอบด้วย 3 ด้าน เป็นแนวคิดที่มีความกระชับมากขึ้น ง่ายต่อการเข้าใจโดยยังครอบคลุมและอธิบายได้ทำนองเดียวกับแนวคิดที่เป็นต้นแบบที่ประกอบด้วย 11 ด้านดังรายละเอียดที่อธิบายตามแนวคิด 3 ด้านของ ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบเดิมของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา 2 ด้าน คือ

1) ด้านการมองเห็นทั่วไป (General vision) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการมองเห็นทั่วไปของตนเอง

2) ด้านอาการปวดตา (Ocular pain) เป็นการรับรู้ถึงอาการปวดตา หรือความรู้สึกไม่สุขสบายตา เช่น อาการคันตาแสบตา เป็นต้น

2. ความลำบากในการทำกิจกรรม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมทั่วๆไป ประกอบด้วยองค์ประกอบเดิมของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา 6 ด้านคือ

1) ด้านการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะใกล้ (Near activities) เป็นการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะใกล้ เช่น การอ่านหนังสือ การขึ้น-ลงบันได เป็นต้น

2) ด้านการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล (Distance activities) เป็นการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล เช่น การมองเห็นป้ายร้านค้า เป็นต้น

3) ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม (Social functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น

4) ความสามารถในการขับรถ (Driving) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการขับรถในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การขับรถในเวลากลางวัน/กลางคืน การขับรถบนทางด่วน เป็นต้น

5) ด้านการมองเห็นโดยรอบ (Peripheral vision) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นสิ่งต่างๆรอบๆตัว

6) ด้านการมองเห็นสี (Color vision) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นสี เช่น การจับคู่สีเสื้อผ้า การบอกสีตามภาพ เป็นต้น

3. ผลกระทบจากปัญหาสายตา เป็นการรับรู้ของปัญหาจากสายตาผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งต่างๆที่ทำ เช่น ส่งผลกระทบต่อการทำสิ่งต่างๆที่อยากทำ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความหงุดหงิด วิตกกังวล ประกอบด้วยองค์ประกอบเดิมของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา 3 ด้านคือ

1) ด้านการจำกัดบทบาท (Role Difficulties) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงาน การเล่นกีฬา การดูหนัง เป็นต้น

2) ด้านการเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Dependency) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) ด้านสภาวะจิตใจ (Mental Health) เป็นการรับรู้อารมณ์และความรู้สึกที่มีผลมาจากการมองเห็น เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความโกรธ เป็นต้น

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปสามารถประเมินได้โดยแบ่งการประเมินตามลักษณะเนื้อหาเป็น 2 ด้าน (Bullinger, 2004) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.3.1 การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General Quality of life) เป็นคุณภาพชีวิตแบบกว้างๆ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและอาการทั่วไป โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปสามารถใช้ได้กับทั่วโรค ข้อดีของเครื่องมือนี้คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตและมิติต่างๆ สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคต่างๆได้ ส่วนข้อเสียคือ ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพ เนื่องจากไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคใดๆ ตัวอย่างเครื่องมือได้แก่ WHOQOL-BREFF, Shot From Health Survey (SF 36), Quality of Well-being, EuroQOL เป็นต้น

4.3.2 การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (Disease-Specific measure of quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคหรืออาการ เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองต่อการปฏิบัติหรือการรักษาที่ได้รับ ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ มีความไวต่อการดำเนินชองโรคและประเมินความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคในระยะต่างๆ แต่มีข้อเสียคือไม่สามารถนำผลการประเมินไปเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆได้ ตัวอย่างเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินการวัดการทำหน้าที่ด้านการมองเห็นของ The National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25 (NEI-VFQ-25) แบบประเมินการวัดการทำหน้าที่ด้านการมองเห็น (The Visual Function 14) แบบประเมินการวัดการทำหน้าที่ด้านการมองเห็น (The Visual Function 7 [VF-7]) แบบวัดอาการแสดงของต้อกระจก (The cataract symptom scale [CSS]) แบบวัดอาการแสดงของโรคต้อหิน (The Glaucoma symptom scale [GSS]) (Lee et al., 1998) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคต้อหิน (The Glaucoma Quality of life-15 [GQL-15]) (Nelson et al., 1999) แบบประเมินผลกระทบจากอาการของโรคต้อหิน (The Symptom Impact Glaucoma Score [SIG]) (Janz et al., 2001) แบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านการมองเห็น (Thai Visual Function Questionnaire 28 [VFQ-28 Thai]) เป็นต้น

เครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยไม่ได้เลือกนำมาใช้เนื่องจากมีความไม่ครอบคลุมต่อการประเมินในบางมิติ เช่น The Visual Function 7 (VF-7) และ The Visual Function 14 ใช้วัดสุขภาพด้านการมองเห็นและการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสังคม แต่ไม่ได้วัดการทำหน้าที่ด้านอารมณ์และจิตใจ (The Glaucoma symptom scale [GSS]) และ The Glaucoma Quality of life-15 (GQL-15) ที่วัดและประเมินอาการแสดงทางกายภาพของโรคต้อหินเท่านั้นไม่ได้ประเมินไปถึงด้านจิตใจและสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเลือกเครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยพิจารณาใช้เครื่องมือที่มีความไวต่ออาการของการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านการมองเห็นหรือมีความพิการทางสายตาที่ช่วยอธิบายผลลัพธ์ได้ชัดแจ้งกว่าการใช้เครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบทั่วๆไป การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นสามารถประสบผลสำเร็จได้ด้วยการใช้คำถามที่ตรงประเด็นกับปัญหาที่เกิดขึ้นและ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น Thai Visual Function Questionnaire 28 [VFQ-28 Thai] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านการทำกิจกรรม และด้านจิตใจ โดยเครื่องมือนี้มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Eye Institute [NEI]) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่มีความเป็นมาตรฐาน นิยมใช้ในนานาประเทศ และสามารถวัดได้เฉพาะในผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) สร้างขึ้นโดย ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรีย์ ประทีปะวณิช จอห์น และ สมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์ (2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบคลุมมิติต่างๆสำหรับโรคตาทั่วไปในประเทศไทย สร้างขึ้นโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับดัดแปลงจากแบบสอบถามเฉพาะโรคด้านการมองเห็นมาตรฐาน (The 25-Item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire [NEI-VFQ-25]; Mangione et al, 2001) ทั้งนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคตาในประเทศไทย โดยขั้นตอนในการพัฒนาแบบสอบถามเริ่มต้นด้วยการแปลแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 2 คน มาแปลแบบสอบถาม NEI-VFQ-25 และปรับภาษาตามความเหมาะสม แล้วได้เชิญทีมวิจัยจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและผู้เชี่ยวชาญด้านแบบประเมินคุณภาพชีวิต ร่วมกันพิจาณาข้อมูลเพื่อเลือกคำถามที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย

แบบสอบถาม VFQ-28 Thai สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตได้หลายมิติ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสายตาทั่วไป 25 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป 1 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ลักษณะตัวเลือกคำถามเป็นแบบ Likert scale 5-6 ระดับ มี 3 องค์ประกอบ คือ

1) ภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ได้แก่ การมองเห็นทั่วไป (General vision) และการปวดตาและไม่สบายตา (Ocular pain)

2) ความลำบากในการทำกิจกรรม ได้แก่ การทำกิจกรรมที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ (Near activities), การทำกิจกรรมที่ต้องใช้สายตาในระยะไกล (Distant activities), สังคม (Social), มิติการขับรถ (Driving), การมองเห็นสี (Color vision) และการมองเห็นส่วนริม (Peripheral vision)

3) ผลกระทบจากปัญหาสายตา ได้แก่ ความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Dependency), จิตใจ (Mental) และความลำบากในการทำงาน (Role difficulty)

จากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงสูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ และเมื่อรวมค่าความเที่ยงของทั้งแบบสอบถามพบว่าได้เท่ากับ 0.96

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแต่ละตัวแปรมีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปร มีดังนี้

5.1 อายุ

5.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

อายุเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบถึงความแตกต่างเกี่ยวกับลักษณะทางชีววิทยาและสรีระวิทยาของร่างกาย การเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิต เป็นปัจจัยส่วนบุคคลทีมีความแตกต่างกันในแต่ละคน (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น จะมีร่างกายที่เสื่อมถอย สมรรถนะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายนั้นช้าลง รวมทั้งอายุยังมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Padilla & Grant, 1985) สอดคล้องกับ Wu et al. (2008) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Zuo et al, (2015) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายในผู้ป่วยโรคต้อหิน

5.2 ระดับการศึกษา

5.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกๆ ด้านของบุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Verderburg, 1987 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาสติปัญญาและภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาดีจะสามารถเข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจากการศึกษาของ Cesareo et al. (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo et al, (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำ

5.3 ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน

5.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคต้อหินกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

ระดับความรุนแรงของโรคเป็นลักษณะทางพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงของโรคต้อหิน สามารถตรวจพบได้โดยจักษุแพทย์ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย เนื่องจาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมาก ส่งผลให้ระดับการมองเห็นแย่ลง คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุก็จะลดลงตามไปด้วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ ถ้าความรุนแรงของโรคทำให้สูญเสียการมองเห็นหรือตาบอด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัย เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นเป็นไปในทางลบ จากการศึกษาของ Tachanivate (2007) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Crews et al, (2016) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง และการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งความรุนแรงของโรคต้อหินออกเป็น 5 ระดับตาม Glaucoma Grading Scale (Hodapp-Parrish-Anderson) ดังต่อไปนี้

1. Stage 1: Early Defect หมายถึง มีการเสียสมดุลของความดันน้ำในลูกตา ทำให้ค่าความดันตาผิดปกติ คือ สูงกว่า 20 มม.ปรอท ระยะนี้จะตรวจพบมีค่าความดันลูกตาผิดปกติร่วมกับการตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-6.00dB โดยยังไม่มีการทำลายของขั้วประสาทตา หรือการสูญเสียการมองเห็น ลานสายตายังคงปกติ การรักษาในระยะนี้จะได้ผลดีมาก และผู้ป่วยมีโอกาสตาบอดจากโรคต้อหินน้อยมาก

2. Stage 2 : Moderate Defect หมายถึง ระยะที่มีการสูญเสียของเส้นประสาทตาไปแล้วมากกว่าร้อยละ 25 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-6.00 ถึง -12.00dB จะพบลานสายตาในบริเวณของด้านนอกแคบลงเพียงเล็กน้อย หากไม่สังเกตหรือตรวจวัดลานสายตาโดยใช้เครื่องมือเฉพาะอาจไม่สังเกตเห็นความผิดปกติใดๆเลย การรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาด้วยยาหยอดตาเพื่อให้การทำงานของเส้นประสาทตายังคงเป็นปกติ

3. Stage 3 : Advanced Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบการทำลายของเส้นประสาทตาไปมากกว่าร้อยละ 50 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-12.01 ถึง -20.00dB การรักษาในระยะนี้ทำได้ด้วยการหยอดยาร่วมกับการผ่าตัดเพื่อลดความดันตาให้น้อยลงที่สุด

4. Stage 4 : Severe Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบการทำลายของเส้นประสาทตาไปมากกว่าร้อยละ 75 ตรวจลานสายตา (Visual field) พบค่า MD ≥-20.00dB การรักษาในระยะนี้ทำได้เพียงประคองให้การมองเห็นคงเดิมไม่แย่ลง แต่ไม่สามารถทำให้กลับคืนเป็นปกติได้

5. Stage 5 : End-Stage Defect หมายถึง ระยะที่ตรวจพบการทำลายของเส้นประสาทตาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถวัดค่า MD ได้ และพบค่า VA ลดลงมากกว่า 6/60 ซึ่งถือเป็นระยะสุดท้ายของโรคต้อหินไม่สามารถรักษาหรือประคับประคองอาการได้อีก

5.4 ภาวะซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นั้นล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เผชิญกับภาวการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น เสียคู่สมรส เพื่อน ญาติ การสูญเสียความสามารถที่เคยมีอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีความเสื่อมถอยหรือมีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสามารถปรับตัว ยอมรับได้อย่างเหมาะสม จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญได้จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

5.4.1 ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงมีความท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ตำหนิตนเอง โดยความรู้สึกเหล่านี้ยังคงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

Luber (2001) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่งจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิต แสดงออกลักษณะของกลุ่มอาการต่อไปนี้ คือ โศกเศร้าเสียใจ หมดสิ้นทุกอย่าง ท้อแท้หมดหวัง

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียโดยมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.4.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง แบบประเมินที่ใช้บ่อยมีดังนี้ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545)

5.4.2.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1961 โดยมาจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีความครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน การแปรผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าคือ 0-9 หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 10-15 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 16-19 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า

ระดับปานกลาง 20-29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30-63 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

5.4.2.2 Thai Geriatric depression scale : TGDS สร้างและพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ และผู้สูงอาย, พยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยา รวม 29 คน จากสถาบันต่างๆ 14 แห่ง โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage (1978) ลักษณะของแบบวัดเป็นการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ การแปรผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ (0-12 คะแนน) ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) ผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric depression scale : TGDS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่วัดสะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

5.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ซึ่งได้แก่ ความโศกเศร้าเสียใจ หดหู่อ้างว้าง รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจะมีอาการแสดงที่แตกต่างกันไป (Miller C. A., 1999) ได้แก่ อาการทางกาย ผู้ป่วยจะมีอาการเช่น แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย แบบแผนการรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน ปวดศีรษะ แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง อาการทางจิตใจ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด สติปัญญาและการรับรู้ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น มีอารมณ์ขุ่นเคืองง่าย รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ท้อแท้และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา อาการทางสังคม ผู้ป่วยจะมีอุปนิสัยเปลี่ยนไป ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ไม่เข้าสังคม ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นจนถึงแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา Rovner et al (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคต่อการสูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็นที่แย่ลงส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Zhang et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูญเสียการมองเห็น พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงเนื่องจากการสูญเสียการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al (2016) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้อหิน

5.5. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.5.1 ความหมายเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ การปฏิบัติกิจกรรมส่วนบุคคลของแต่ละบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตที่สามารถทำได้จริง แบ่งได้เป็น 2 ระดับใหญ่ๆ คือ

5.1.1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง เป็นต้น

5.1.2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์สิ่งของต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง (Instrumental activity of daily living) ได้แก่ การประกอบอาหาร การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่ง การคิดเงินทอน การทำบัญชีค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547)

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่ต้องปฏิบัติในแต่ละวัน โดยครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐานในบ้าน

5.5.2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่กำหนดหรือไม่ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่

5.5.2.1 Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 อย่าง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การลุกจากที่นอน การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น

5.5.2.2 The Katz Index of ADL เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนย้ายตนเอง

5.5.2.3 แบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบสอบถามทีประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบสอบถามสมรรถภาพในการปฏิบัติขั้นพื้นฐานที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index ของ Barthel and Mahoney

เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม เช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การลุกจากที่นอน การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index : CAI) เป็นแบบสอบถามกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกจากบ้าน การเตรียมหรือทำอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และ การใช้บริการรถเมล์หรือรถ 2 แถว

จากพยาธิสภาพของโรคต้อหินจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นและสายตา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่เป็นอิสระ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหินจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะนำไปปรับวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วย และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล ซึ่งเป็นแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติทุกด้านและเหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมไทย จึงมีความเหมาะสมมากกว่าแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆ

5.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน มีความบกพร่องด้านการมองเห็นและมีลานสายตาที่แคบลง ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพามักจะมีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (Coleman, 1999) จากการศึกษาของ La Grow et al (2011) ที่ศึกษา พบว่า การถูกจัดกิจกรรมและการลดบทบาทหน้าที่จากภาวะบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Park et al (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al (2011) ที่พบว่าการถูกจำกัดกิจกรรมจากความบกพร่องทางการมองเห็นทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

5.6 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย จึงถือเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการ

ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่เสมอ และจะมีปริมาณความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากยิ่งขึ้นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต (วาสนา ฟุ้งฟู, 2548)

5.6.1 ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

Cutrona (1987) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกอิ่มเอมใจ ความพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วย ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูอุ้มชูผู้ที่อ่อนแอกว่า การส่งเสริมให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันและการให้คำแนะนำ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีคนให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นในคุณค่าของตน เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกันยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของแรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินผลตนเองในสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Thoits (1986) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านสังคม อารมณ์ สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดขึ้นจากมีการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม โดยการช่วยเหลือนี้จะสามารถทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

5.6.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

5.6.2.1 Cutrona (1987) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) โดยส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิท เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) เป็นการทำให้บุคคลมีเป้าหมายมีโอกาสที่จะผูกมิตรกับผู้อื่น ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวจากสังคมและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3) การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4) การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) เป็นการที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ ยกย่องและชื่นชม ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้จะทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่า

5) การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ (Obtaining of guidance/assistance) เป็นการช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหา ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวังได้

5.6.2.2 House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้การยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย ซึ่งจะได้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทาง และการใช้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งการอยู่ร่วมกันในสังคมทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมกันในสังคม

5.6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะโครงสร้างหลากหลายมิติ จึงทำให้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีความหลากหลายตามแนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนี้

5.6.3.1 Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นเครื่องมือที่ดีรับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะในปี ค.ศ. 1983 ใช้ในการวัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มี ประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพาและความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยคำตอบเป็นแบบเลือก

“มี” หรือ “ไม่มี” ถ้าตอบ “มี”จะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟครอนบาคได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (Item-total correlation) อยู่ในช่วง .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

5.6.3.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นโดย House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่สูงหมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย House (1981) เนื่องจากเป็นการประเมินการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่กะทัดรัด ครอบคลุมและเหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมธุรส จันทร์แสงสี (2540) มาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .85

5.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

การสนับสนุนทางสังคม คือความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการด้านต่างๆของตนเอง ซึ่งมีผลส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Barron et al, 1994) บุคคลทุกวัยมักมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็ยิ่งมีมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความสารถในการพึ่งตนเองลดลง ดังนั้นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อาจเป็นสิ่งของ แรงงาน การแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมทางสังคม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวลมากขึ้น จึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุโรคต้อหินต้องเผชิญกับภาวะการมองเห็นที่ลดลง การดำเนินชีวิตมีความยากลำบากมากขึ้น ต้องได้รับการหยอดตา การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) และ เบญญาภา มุกสิริทิพานัน (2557) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Wang, Chan, Ho, & Xiong, 2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นในผู้ที่มีความ

บกพร่องทางด้านการมองเห็นและในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมธุรส จันทร์แสงสี (2540) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981)

5.7. ความร่วมมือในการรักษา

การศึกษาความร่วมมือในการรักษาเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เนื่องจากพบว่าความร่วมมือในการรักษามีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องติดตามการรักษาเป็นเวลานาน (Krueger, Berger, & Felkey, 2005)

5.7.1 ความหมายเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

องค์การอนามัยโลก (2003) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดจากความยินยอมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

(Kyngäs, Duffy, & Kroll, 2000) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการรับรู้แรงจูงใจของบุคคลซึ่งมีความเชื่อและเจตนาในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือข้อกำหนดในการดูแลสุขภาพรวมถึงความกระตือรือร้นของผู้ป่วยโดยเจตนา และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ภายใต้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์

Brannon and Feist (2013) ได้ให้ความหมายรวมตั้งแต่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ได้แก่ การรับฟังคำแนะนำในการรักษา การมาตรวจติดตามผลตามนัดหมาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้เข้ากับการรักษา

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่ลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.7.2 แนวคิดความร่วมมือในการรักษา

Tsai (2003) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

Olthoff et al. (2005) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นสิ่งที่ช่วยทำนายถึงความร่วมมือในการรักษาได้แก่ พื้นฐานด้านลักษณะส่วนบุคคลของตัวผู้ป่วย การรักษาและความรุนแรงของโรคกับผลการรักษาที่ไม่แน่นอน

5.7.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จะช่วยประเมินผลการรักษาและปัญหาของผู้ป่วย การประเมินความร่วมมือในการรักษาที่ได้ผลถูกต้องแม่นยำที่สุด จะต้องทำในช่วงเวลาและสถานที่ที่ผู้ป่วยใช้ยา เพราะแผนการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินสามารถ

เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่ในทางปฏิบัติ มักจะประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ จึงทำให้ผลการประเมินไม่แน่นอน ในปัจจุบันมีวิธีการประเมินความร่วมมือหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความยากง่าย ความแม่นยำ แบ่งได้เป็น 2 วิธี หลักคือ

1). วิธีวัดโดยตรง (Direct methods) เป็นการวัดระดับยา หรือปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง เป็นการตรวจวัดทางเคมี ค่าที่ได้มีความแน่นอน ได้แก่ การวัดระดับยาในเลือด การวัดปริมาณของยาในปัสสาวะ เป็นต้น

2). วิธีวัดโดยอ้อม (Indirect methods) ประเมินได้จากการหาข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆจากผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิด แล้วนำมาประเมินความร่วมมือในการรักษา สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 วิธี คือ 1) การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (Interview or questionnaire) 2) วิธีการนับเม็ดยา (Pill counts) 3) การวัดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome of therapy and side effects) 4) การใช้อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตาม (Computerized compliance monitors) 5) การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Robin & Grover (2011) ได้กำหนดตัวชี้วัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน 3 ประการ คือ 1) การหยอดยาได้ถูกเทคนิค ถูกวิธี จะทำให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษา 2) การหยอดยาถูกเวลา ทิ้งช่วงห่างของยาได้ถูกต้อง 3) การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง/สม่ำเสมอ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Tsai (2003) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 30 คน ได้ค่าแอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.83

5.7.4. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

ความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่กระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยความเต็มใจ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคนั้นแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินประกอบด้วยการหยอดยา การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความจำเป็นต้องหยอดยาตลอดชีวิตเพื่อลดความดันลูกตา ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของตนเองที่มีต่อการรักษา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยอดยาและการรับประทานยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด ทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยา พร้อมกับแจ้งอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ นอกจากนี้ยังต้องฝึกฝนเทคนิคการหยอดยาด้วยตนเอง ถ้ามียาหยอดมาก หลายชนิดต้องทิ้งช่วงห่างอย่างน้อย 5 นาที การหยอดยาหรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมความดันลูกตาได้ดี อยู่ในเกณฑ์

ทำให้ลดการทำลายขั้วประสาทตาลดโอกาสการเกิดตาบอดได้ (Tsai, 2007) จากการศึกษาของ Stamper et al (2009) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการหยอดยา/รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งขนาด เวลาและถูกวิธี พร้อมกับมาตรวจตามนัดส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถชะลอการทำลายขั้วประสาทตาทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับดี และมีการศึกษาของ Leelacharas et al (2005) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคความดันลูกตาสูง

จากการคัดสรรตัวแปรตามการทบทวนวรรณกรรมต่างๆทำให้ได้ปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินคือ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายในผู้ป่วยโรคต้อหิน ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงเนื่องจากการสูญเสียการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการหยอดยา/รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งขนาด เวลาและถูกวิธี พร้อมกับมาตรวจตามนัดส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถชะลอการทำลายขั้วประสาทตาทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินพบเพียงงานวิจัยในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจก และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยจึงรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมสูงกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชายมีความ

วิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีความพิการทางสายตาทั้ง 2 ข้าง มีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีความพิการทางสายตาข้างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทองคูณ ยุบัวภา (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกระยะก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 97 ราย พบว่าระยะก่อนผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านการทำบทบาทและหน้าที่ในสังคมอยู่ในระดับสูง และภายหลังผ่าตัดต้อกระจกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง

มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 140 คน เข้ารับการรักษาที่คลินิกจอประสาทตา โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{\mathbf{X}}$ = 3.52, SD = 0.71) ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบ ส่วนเพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

พนมไพร สิทธิวงษา และคณะ (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาภายหลังการยิงเลเซอร์และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มารับบริการที่ห้องตรวจจักษุโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังการยิงเลเซอร์ 12 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าระยะก่อนยิงเลเซอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน

นพมาศ อุตะมะ (2556) ศึกษาความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกเข้ารับบริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 236 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้อกระจกส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นร้อยละ 65.25 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้ด้านการบรรเทาความเครียดมากที่สุด และพบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

Odberg et al. (2001) ศึกษาผลกระทบจากโรคต้อหินต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศนอร์เวย์จากลุ่มตัวอย่าง 589 คน โดยใช้แบบสอบถามที่จัดส่งให้ถึงบ้าน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 กล่าวว่ามีการเรียนรู้ลดลงหลังจากที่ป่วยเป็นโรคต้อหิน ส่วน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างกลัวว่าจะตาบอด และร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างมีการมองเห็นที่ไม่ดี ซึ่งอัตราส่วนจะมากตามอายุ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทีใช้ยาหยอดได้รับผลข้างเคียงจากยาในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนั้น 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับความรู้ในเรื่องโรค สาเหตุและอาการของโรค ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะรายงานถึงความไม่พอใจในชีวิตมากกว่าคนที่มีอายุมากกว่า และเพศหญิงจะรู้สึกว่าไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศชาย

Nelson et al. (2003) ศึกษาความบกพร่องด้านการมองเห็นต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยต้อหิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินจำนวน 47 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นระดับเล็กน้อยจำนวน 18 คน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นระดับปานกลาง 19 คน และ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นระดับรุนแรง 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Glaucoma Quality of Life – 15 (GQL-15) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่รับรู้ว่าตนจะมีระดับการมองเห็นที่ลดลงในทุกๆระดับนั้นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง

Uenishi et al. (2003) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในประเทศญี่ปุ่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี ความสามารถในการมองเห็นดีกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการมองเห็นลดลงอย่างมากและการสูญเสียความหวังของชีวิตในอนาคตเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต้อหินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jayawant et al. (2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและทำนายการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยาเพื่อรักษาต้อหินด้วยตนเองนั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 และความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มและและอาจทำให้เกิดโรคร่วมแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้นจากการขาดความสนใจในการรักษาก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

McKean-Cowdin et al (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากการสูญเสียลานสายตากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยต้อหิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินอายุ 40 ปี ขึ้นไปใน Los Angeles จำนวน 213 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ The 25-item NEI-VFQ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียลานสายตาขั้นรุนแรงทำให้มีความทุกข์ด้านอารมณ์ ส่งผลกระทบให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

Wang et al, (2008) ศึกษาวามสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น จำนวน 167 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทีมีการสูญเสียระดับการมองเห็นส่งผลให้การเข้าเครือข่ายทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง

Zhang et al. (2013) ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจและการสูญเสียระดับการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินในสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินจำนวน 480 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าคือ The 9-item Patient Health Questionnaire depression scale และ เครื่องมือวัดการสูญเสียระดับการมองเห็น คือ visual function using a questionnaire and by visual acuity at examination พบว่าผู้ป่วยที่มีการสูญเสียระดับการมองเห็น การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Dev et al. (2015) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านจิตสังคมจากความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ประเทศเนปาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 272 คน เครื่องมือที่ใช้คือ Shot-From (SF-36) พบว่า ความบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มองเห็นปกติ สรุปได้ว่า ความบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลในเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Park et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต้อหินโดยการสำรวจผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินในประเทศเกาหลี อายุ ≥50 ปี จำนวน 9,047 คน และ อายุ ≥60 ปี จำนวน 3,518 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ the EuroQol five-dimension descriptive system (EQ-5D) and the EuroQol visual analogue scale. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและเครื่องมือ the Korean-optimised ADL questionnaire ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้อหินที่มีอายุ ≥50 ปี และ ≥60 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความชุกของระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงในทุกมิติของเครื่องมือ (EQ-5D)

Zuo et al (2015) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นและศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยต้อหินในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 202 คน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเซี่ยงไฮ้ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 มิถุนายน 2013 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นเวอร์ชั่นภาษาจีน (Chinese-version low vision quality of life questionnaire) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยต้อหินในประเทศจีนได้แก่ ระดับการมองเห็น (Visual acuity) ลานสายตาที่แคบลง โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินที่มีระดับการมองเห็นลดลงและมีระดับลานสายตาที่แคบลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการ

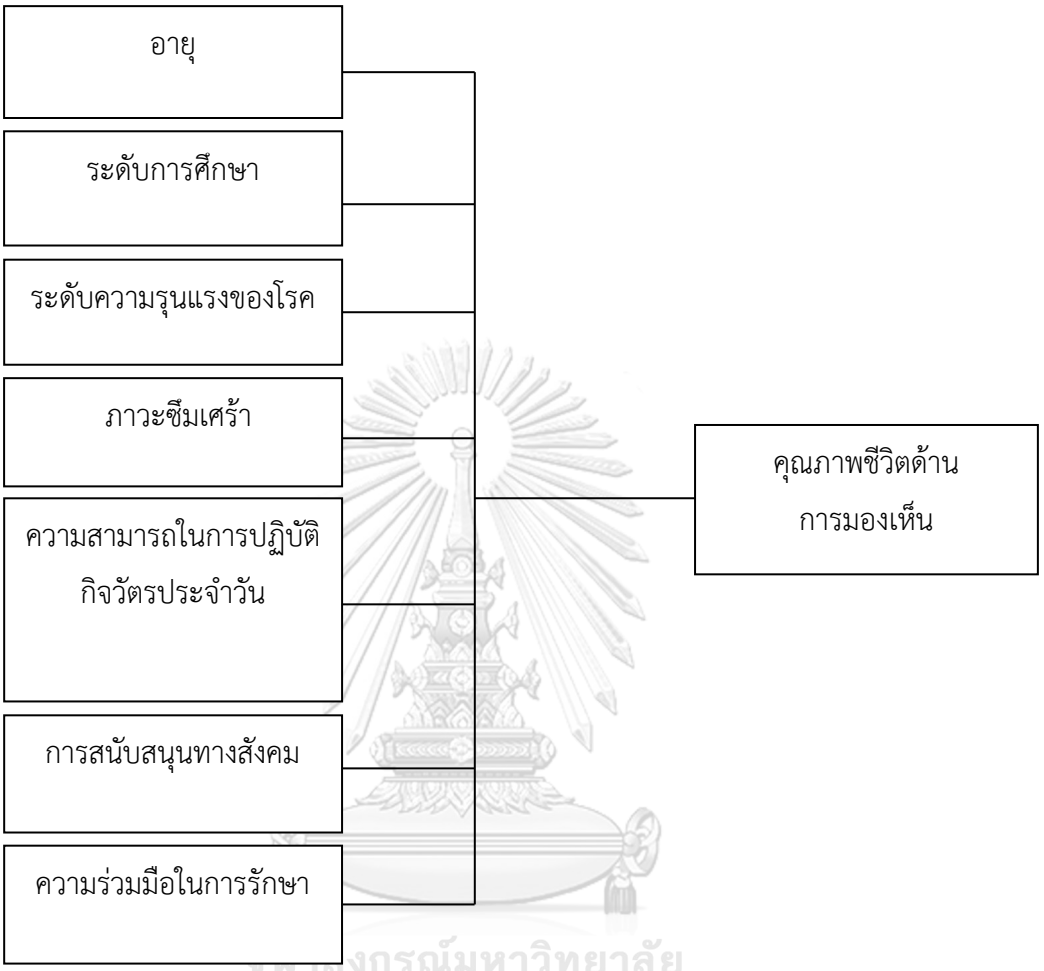
มองเห็นลดลง และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายในผู้ป่วยโรคต้อหินเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นเป็นกลุ่มที่เข้าสู่วัยเพิ่งเกษียณ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา

Crews et al, (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) กับความบกพร่องทางการมองเห็นระดับรุนแรงในกลุ่มคนอายุ 40-64 ปี ศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลปัจจัยทางด้านพฤติกรรม 6 ด้านของ HRQoL พบว่า ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นในระดับปานกลางและรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าผู้ที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นระดับเล็กน้อยหรือมีภาวะการมองเห็นปกติ โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านได้แก่ สภาพร่างกายและจิตใจแย่ลง ถูกจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตลดลง

Chan et al, (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของโรคและผลกระทบทางด้านจิตใจต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire และ The 25-item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25). ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้อหินที่มีการรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหินจะเกิดภาวะซึมเศร้าแต่ทำให้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น เนื่องจากการเข้าใจการดำเนินโรคที่ถูกต้องเหมาะสม จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ช่วยบรรเทาจิตใจแก่ผู้ป่วย นำไปสู่การเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้สูงยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า โรคต้อหินจัดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถชะลอการสูญเสียการมองเห็นและการตาบอดได้ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องของโรค การหยอดยาให้ตรงเวลา การมาตรวจติดตามอาการและรักษาอย่างต่อเนื่อง จาการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีการมองเห็นที่ไม่ดีและมีลานสายตาที่แคบลงจะส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการทำงานและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มีความต้องการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพารอบครัวมากขึ้น ส่งผลกระทบด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นลดลงได้ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นหลายปัจจัยซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุต้อหินในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจากการทบทวนวรรณกรรมนำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรักษา

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินของโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเลือก 2 โรงพยาบาลเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีคลินิกเฉพาะโรคต้อหิน ผู้มารับบริการมาจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย และมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลราชวิถี, 2559 ; แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2559) สามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นตัวแทนที่ดีเพื่ออ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 136 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรที่เข้ารับการรักษาโรคต้อหินโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ทั้ง 2 ตา หรือตาข้างใดข้างหนึ่ง

2) ไม่มีโรคร่วมทางตา คือไม่มีโรคทางตาพร้อมกับเป็นโรคต้อหิน เช่น เป็นโรคต้อหินพร้อมกับเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

3) ไม่มีประวัติของโรคจิตและโรคประสาท

4) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ

5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987) คือ n = 10k + 50 (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) = 10(8) + 50 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ 130 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยใช้สูตรเพื่อการคำนวณขนาดตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 136 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Sampling) ดังนี้

1. คัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกต้อหินด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) มีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดกรุงเทพมหานครและสังกัดสภากาชาดไทย

2. กำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

2.1 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร

2.2 เป็นโรงพยาบาลที่มีคลินิกเฉพาะโรคต้อหิน และมีจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคต้อหินโดยเฉพาะ

ดังนั้นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดข้างต้น ได้แก่ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ คือ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี สังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลเลิดสิน และ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดกรุงเทพมหานคร คือโรงพยาบาลกลางและโรงพยาบาลตากสิน และสังกัดสภากาชาดไทย คือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละสังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) (ปุญญพัฒน์ ไชย์เมล์, 2558) ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมา 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มารับการตรวจที่คลินิกต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุในแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณตามสัดส่วน (Proportional to size) ประชากรที่มารับการตรวจจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุตามที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งจนครบ 136 คน โดยใช้สูตรของอวยพร สมตระกูล (2553) ดังต่อไปนี้

$$ni = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ ni = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

N_i = จำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในแต่ละโรงพยาบาล

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหิน

N = จำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินทั้ง 2 โรงพยาบาล

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 72 คนและ โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 64 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาลราชวิถี	150	72
โรงพยาบาลรามาธิบดี	130	64
รวม	280	136

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามซึ่งมีโครงสร้างเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว แบบสอบถามความสามารถในการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรควัดได้จากการตรวจ Visual field แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเติมข้อความหรือเลือกตอบและข้อมูลสำหรับผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 2 ประกอบด้วยแบบประเมินดังต่อไปนี้

2.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28) ของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์น และสมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์ (2552) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด The 25 item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25) ที่ผ่านการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจำนวน 12 คน แล้วนำมาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่ามีความเที่ยงสูงกว่า 0.7 ในทุกๆมิติ และเมื่อนำมารวมค่าความเที่ยงของทั้งแบบสอบถามพบว่าได้เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามสามารถจัดกลุ่มใหม่ได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือด้านสุขภาพทั่วๆปและสุขภาพตา ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมและด้านผลกระทบจากปัญหาสายตา แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ซึ่ง

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสายตาทั่วไป 25 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป (General health) 1 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1) สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ข้อ 1-4

2) ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ข้อ 5-19

3) ผลกระทบจากปัญหาสายตา ข้อ 20-26

ลักษณะของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยข้อ 1-19a เป็นคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ 1 ให้เท่ากับ 100 คะแนน ตอบ 2 ให้เท่ากับ 75 คะแนน ตอบ 3 ให้เท่ากับ 50 คะแนน ตอบ 4 ให้เท่ากับ 25 คะแนน ตอบ 5 ให้เท่ากับ 0 คะแนน ข้อ 20-26 เป็นคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ 1 ให้เท่ากับ 0 คะแนน ตอบ 2 ให้เท่ากับ 25 คะแนน ตอบ 3 ให้เท่ากับ 50 คะแนน ตอบ 4 ให้เท่ากับ 75 คะแนน ตอบ 5 ให้เท่ากับ 100 คะแนน คะแนนของแบบสอบถามจะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นสูง คะแนนน้อยหมายถึงมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นน้อย

การแปลผลคะแนน

0-25	คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำมาก
26-50	คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำ
51-75	คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นปานกลาง
76-100	คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นสูง

2.2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมธุรส จันทร์แสงสี (2540) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) โดยผ่านการนำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนรวมน้อยหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มี 3 ข้อ คือ ข้อ 6-8

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มี 2 ข้อ คือ ข้อ 9-10

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร มี 4 ข้อ คือ ข้อ 11-14

การแปลผลคะแนน

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 43-56 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 29-42 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ที่แปลขึ้นและได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่กับผู้สูงอายุไทย โดยมีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนสลัมเขตคลองเตยจำนวนทั้งหมด 703 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคเทากับ .79 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนมีความแตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม คะแนนรวมมีค่า 0-20 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มีไม่มีภาวะพึ่งพา คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีภาวะพึ่งพามากที่สุด

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

0-4	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพามากที่สุด
5-8	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพามาก
9-11	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาปานกลาง
12-20	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะพึ่งพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric depression scale: TGDS) ซึ่ง แปลจากแบบประเมิน Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1983). เป็นภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) แล้วนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 275 ราย จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุใช้ในการทดสอบเท่ากับ 10.09 นาที การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.93 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคำตอบสองลักษณะคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” มีการคิดคะแนนคือ ข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามที่มีความรู้สึกด้านลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถาม มีค่าตั้งแต่ 0-30 คะแนน ค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อย ค่าคะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

การแปลผลคะแนน แบ่ง Scale คะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ

0-12	คะแนน	หมายถึง	ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า
13-18	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)
19-24	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression)
25-30	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

2.5 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Tsai (2003) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 30 คน ได้ค่าแอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.83 ลักษณะข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยอดยา/รับประทานยาที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยอดยา รวมถึงการมาตรวจตามนัด ข้อคำถามมีทั้งหมด 16 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงบวกมี 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 ส่วนข้อคำถามเชิงลบมี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 13, 15, และ 16 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน
น้อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ 1 คะแนน

ในส่วนข้อคำถามเชิงบวก คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่เลย มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คำตอบเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบไม่มีเลยมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นได้คือ 16-80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ

การแปลผลคะแนน

16-37	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ
38-59	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง
60-80	คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric depression scale (GDS) แปลโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เป็นแบบประเมินของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน จึงไม่ได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ที่ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน 1 คน

2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน

3) อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอนและดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหิน 1 คน

4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจักษุ 1 คน

5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหิน 1 คน

พิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ในการให้คะแนนความตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละข้อของแบบสอบถามดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เลย

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยาม ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนให้คะแนนระดับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

2 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์น้อย จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุง จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3 หมายถึง คำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละส่วนไปปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับคำนิยาม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ โดย แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.82

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหารวมทั้ง เครื่องมือ ADL และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่คลินิกต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจริงแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronnach's alpha coeffient) ด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นเท่ากับ .809 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .829 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ .819 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .836 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาเท่ากับ .871

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทุกฉบับพบว่ามีค่าวามเที่ยงเกิน 0.70 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2558) เหมาะสำหรับการนำเครื่องมือไปใช้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นมนุษย์ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์เพื่อป้องกันผลกระทบทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ พร้อมเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้วให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลโดยมีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ที่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ที่จะต้องขอเข้ารับการพิจารณาอีก

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น

3. ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form) และแนบไปกับส่วนหน้าของแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและสิทธิของผู้มีส่วนร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่สะดวกหรือทำให้เกิดความคับข้องใจ คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และจะทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล

4. วิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดีพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลราชวิถี ได้หนังสือรับรองเลขที่ 60083 และโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้หนังสือรับรองเลขที่ ID-06-60-49ย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. ภายหลังโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

3. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจักษุที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคต้อหิน ตามวัน-เวลาที่โรงพยาบาลกำหนด

4. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทุกรายที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งมีตารางการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกวันจันทร์ เวลา 13.00น.-16.00น. วันพุธและวันศุกร์ เวลา 9.00น.-12.00

น. โรงพยาบาลรามาธิบดี มีตารางออกตรวจผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ 13.00น.-16.00น. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว พูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย อธิบายแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ทั้งนี้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม เช่น การมองเห็นไม่ชัด ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินฟังและให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วน ตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลจนได้ครบถ้วนทั้งหมด 136 ชุด และมีความสมบูรณ์ทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับการมองเห็นและระดับความรุนแรงของโรค นำมาแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : r_S) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (*Point-Biserial Correlation :* r_{pb}) และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Cohen (Runyon et al., 1996 อ้างถึงใน Cohen, 1988) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.01 - 0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coeffient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน ถ้าเป็น – แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงข้ามกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน คลินิกต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 136 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย สิทธิในการรักษา แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพ รายได้ ระดับการมองเห็น (Visual acuity) ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน วิธีการรักษาโรคต้อหิน และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน ของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่คลินิกต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2-3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6-9

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 10

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย สิทธิในการรักษา แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพ รายได้ ระดับการมองเห็น (Visual acuity) ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน การรักษาโรคต้อหิน และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน ของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่คลินิกต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	55.1
หญิง	61	44.9
อายุ (Min=60 Max=92 $\bar{X}$=69.34 SD=7.83)		
60 – 69 ปี	70	51.5
70 – 79 ปี	50	36.8
≥ 80 ปี	16	11.7
สถานภาพสมรส		
โสด	21	15.4
คู่	66	48.5
หม้าย	34	25.0
หย่า	4	2.9
แยกกันอยู่	11	8.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	5.9
ประถมศึกษา	68	50.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	3.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	16.2
อนุปริญญา	10	7.4
ปริญญาตรี	19	14.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปริญญาโท	4	2.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	37	27.2
มี	99	72.8
การอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่ตามลำพัง	20	14.7
อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร	98	72.1
อาศัยอยู่กับเพื่อน	4	2.9
อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง	14	10.3
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท)	78	57.4
ข้าราชการ	25	18.4
ประกันสังคม	18	13.2
ชำระเงินเอง	13	9.6
อื่นๆ	2	1.4
แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพ		
คู่สมรส	2	1.5
บุตร	52	38.2
การทำงาน	37	27.2
อื่นๆ (เบี้ยผู้สูงอายุ)	45	33.1
รายได้		
ไม่มีรายได้	9	6.6
ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน	39	28.7
2,501-5,000 บาท/เดือน	25	18.4
5,001-10,000 บาท/เดือน	26	19.1
10,001 บาท/เดือนขึ้นไป	37	27.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำนวน 136 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.5 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.1 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.8 โดยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.6 อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร คิดเป็นร้อยละ 72.1 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) ในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีรายได้จากบุตรหลานให้ คิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 28.7

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหิน ได้แก่ ระดับการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน การรักษาโรคต้อหินและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน (n=136)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตาข้างที่เป็นต้อหิน		
ตาซ้าย	37	27.2
ตาซ้าย	26	19.1
ทั้ง 2 ตา	73	53.7
ระดับการมองเห็น (Visual acuity)		
ตาข้างขวา		
สายตาปกติ (20/25 หรือดีกว่า)	9	6.6
สายตาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60)	70	51.5
สายตาเลือนราง (20/70-20/400)	47	34.6
ตาบอด (20/500 หรือแย่กว่า)	10	7.4
ตาข้างซ้าย		
สายตาปกติ (20/25 หรือดีกว่า)	24	17.6
สายตาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60)	67	49.3
สายตาเลือนราง (20/70-20/400)	35	25.7
ตาบอด (20/500 หรือแย่กว่า)	10	7.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน		
< 3 เดือน	18	13.2
3-12 เดือน	51	37.5
1-5 ปี	28	20.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
> 5 ปี ขึ้นไป	39	28.7
ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน		
stage1 : Early Defect	58	42.7
stage2 : Moderate Defect	35	25.7
stage3 : Advanced Defect	22	16.2
stage4 : Severe Defect	9	6.6
stage5 : End-stage Defect	12	8.8
การรักษาโรคต้อหิน		
ยารับประทาน	2	1.5
ยาหยอดตา	133	97.8
การยิงเลเซอร์	26	19.1
การผ่าตัด	42	30.9
จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน		
1 ชนิด	61	44.9
2 ชนิด	32	23.5
3 ชนิด	21	15.4
4 ชนิด	13	9.6
5 ชนิด	6	4.4
ไม่มี	3	2.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นของตาขวาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60) คิดเป็นร้อยละ 51.5 เช่นเดียวกับตาซ้ายที่มีระดับการมองเห็นใกล้เคียงปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.3 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินเฉลี่ย 3-12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับน้อย (Early Defect) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการหยอดยา คิดเป็นร้อยละ 97.8 และใช้ยาหยอดตารักษาโรคต้อหินเพียง 1 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.9

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวม (n=136)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวม					
คุณภาพชีวิตต่ำมาก	0-25	5	3.7		
คุณภาพชีวิตต่ำ	26-50	25	18.4		
คุณภาพชีวิตปานกลาง	51-75	55	40.4		
คุณภาพชีวิตสูง	76-100	51	37.5		
รวม		136	100.0	66.54	20.80

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 66..54, SD = 20.80) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด 55 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.5 และคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำและต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 18.4 และ 3.7 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกรายด้าน (n=136)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นรายด้าน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา					
คุณภาพชีวิตต่ำมาก	0-25	13	9.6		
คุณภาพชีวิตต่ำ	26-50	8	5.9		
คุณภาพชีวิตปานกลาง	51-75	60	44.1		
คุณภาพชีวิตสูง	76-100	55	40.4		
รวม		136	100.0	52.62	17.87

ตารางที่ 5 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นรายด้าน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ					
คุณภาพชีวิตต่ำมาก	0-25	4	2.9		
คุณภาพชีวิตต่ำ	26-50	21	15.4		
คุณภาพชีวิตปานกลาง	51-75	61	44.9		
คุณภาพชีวิตสูง	76-100	50	36.8		
รวม		136	100.0	70.60	19.99
ด้านผลกระทบจากปัญหาสายตา					
คุณภาพชีวิตต่ำมาก	0-25	22	16.2		
คุณภาพชีวิตต่ำ	26-50	29	21.3		
คุณภาพชีวิตปานกลาง	51-75	67	49.3		
คุณภาพชีวิตสูง	76-100	18	13.2		
รวม		136	100.0	66.60	33.41

จากตารางที่ 5 แสดงถึงคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินในแต่ละรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน โดยด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตามีค่าเฉลี่ย = 52.62 (SD = 17.87) ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆมีค่าเฉลี่ย = 70.60 (SD = 19.99) และด้านผลกระทบจากปัญหาสายตามีค่าเฉลี่ย 66.60 (SD = 33.41)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6-9

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
มาก	43-56	94	69.1		
ปานกลาง	29-42	36	26.5		
น้อย	14-28	6	4.4		
รวม		136	100.0	46.54	8.80

จากตารางที่ 6 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 51.53 รองลงมาคือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.5 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.4 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.88

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ไม่มีภาวะพึ่งพา	12-20	136	100.0	19.08	1.76

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินทั้งหมดไม่มีภาวะพึ่งพา คิดเป็นร้อยละ 100.0 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.08 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.76

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-12	111	81.6		
ซึมเศร้าเล็กน้อย	13-18	15	11.0		
ซึมเศร้าปานกลาง	19-24	10	7.4		
รวม		136	100.0	7.20	5.98

จากตารางที่ 8 ภาวะซึมเศร้าชองผู้สูงอายุโรคต้อหิน พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 81.6 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.0 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.4 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.98

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ระดับความร่วมมือในการรักษา	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ปานกลาง	38-59	8	5.9		
สูง	60-80	128	94.1		
รวม		136	100.0	70.88	6.84

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 9 ความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.1 ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.9 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.88 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.84

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และ ความร่วมมือในการรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n=136)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	P-value
อายุ	.120	.166
ระดับการศึกษา	.215*	.012
ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน	-.330*	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.612*	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.288*	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.217*	.011
ความร่วมมือในการรักษา	.171*	.047

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .215, .288, .217, .171 ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.330) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.612) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .120)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลงานวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งมีคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ทั้ง 2 ตา หรือตาข้างใดข้างหนึ่ง

2) ไม่มีโรคร่วมทางตา คือไม่มีโรคทางตาพร้อมกับเป็นโรคต้อหิน เช่น เป็นโรคต้อหินพร้อมกับเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

3) ไม่มีประวัติของโรคจิตและโรคประสาท

4) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ

5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi–stage Sampling) โดยเริ่มจากการคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกต้อหินด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) มีทั้งหมด 6 สังกัด หลังจากนั้นกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วสุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละสังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) (ปุญญพัฒน์ ไชย์เมล์, 2558) ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมา 2 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Throndike (1987) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 136 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัยรายได้ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษาโรคต้อหิน

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถาม Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28) ของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์น และสมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์ (2552) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด The 25 item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25) จำนวน 26 ข้อ

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ของมธุรส จันทร์แสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) จำนวน 14 ข้อ

4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ที่แปลขึ้นและได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย จำนวน 10 ข้อ

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric depression scale: TGDS) ซึ่ง แปลจากแบบประเมิน Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1983). แปลเป็นภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) จำนวน 30 ข้อ

6) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของเบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Tsai (2003) จำนวน 16 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจัดความ สำนวนภาษา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรมสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินเท่ากับ .809 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินเท่ากับ .829 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหินเท่ากับ .819 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคต้อหินเท่ากับ .836 และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินเท่ากับ .871

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้สูงอายุโรคต้อหิน ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาธิบดี ในรายที่สายตาพร่ามัว ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังแล้วเลือกตอบ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 136 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : r_S) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (*Point-Biserial Correlation :* r_{pb}) โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่ด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

2. ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 66.54, SD=20.80)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การอยู่อาศัย รายได้ ระดับการมองเห็น ระดับความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษาโรคต้อหิน พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินจำนวน 136 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.1 มีอายุเฉลี่ย 69.34 ปี (SD = 7.83) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.5 ซึ่งเป็นช่วงของผู้สูงอายุตอนต้น อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุดคือ 92 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.5 กลุ่มตัวอย่างมีระดับศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ในการรักษาโรคต้อหิน คิดเป็นร้อยละ 57.4 กลุ่มตัวอย่าง มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน โดยมีรายได้จากบุตรหลานให้มากที่สุด คิดเป็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.1 และจากการทำงานร้อยละ 27.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคต้อหินทั้ง 2 ตา ร้อยละ 53.7 เป็นโรคต้อหินตาข้างเดียว ร้อยละ 46.3 โดยแบ่งเป็นตาข้างซ้ายร้อยละ 27.2 และตาข้างขวาร้อยละ 19.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นของตาขวาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60) คิดเป็นร้อยละ 51.5 เช่นเดียวกับตาซ้ายมีระดับการมองเห็นใกล้เคียงปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินเฉลี่ย 3-12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีระดับความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับน้อย (Early Defect) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการหยอดยา คิดเป็นร้อยละ 97.8 และใช้ยาหยอดตารักษาโรคต้อหินเพียง 1 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.9

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับมาก ($\overline{X}$ = 46.54, SD=8.80) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 19.08, SD=1.76) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\overline{X}$ =7.20, SD=5.98) และกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 70.88, SD=6.84)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .215, .288, .217, .171 ตามลำดับ) ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.330) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.612) ส่วนอายุพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1. คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินพบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 66.54 , SD = 20.80) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 77.9 ตามลำดับ เมื่อแยกพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพ

ชีวิตด้านการมองเห็นทั้ง 3 ด้านมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูงทั้งหมด โดย 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตาคิดเป็นร้อยละ 84.5 2) คุณภาพชีวิตด้านความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 81.7 3) คุณภาพชีวิตด้านผลกระทบจากปัญหาสายตาส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.5 แสดงว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คืออยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ($\overline{\mathbf{X}}$ =69.34, SD=7.83) ซึ่งเป็นวัยที่เชื่อว่ายังเป็นบุคคลที่แข็งแรง มีความเสื่อมเพียงเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและสังคมไปในทางเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า (Craig et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo et al, (2015) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินตอนต้นมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 แสดงให้เห็นถึงการมีแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคม (House, 1985) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89 มีสิทธิบัตรในการรักษา ได้แก่ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ซึ่งเป็นสวัสดิการด้านการประกันที่รัฐบาลให้สิทธิ์แก่ประชาชนทั่วไปในการเบิกค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลรัฐหรือสถานพยาบาลใดๆทุกแห่ง จึงไม่มีภาระทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความกังวลในยามเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจึงได้รับผลกระทบต่อการรักษาโรคต้อหินน้อย เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความผาสุกในชีวิต คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจึงอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง การศึกษาเกี่ยวกับการตรวจและประเมินโรคต้อหิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินในระยะเวลา 1-5 ปี และมากกว่า 5 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 49.6 ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอความรุนแรงของอาการจากโรคต้อหินได้ และจากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับเล็กน้อย (Early defect) และในระดับปานกลาง (Moderate defect) คิดเป็นร้อยละ 53.6 ซึ่งเป็นระยะที่มีการตรวจพบลานสายตายังคงปกติหรือลานสายตาบริเวณด้านนอกแคบลงเล็กน้อย (Hodapp et al. 1993) ผู้สูงอายุจึงได้รับผลกระทบด้านการมองเห็นไม่มากนัก ยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความทันสมัยและมีมาตรฐานในการให้บริการ ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับการรักษาจากจักษุแพทย์เฉพาะทางโรคต้อหินซึ่งมีความชำนาญ และวัตถุประสงค์ในการรักษาคือลดความดันลูกตาเพื่อคงสภาพของลานสายตาและการมองเห็นไม่ให้แย่ลงกว่าเดิม ทำให้การมองเห็นยังคงดีอยู่ ลดความพิการของสายตา ดังนั้นการรักษาที่ได้รับอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

โรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Padilla and Grant (1993) กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McKean-Cowdin et al (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากการสูญเสียลานสายตากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียลานสายตาน้อยทำให้มีความทุกข์ด้านอารมณ์น้อยกว่าผู้ที่มีการสูญเสียลานสายตาขั้นรุนแรง ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dex et al. (2015) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต้อหินอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการศึกษานี้ศึกษาในต่างประเทศ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างวัฒนธรรมและแตกต่างกันหลายด้าน เช่น ช่วงความกว้างของอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงความกว้างของอายุมากกว่า คือศึกษาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุตอนปลาย กล่าวคืออายุตั้งแต่ 18-90 ปี ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น และในงานวิจัยยังใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เจาะจงกับการมองเห็นโดยตรง ทำให้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .120$, $p > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้อายุไม่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินเพิ่มขึ้นหรือลดลง จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.5) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และรองมาคือผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (ร้อยละ 48.5) แสดงให้เห็นถึงการกระจายของช่วงอายุซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง โดยในช่วงอายุที่พบมากของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ยังคงมีความแข็งแรง สามารถทำงานต่างๆได้ดี ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ดี ดังนั้นจึงทำให้อายุไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cesareo et al. (2015) และ Matza et al. (2008) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสถิติ .05

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .215$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน หมายถึงระดับการศึกษาสูงคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดี ระดับการศึกษาต่ำคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นไม่ดี จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา โดยครึ่งหนึ่งผู้สูงอายุมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และเกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 5.9 ที่ไม่ได้รับการศึกษา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้ มีความเป็นเหตุเป็นผล ทำให้สามารถเข้าใจในโรคที่เป็น และสามารถดูแลตนเองได้ดี มีทักษะและการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้ดี สามารถศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองดีกว่า อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะได้รับความรู้และได้รับแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่า ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cesareo et al. (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo et al, (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาระดับต่ำ

ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.330$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความรุนแรงของโรคน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีระดับความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับน้อย (Early Defect) และระดับปานกลาง (Moderate defect) โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 68.4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการตรวจพบลานสายตายังคงปกติหรือลานสายตาบริเวณด้านนอกแคบลงเล็กน้อย (Hodapp et al. 1993) จึงเป็นไปได้ว่า เมื่อความรุนแรงของโรคต้อหินน้อย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่า ความรุนแรงของโรคจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคต้อหินในปัจจุบันมีความทันสมัยมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองติดตามการเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตาและการมองเห็นด้วยเครื่องมือการตรวจวัดลานสายตา (Visual field) โดยมีเป้าหมายของการรักษาโรคต้อหินก็เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในระดับที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็นตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน้อยที่สุด ดังเห็นได้จากระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อหินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากโรคต้อหินอยู่ในช่วง < 3 เดือนและ 3-12 เดือน โดยรวมคิด

เป็นร้อยละ 50.7 นั่นหมายถึงระยะการเจ็บป่วยจากโรคต้อหินของผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นไม่นาน จักษุแพทย์สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินและผู้สูงอายุได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโรคต้อหินตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นถือว่ามีความสำคัญมากต่อการรักษา ถ้าผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคต้อหินได้ในระยะเริ่มต้นหรือเร็วที่สุด ก็จะสามารถป้องกันการสูญเสียการมองเห็นในโรคต้อหินได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตาของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอด ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นลดลงถึงแม้การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากอาจต้องเผชิญกับอาการของโรคและการรักษาที่รบกวนการทำงานของร่างกายและแบบแผนการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Crews et al, (2016) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตลดลง และการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 217$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมต่ำคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือการสนับสนุนทางสังคมสูงคุณภาพชีวิตดี การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.10 อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพทางสังคมที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านการได้รับการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น หมายความว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆที่ดีจะส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง การควบคุมอาการช่วยชะลอความรุนแรงของโรคและยังมีผลต่อด้านจิตใจที่รู้สึกว่าตนเองยังมีคนที่รัก ยกย่องให้กำลังใจในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนทฤษฎีของ Helgeson (2003) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันแบบเชิงเส้น คือ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 แสดงให้เห็นถึงการมีแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคม (House, 1985) สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการี จึงมีบุตรหลานให้ความเคารพ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก รวมทั้งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลางด้วย สนับสนุนการศึกษาของ Brown et al (2011) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวถือว่า

มีความสำคัญมากกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ยิ่งมีแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครองครัวมาก คุณภาพชีวิตก็จะยิ่งดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al., 2008 ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านการมองเห็น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .288$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงแม้จะมีปัญหาเรื่องของการมองเห็น อธิบายได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหินประเมินได้จากการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านการมองเห็น ยิ่งผู้สูงอายุโรคต้อหินมีการสูญเสียหน้าที่ด้านการมองเห็นสูงจะมีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นลดลง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีระดับความสามารถในการมองเห็นใกล้เคียงปกติเป็นจำนวนมาก อีกทั้งระดับความรุนแรงของโรคต้อหินไม่ได้ส่งผลกระทบทำให้เกิดลานสายตาที่แคบลง จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจึงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับสูงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.612$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน คือ ภาวะซึมเศร้ามากมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือภาวะซึมเศร้าน้อยมีคุณภาพชีวิตดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 81.6 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและบทบาททางสังคม ทำให้สามารถปรับตัวได้ดี (Meiner, 2015) อีกทั้งผู้สูงอายุโรคต้อหินยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากนัก คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจึงอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง นอกจากนี้ความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงปกติ ไม่มีการสูญเสียการมองเห็นหรือมีลานสายตาในบริเวณด้านนอกแคบลงเพียง

เล็กน้อยเท่านั้น ทำให้ยังสามารถออกไปพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้องหรือเพื่อนได้มากขึ้น มีความมั่นใจขึ้น สามารถเข้าสังคมได้ดี กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตปานกลาง เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruiz et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยสายตาเลือนรางที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาก อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษายังพบผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.0 และมีความซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.4 เมื่อคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจึงคิดเป็นร้อยละ 18.4 แล้วส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับต่ำและต่ำมาก อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคต้อหินเป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมต่อภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง (Miller C. A., 1999) ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกกลัวมากที่สุดคือ การดำเนินของโรคทำให้ตาบอด เกิดความพิการ และจากการที่ผู้สูงอายุไม่กล้าไปไหนมาไหนเองเพราะเป็นโรคทำให้การพึ่งพาตนเองเป็นได้ลำบาก รู้สึกเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว สูญเสียการเข้าสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นไม่ดีได้ สอดคล้องกับ Lim et al (2016) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินจะมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้อหินอันเนื่องมาจากการสูญเสียการมองเห็นและลานสายตาที่แคบลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .171$, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน คือ ความร่วมมือในการรักษาสูงคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นสูง หรือความร่วมมือในการรักษาต่ำ คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำด้วย การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางระดับสูง อธิบายได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินเป็นพฤติกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคนั้นแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคต้อหินประกอบด้วยการหยอดยา การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด โดยปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่มีพฤติกรรมการปรับลดขยาดยาหรือหยุดใช้ยาหยอดตา/ยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (Ho, Bryson, & Rumsfeld, 2009) รับประทานยา/หยอดตาได้ถูกต้อง ครบตามจำนวนและตรงเวลา (ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) ไม่มีพฤติกรรมลืมหยอดตาหรือรับประทานยา และมีวิธีช่วยเตือนในการหยอดตาและรับประทานยาที่ง่ายต่อการจำ (Johnson, 2002) เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการรักษา สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความ

รุนแรงของโรค ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงให้ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจึงอยู่ในระดับปานกลาง ในการศึกษานี้ยังพบว่า ความซับซ้อนด้านการรักษาโรคต้อหินลดน้อยลง ดังเห็นได้จากจำนวนยาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินใช้ยาหยอดตาเพียง 1-2 ชนิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.3 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหินเท่ากับ 1.98 สอดคล้องกับแนวคิดการใช้วิธีบริหารยาที่เรียบง่ายของ ยุพิน ลีละชัยกุล (2550) ที่กล่าวว่า การรักษาโดยใช้ยาน้อยชนิดที่สุด มีจำนวนครั้งที่ต้องหยอดยาต่อวันต่ำสุด โดยที่ยังสามารถควบคุมโรคได้ ถือเป็นสิ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินอย่างมาก อีกทั้งในปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้มากขึ้น จากข้อมูลส่วนบุคคลด้านสิทธิการรักษาพบว่า ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ สิทธิ์เบิกจากข้าราชการร้อยละ 18.4 ซึ่งเป็นสวัสดิการด้านการประกันที่รัฐบาลให้สิทธิ์แก่ประชาชนทั่วไปในการเบิกค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลรัฐหรือสถานพยาบาลใดๆทุกแห่ง จึงไม่มีภาระทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีสื่อหรือช่องทางต่างๆที่สามารถเป็นแหล่งให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหินมากขึ้น จึงมีการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงที่อาจสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหรือตาบอดได้มากขึ้นจึงให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่า ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 63.23) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stamper et al (2009) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการหยอดยา/รับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องทั้งขนาด เวลาและถูกวิธี พร้อมกับมาตรวจตามนัดส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถชะลอการทำลายขั้วประสาทตาทำให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับดี และยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ Leelacharas et al (2005) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคความดันลูกตาสูงได้อย่างถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินมากยิ่งขึ้นด้วยการให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีบทบาทให้การช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหินมากขึ้น และควรเพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ แนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม นำปัญหาหรือความคิดเห็นมาแลกเปลี่ยนกันโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานและให้ความช่วยเหลือ เพื่อที่จะสามารถอยู่กับโรคที่เป็นและมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีต่อไป

2. สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เพื่อนำผลไปสู่ผลลัพธ์คือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ลดอัตราการเกิดความรุนแรงของโรคต้อหินจนถึงขั้นตาบอด และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรมีการพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น กล่าวคือ ควรปรับคำถามให้สั้นกระชับ ลดจำนวนข้อคำถามให้น้อยลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช, *46*(1), 1-9.

จันทิมา เจริญสุภกร. (2549). *สิทธิ สวัสดิการ และการปรับตัวของผู้พิการทางสายตา.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปวณิช จอห์น และ สมเกียรติ อัศวภูรีกรณ์. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 183-200.

ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 22(2),* 1-14.

ดวงดาว ทัศณรงค์. (2554). *โรคต้อหิน. ศูนย์โรคตาเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สาขาสุขุมวิท.* สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.metta.go.th

ธาริณี อัครวิเชียร และ วิวรรธน์ อัครวิเชียร. (2541). การให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาและความร่วมมือของผู้ป่วย. ใน วิวรรธน์ อัครวิเชียร (บรรณาธิการ), *เภสัชกรรมคลินิก.* ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 118-143.

ธิดาวรรณ เชื้อตาเล็ง. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพมาศ อุตะมะ. 2556. *ความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิธิวดี เมธาจารย์, (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับประสิทธิภาพการให้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นิภา วัฒนเวคิน. (2010). การจัดการอาการปวดตา: บทบาทของพยาบาล. *Ramathibodi Nursing Journal*, *16*(3), 432-442.

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้.* ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 7-8.

บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (บรรณาธิการ). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ.* นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญญาภา มุกสิริทิพานัน และ ดวงรัตน์ มนไธสง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *15*(2), 395-404.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนไออินเตอร์มิเดีย.

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2558). *วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.

พนมไพร สิทธิวงษา, ญาณิกา เชษฐโชติศักดิ์, สุธาสินี สีนะวัฒน์ (2555). คุณภาพชีวิต (ด้านการมองเห็น) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตาที่ได้รับการยิงเลเซอร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร,* 27(3), 242-249.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมกับการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณะสุข.

ไพศาล ลีละชัยกุล. (2550). *จักษุพยาธิวิทยา.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลาจำกัด.

มธุรส จันทร์แสงสี. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มลฤดี ชาตรีเวโรจน์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มัญชิมา มะกรวัฒนะ. (2553). *ตำรา "ต้อหิน" BASIC GLAUCOMA.* ปทุมธานี:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มุกดา เดชประพนธ์ และ ปิยวดี ทองยศ. (2554). ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. *Ramathibodi Nursing Journal*, *20*(1).

ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). *การรักษาต้อหินโดยใช้ยา.* กรุงเทพฯ, ห้างหุ้นส่วนจำกัดกอไผ่การพิมพ์,

วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช. (2550). *จักษุวิทยา.* กรุงเทพฯ, งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทย์ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ. (2551). รายงานผลการสำรวจสภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางโรค ตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขครั้งที่ 4 ในประเทศไทย พ.ศ.2549-2550 รวมทั้งประเมินสมรรถภาพความพิการทางการมองเห็น. วารสารจักษุสาธารณสุข, *20*(1),124.

วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศลาฆนันท์ หงสวัสดิ์. (2551). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). *ความหวัง ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใน ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สมจิต หนุเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.* กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริพัชร รัตแพทย์. (2535). *ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต แพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (ศ.). (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สืบพงศ์ ลีนาราช. (2551). การศึกษาผลการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *ขอนแก่นเวชสาร*, *32*(4) : 481-488.

อวยพร เรืองตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.* (พิมพ์ซ้ำครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.

อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตู้จินดา. (2550). โรคต้อหิน. ในวณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ). *จักษุวิทยา.* กรุงเทพมหานคร : ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น, 272-292.

ภาษาอังกฤษ

Alqudah, A., Mansberger, S. L., Gardiner, S. K., & Demirel, S. (2016). Vision-related Quality of Life in Glaucoma Suspect or Early Glaucoma Patients. *J Glaucoma, 25*(8), 629-633. doi: 10.1097/ijg.445.

Alexander, K. L. (1995). *The lippicotte manual of primary eye care*. Philadelphia: J. B. Lippicott.

Barron, C. R., Foxall, M. J., Dollen, K., Jones, P. A., & Shull, K. A. (1994). Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. *Journal of Advanced Nursing, 19*(2), 272-280.

Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*: Cengage Learning.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: University of Pennsylvania Press.

Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *The Nursing clinics of North America, 33*(1), 153-172.

Bookwala, J. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66*(5), 605-616.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbr015.

Bullinger, M. (2004). Measuring health related quality of life *Adamantiades-Behçet's Disease* (pp. 113-122): Springer.

Cesareo, M., Ciuffoletti, E., Ricci, F., Missiroli, F., Giuliano, M. A., Mancino, R., & Nucci, C. (2015). Visual disability and quality of life in glaucoma patients. *Progress in brain research, 221*, 359-374.

Chan, C. W., Wong, J. C., Chan, K. S., Wong, W.-K., Tam, K. C., & Chau, P. S. (2003). Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong. *Journal of Cataract & Refractive Surgery, 29*(9), 1753-1760.

Chan, E. W. e., Li, X., Tham, Y.-C., Liao, J., Wong, T. Y., Aung, T., & Cheng, C.-Y. (2016). Glaucoma in Asia: regional prevalence variations and future projections. *British Journal of Ophthalmology, 100*(1), 78-85.

Chuandi Zhou, S. Q., Peixia Wu, Chen Qiu. (2014). Quality of life of glaucoma patients in China: sociodemographic, clinical, and psychological correlates a cross-sectional study. *Quality of life research, 23*(3), 999-1008.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine, 38*(5), 300-314.

Coleman, A. L., (1999). Glaucoma. *The Lancet*. 354 : 1803-1810.

Cooley, M. E. (1998). Quality of life in persons with non-small cell lung cancer: a concept analysis. *Cancer nursing, 21*(3), 151-161.

Crews, J. E., Chou, C.-F., Zack, M. M., Zhang, X., Bullard, K. M., Morse, A. R., & Saaddine, J. B. (2016). The association of health-related quality of life with severity of visual impairment among people aged 40–64 years: Findings from the 2006–2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Ophthalmic epidemiology, 23*(3), 145-153.

Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships, 1*(1), 37-67.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Day, D., Sharpe, E., Atkinson, M., Stewart, J., & Stewart, W. (2006). The clinical validity of the treatment satisfaction survey for intraocular pressure in ocular hypertensive and glaucoma patients. *Eye, 20*(5), 583-590.

Dev, M. K., Paudel, N., Joshi, N. D., Shah, D. N., & Subba, S. (2014). Psycho-social impact of visual impairment on health-related quality of life among nursing home residents. *BMC health services research, 14*(1), 345.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8th ed). Hong kong: Lippincott Williams & Wilkins.

Evans, J. R., Smeeth, L., & Fletcher, A. E. (2008). Risk of admission to a nursing home among older people with visual impairment in Great Britain. *Archives of Ophthalmology, 126*(10), 1428-1433.

Ferrans, C. E. (1989). *Development of a quality of life index for patients with cancer.* Paper presented at the Oncology nursing forum.

Ferrans, C. E. (1990). *Quality of life: conceptual issues.* Paper presented at the Seminars in oncology nursing.

Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in nursing & health, 15*(1), 29-38.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.

Floriani, I., Quaranta, L., Rulli, E., Katsanos, A., Varano, L., Frezzotti, P., . . . Grignolo, F. (2015). Health-related quality of life in patients with primary open-angle glaucoma. An Italian multicentre observational study. *Acta Ophthalmol*. doi: 10.1111/aos.12890.

Group, W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine, 28*(3), 551-558.

Guedes, R. A. P., Guedes, V. M. P., Freitas, S. M., & Chaoubah, A. (2012). Quality of life of glaucoma patients under medical therapy with different prostaglandins. *Clin Ophthalmol, 6*, 1749-1753. doi: 10.2147/opth.s37347.

Guyatt, G. H. (1993). Measurement of health-related quality of life in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology, 22*(4), A185-A191.

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research, 21*(6), 728-742.

Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research, 12*(1), 25-31.

Hirneiss, C., & Kortum, K. (2016). [Quality of Life in Patients with Glaucoma]. *Klin Monbl Augenheilkd, 233*(2), 148-153. doi: 10.1055/s-0041-110397.

Hirooka, K., Sato, S., Nitta, E., & Tsujikawa, A. (2016). The Relationship Between Vision-related Quality of Life and Visual Function in Glaucoma Patients. *J Glaucoma, 25*(6), 505-509. doi: 10.1097/ijg.0000000000000372.

Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence. *Circulation, 119*(23), 3028-3035.

Hodapp, E., Parrish, R., & Anderson, D. Clinical Decisions in Glaucoma. 1993. *St Louis: CV Mosby*, 11-63.

Hoevenaars, J. G., Schouten, J. S., Van Den Borne, B., Beckers, H. J., & Webers, C. A. (2008). Will improvement of knowledge lead to improvement of compliance with glaucoma medication? *Acta Ophthalmol, 86*(8), 849-855.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Readings, Addison-Wesley.

Iemnoi, K. (2007). Cost of ocular medications at Priest Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet, 91*, S151-155.

Isipradit, S., Sirimaharaj, M., Charukamnoetkanok, P., Thonginnetra, O., Wongsawad, W., Sathornsumetee, B., Taweebanjongsin, W. (2014). The first rapid assessment of avoidable blindness (RAAB) in Thailand. *PloS one, 9*(12), e114245.

Janette, S. (2005). *Glaucoma.* Retrieved November 1, 2016, from http://www.afb.org/myAFB2. asp

Janz N., W. P., Lichter., Musch D., Gilespie B., Guire K, etal. . (2001). The Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study. Interim quality of life findings after initial medical or surgical of glaucoma. *Ophthalmology, 108*(19), 54-65.

Jayawant, S. S., Bhosle, M. J., Anderson, R. T., & Balkrishnan,R. (2007). Depressive symptomatology, medication persistence,and associated healthcare costs in older adults with glaucoma. *Journal of Glaucoma, 6*(16), 513-520.

Jones, P. (1998). Testing health status ("quality of life") questionnaires for asthma and COPD: Eur Respiratory Soc.

Jung, K. I., & Park, C. K. (2016). Mental Health Status and Quality of Life in Undiagnosed Glaucoma Patients: A Nationwide Population-Based Study. *Medicine (Baltimore), 95*(19), e3523. doi: 10.1097/md.3523

Karpa, M. J., Mitchell, P., Beath, K., Rochtchina, E., Cumming, R. G., & Wang, J. J. (2009). Direct and indirect effects of visual impairment on mortality risk in older persons: the Blue Mountains Eye Study. *Archives of Ophthalmology, 127*(10), 1347-1353.

Katz, S. (1987). The science of quality of life. *Journal of chronic diseases, 40*(6), 459-463.

Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Adv Ther, 22*(4), 313-356.

Kyngäs, H., Duffy, M. E., & Kroll, T. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing, 9*(1), 5-12.

Lamoureux, E. L., Tai, E. S., Thumboo, J., Kawasaki, R., Saw, S.-M., Mitchell, P., & Wong, T. Y. (2010). Impact of diabetic retinopathy on vision-specific function. *Ophthalmology, 117*(4), 757-765.

Lee B., G. P., Gordon M., Wilson M. Cioffi G. Ritch R. (1998). The Glaucoma Symptom Scale. . *Arch Ophthalmol, 166*(861), 6.

Leelacharas, S. (2005). *Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior.* (A dissertation submitted for the degree of Doctor), Philosophy of nursing. University of Michigan.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. *Handbook of health psychology, 3*, 19-47.

Lim, N., Fan, C. H., Yong, M. K., Wong, E. P., & Yip, L. W. (2016). Assessment of Depression, Anxiety, and Quality of Life in Singaporean Patients With Glaucoma. *Journal of Glaucoma, 25*(7), 605-612.

Lopez, D., McCaul, K. A., Hankey, G. J., Norman, P. E., Almeida, O. P., Dobson, A. J., . . . Flicker, L. (2011). Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment—is there a gender difference? *Maturitas, 69*(4), 359-364.

Luber, M. P., Meyers, B. S., Williams-Russo, P. G., Hollenberg, J. P., DiDomenico, T. N., Charlson, M. E., & Alexopoulos, G. S. (2001). Depression and service utilization in elderly primary care patients. *The American journal of geriatric psychiatry, 9*(2), 169-176.

Lueckenotte, A. G. (1996). *Gerontology Nursing.* St. Louis: Mosby-Year Book.

Mangione, C. M., Berry, S., Spritzer, K., Janz, N. K., Klein, R., Owsley, C., & Lee, P. P. (1998). Identifying the content area for the 51-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: results from focus groups with visually impaired persons. *Archives of Ophthalmology, 116*(2), 227-233.

Matza, L. S., Rousculp, M. D., Malley, K., Boye, K. S., & Oglesby, A. (2008). The longitudinal link between visual acuity and health-related quality of life in patients with diabetic retinopathy. *Health and quality of life outcomes, 6*(1), 95.

McIlvane, J. M., & Reinhardt, J. P. (2001). Interactive effect of support from family and friends in visually impaired elders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(6), P374-P382.

McKean-Cowdin, R., Wang, Y., Wu, J., Azen, S. P., Varma, R., & Group, L. A. L. E. S. (2008). Impact of visual field loss on health-related quality of life in glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology, 115*(6), 941-948. e941.

Meiner, S.E. (2015). Theories of Aging. In S.E. Meiner (Ed.), *Gerontologic nursing* (5th Edition) (pp. 16-27). Elsevier Health Sciences.

Miller, C.A. (1999). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practice.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.

Muir, K. W., Santiago-Turla, C., Stinnett, S. S., Herndon, L. W., Allingham, R., Challa, P., & Lee, P. P. (2008). Health literacy and vision-related quality of life. *British Journal of Ophthalmology, 92*(6), 779-782.

Nassiri, N., Mehravaran, S., Nouri-Mahdavi, K., & Coleman, A. L. (2013). National Eye Institute Visual Function Questionnaire: usefulness in glaucoma. *Optom Vis Sci, 90*(8), 745-753.

Nelson P., A. P., O'Brien C. (1999). Patient' perception of visual impairment in Glaucoma: a pilot study. *Br J Opthalmol, 83*(546), 52.

Nelson, P., Aspinall, P., Papasouliotis, O., Worton, B., & O'Brien, C. (2003). Quality of life in glaucoma and its relationship with visual function. *Journal of Glaucoma, 12*(2), 139-150.

Nettina, S. M., Msn, A.-B., & Nettina, S. M. (2013). *Lippincott manual of nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.

Odberg, T., Jakobsen, J. E., Hultgren, S. J., & Halseide, R. (2001). The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. *Acta Ophthalmol, 79*(2), 116-120.

Olthoff, C. M., Schouten, J. S., van de Borne, B. W., & Webers, C. A. (2005). Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension: an evidence-based review. *Ophthalmology, 112*(6), 953-961. e957.

Onakoya, A. O. M. M., Chigozie A. MSc, FMCOphth*; Aribaba, Olufisayo T. FWACS, FMCOphth*; Ibidapo, Olayinka O. FWACS, FMCOphth. (2012). Quality of Life of Primary Open Angle Glaucoma Patients in Lagos, Nigeria: Clinical and Sociodemographic Correlates. *Journal of Glaucoma, 21*(5), 287-295.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science, 8*(1), 45-60.

Park, S., Kho, Y. L., Kim, H.-J., Kim, J., & Lee, E.-H. (2015). Impact of Glaucoma on Quality of Life and Activities of Daily Living. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 25*, 39-44.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.

Quaranta, L., Riva, I., Gerardi, C., Oddone, F., Floriano, I., & Konstas, A. G. (2016). Quality of Life in Glaucoma: A Review of the Literature. *Adv Ther, 33*(6), 959-981. doi: 10.1007/s12325-016-0333-6

Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging, 8*, 931-943.

Ricardo Augusto Paletta Guedes, V. M. P. G., Sirley Maria Freitas and Alfredo Chaoubah. (2012). Quality of life of glaucoma patients under medical therapy with different prostaglandins. *Clinical opthalmology, 6*, 1749-1753.

Riley, M. W. (1979). *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*: Westview.

Robin, A., & Grover, D. S. (2011). Compliance and adherence in glaucoma management. *Indian journal of ophthalmology, 59*(7), 93.

Rosenthal, M., Haskell, W., Solomon, R., Widstrom, A., & Reaven, G. M. (1983). Demonstration of a relationship between level of physical training and insulin-stimulated glucose utilization in normal humans. *Diabetes, 32*(5), 408-411.

Rovner, B. W., & Casten, R. J. (2002). Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *The American journal of geriatric psychiatry, 10*(3), 305-310.

Ruiz-Moreno, J. M., Coco, R. M., Garcia-Arumi, J., Xu, X. & Zlateva, G. (2008). Burden of illness of bilateral neovascular age related macular degeneration in spain. *Monte Cario*. 24(7): 2103-2111.

Silverstone, B., et al. . (2000). *The lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation.* New York: International.

Sneed, N. V., Paul, S., Michel, Y., VanBakel, A., & Hendrix, G. (2001). Evaluation of 3 quality of life measurement tools in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 30*(5), 332-340.

Sriprasong, S. (2000). *A study of the level of activity during the first six weeks often discharge of patient with myocardial inflaction*. Master' s Thesis. Adult nursing, Faculty of graduated studies, Mahidol university.

Stamper, R. L., Lieberman, M. F., & Drake, M. V. (2009). *Becker-Shaffer's diagnosis and therapy of the glaucomas*: Elsevier Health Sciences.

Tachanivate, P. (2007). *Factors Influencing Quality of Life in Adolescents with Type 1 Diabetes.* MAHIDOL UNIVERSITY.

Taylor, S. A., Galbraith, S. M., & Mills, R. P. (2002). Causes of non-compliance with drug regimens in glaucoma patients: a qualitative study. *Journal of ocular pharmacology and therapeutics, 18*(5), 401-409.

Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ihanli., Canbaz, S., & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology international, 28*(9), 859-865.

Tham, Y.-C., Li, X., Wong, T. Y., Quigley, H. A., Aung, T., & Cheng, C.-Y. (2014). Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology, 121*(11), 2081-2090.

The world health organization quality of life assessment group. (1996). People and health: What quality of life? *World Health Forum*. 17: 354-356.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.

Thorndike, R. M. (1976). *Correlational procedures for research*: Wiley.

Tsai, J. C., McClure, C. A., Ramos, S. E., Schlundt, D. G., & Pichert, J. W. (2003). Compliance barriers in glaucoma: a systematic classification. *Journal of Glaucoma, 12*(5), 393-398.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Uenishi, Y., Tsumura, H., Miki, T., & Shiraki, K. (2003). Quality of life of elderly Japanese patients with glaucoma. *International journal of nursing practice, 9*(1), 18-25.

UNESCO. (1981). Quality of life: Problem of Assessment and Measurement Socioeconomic studies. BMJ, 322.

Van Gestel, A., Webers, C. A., Beckers, H., Van Dongen, M., Severens, J., Hendrikse, F., & Schouten, J. (2010). The relationship between visual field loss in glaucoma and health-related quality-of-life. *Eye, 24*(12), 1759-1769.

Wang, C.-W., Chan, C. L., Ho, A. H., & Xiong, Z. (2008). Social networks and health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Journal of Aging and Health, 20*(7), 804-823.

Ware Jr, J. E. (1995). The status of health assessment 1994. *Annual review of public health, 16*(1), 327-354.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama, 273*(1), 59-65.

Winfield, A., Jessiman, D., Williams, A., & Esakowitz, L. (1990). A study of the causes of non-compliance by patients prescribed eyedrops. *British Journal of Ophthalmology, 74*(8), 477-480.

Wu, S.-Y., Hennis, A., Nemesure, B., & Leske, M. C. (2008). Impact of glaucoma, lens opacities, and cataract surgery on visual functioning and related quality of life: the Barbados Eye Studies. *Investigative ophthalmology & visual science, 49*(4), 1333-1338.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37-49.

Zhan, L. (1992). Quality of life: concept and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing.* 17: 795-880.

Zhang, X., Bullard, K. M., Cotch, M. F., Wilson, M. R., Rovner, B. W., McGwin, G., . . . Saaddine, J. B. (2013). Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005-2008. *JAMA ophthalmology, 131*(5), 573-581.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Zuo, L., Zou, H., Zhang, J., Fei, X., & Xu, X. (2015). Vision Health-Related Quality of Life in Chinese Glaucoma Patients. *J Ophthalmol, 2015*, 271425. doi: 10.1155/2015/271425.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์บุญส่ง วนิชเวชารุ่งเรือง	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา(ต้อหิน) โรงพยาบาลราชวิถี
คุณเจริญศรี อาทิตยสร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา/หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี
อาจารย์ ผศ.ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร. จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจักษุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คุณสุรัตน์ สุนารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชวิถี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์

ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0540

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 เมษายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ บุญส่ง วนิชเวชารุ่งเรือง	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา (ต้อหิน)
2. นางสาวเจริญศรี อาทิตยสร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา และหัวหน้างานการพยาบาลจักษุ
3. นางสาวสุรัตน์ สุนารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านจักษุวิทยา และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ บุญส่ง วนิชเวชารุ่งเรือง, นางสาวเจริญศรี อาทิตยสร และ นางสาวสุรัตน์ สุนารักษ์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

ที่ ศธ 0512.11/ 0540

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 เมษายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

ที่ ศธ 0512.11/ 0652

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

27 เมษายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรังเข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 102 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

ที่ ศธ 0512.11/ 0773

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินของโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 64 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. จดหมายขออนุมัติการทำวิจัยในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ชุด
2. แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จำนวน 4 ชุด
3. โครงร่างการวิจัยตามรูปแบบ ว1ด จำนวน 4 ชุดพร้อมไฟล์ใส่ CD

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

ที่ ศธ 0512.11/0774

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบฟอร์ม B0. แบบเสนอโครงการฉบับย่อ (18 เม.ย. 59) จำนวน 4 ชุด
2. แบบฟอร์ม B1.บันทึกข้อความ (เอกสารประกอบ1) จำนวน 4 ชุด
3. แบบฟอร์ม B2.เฉพาะโครงการที่มีแบบสอบถาม (เอกสารประกอบ4) จำนวน 4 ชุด
4. แบบฟอร์ม B3.หนังสือยินยอม (เอกสารประกอบ5ก) จำนวน 4 ชุด
5. แบบฟอร์ม B4.เอกสารประกอบ6 จำนวน 4 ชุด
6. แบบฟอร์ม B5.ใบรับรองการเป็นที่ปรึกษาหรือผู้ร่วมวิจัย จำนวน 4 ชุด
7. เช็คสำหรับบุคคลภายนอก งานวิจัย 4 ชุด
8. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย 4 ชุด
9. ใบรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 4 ชุด
10. ประวัติผู้วิจัย 4 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภารตี จันทรรัตน์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวภารตี จันทรรัตน์ โทร. 08-1446-6761

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 600083
เอกสารเลขที่ 084/2560

ชื่อโครงการ "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน"

(ภาษาอังกฤษ) "Factors associated with visual-related quality of life in older persons with glaucoma"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวภารตี จันทรรัตน์ **ตำแหน่ง** นิสิตปริญญาโท

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 14 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์พรเทพ เพราภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี คณะกรรมการฯจึงขอแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อกำหนดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัครใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ / แบบสอบถาม /แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น
3. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (AE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 5 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
4. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ที่เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้แจ้งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยทราบ ภายในกำหนดเวลา 3 วันทำการ หลังจากผู้วิจัยทราบถึงเหตุการณ์ โดยส่งเอกสารจำนวน 3 ชุด มาที่คณะกรรมการฯ โรงพยาบาลราชวิถี
5. กรณีมีการแก้ไขเอกสาร (Amendment) เปลี่ยนแปลงรายละเอียดโครงการวิจัย จะต้องยื่นเอกสารฉบับใหม่จำนวน 3 ชุด เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ก่อนจะดำเนินการวิจัยต่อไป
6. การขออนุมัติต่ออายุโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติต่ออายุก่อนหมดอายุ อย่างน้อย 1 เดือน หากล่าช้ากว่ากำหนดจะไม่ดำเนินการต่ออายุได้ ต้องขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใหม่ หรือ ตามมติของคณะกรรมการพิจารณาเป็นรายโครงการ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๔๓๐

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๖ – ๖๐ – ๔๙ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวภารตี จันทรรัตน์
สถานที่ศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอกาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐
ระยะเวลาในการศึกษา ๒ เดือน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No MURA2017/430

Title of Project	Factors Associated with Visual-Related Quality of Life in Older Persons with Glaucoma
Protocol Number	ID 06 – 60 – 49
Principal Investigator	Miss Paratee Chantararat
Educational Institution	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
.....
Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.

Date of Approval	July 5, 2017
Duration of Study	6 Months

แนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว หัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านปฏิบัติ ตามด้วยดังนี้

1. **การดำเนินการวิจัย** จะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณา ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
2. **กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการ** โดยเปลี่ยนไปจากชื่อเดิมที่ได้รับการอนุมัติไว้ หัวหน้าโครงการวิจัยต้องทำบันทึกแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ ทั้งนี้ต้องดำเนินการก่อนที่งานวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์ (จะไม่มีการออกเอกสารรับรองย้อนหลัง)
3. **กรณีที่มีการเพิ่มชื่อโครงการย่อย** โดยเพิ่มจากชื่อเดิมที่เป็นโครงการหลักซึ่งได้รับการอนุมัติไว้แล้ว หัวหน้าโครงการวิจัยต้องทำบันทึกแจ้งชื่อโครงการย่อย พร้อมทั้งแนบแบบโครงการฉบับย่อสำหรับแต่ละโครงการย่อยที่ขอเพิ่ม มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ ทั้งนี้ต้องดำเนินการก่อนที่งานวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์ (จะไม่มีการออกเอกสารรับรองย้อนหลัง)
4. **เอกสารหรือเครื่องมืออื่นๆ ที่จะใช้ในการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องได้รับการรับรองและประทับตรารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน** ทั้งนี้ เช่น เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet), หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form), โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์
5. การดำเนินการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย
   4.1 จะต้องดำเนินไปโดยปราศจากการบังคับหรือชักจูงอย่างไม่เหมาะสมจากนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริง
   4.2 จะต้องใช้เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย (ฉบับล่าสุดเท่านั้น) จะต้องมีพยานร่วมลงนามอย่างน้อย 1 คน
6. **เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet)** จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง "ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02 201 1544"
7. **การสุ่มตรวจเอกสาร** คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจะทำการสุ่มตรวจเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet), หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจะเริ่มกระบวนการสุ่มตรวจเป็นระยะ ผู้วิจัยต้องเก็บเอกสารดังกล่าวไว้ตลอดช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัยและเสร็จสิ้นโครงการอย่างน้อย 3 ปี
8. **กรณีการดำเนินการวิจัยเบี่ยงเบนไปจากที่แจ้งไว้ (deviation)** การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามที่แจ้งไว้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น หากมีการปฏิบัติที่เบี่ยงเบนไปจากที่แจ้งไว้ จะต้องรายงานต่อ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน พร้อมเหตุผล และมาตรการที่จะป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ยกเว้นในกรณีเร่งด่วนจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

9. **การเปลี่ยนแปลงวิธีดำเนินการวิจัย (Protocol Amendment)** หากจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะต้องแจ้งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรับทราบพร้อมเหตุผล และจะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนที่จะไปดำเนินการกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ยกเว้นในกรณีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องแจ้งเหตุการณ์ดังกล่าวให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ทราบด้วย
10. **การแจ้งเหตุไม่พึงประสงค์** หัวหน้าโครงการวิจัย จะต้องแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง และเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้าที่มีความรุนแรง รวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบทุกครั้ง ตามเวลาที่กำหนด (ดูรายละเอียดในแนวทางดำเนินงานมาตรฐานของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน)
11. **กรณีมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย** ที่มีผลต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดี ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หัจหน้าโครงการวิจัยต้องแจ้งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้รับทราบด้วย
12. **การรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย**
    12.1 โครงการวิจัยทุนภาคเอกชนกำหนดให้ส่งรายงานความก้าวหน้ามายังคณะกรรมการฯอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
    12.2 โครงการวิจัยที่ไม่ใช่ทุนภาคเอกชนกำหนดให้ส่งรายงานความก้าวหน้าเฉพาะที่คณะกรรมการเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงมาก โดยอาจส่งทุก 3-6 เดือนหรือแล้วแต่กรณี
13. **อายุของเอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of approval)** เอกสารมีอายุการรับรองจนถึงวันสิ้นสุดการศึกษาตามที่ยื่นขอพิจารณา แต่จะออกให้ไม่เกินระยะเวลา 5 ปี โดยระบุวันเริ่มต้นรับรองและระยะเวลาสิ้นสุดการศึกษาไว้ในเอกสารดังกล่าว ซึ่งมีประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นผู้ลงนาม หากผู้วิจัยมีความประสงค์ขอขยายเวลาการศึกษาโครงการเดิม หรือ โครงการวิจัยมีระยะเวลาการศึกษานานกว่า 5 ปี สามารถยื่นขอต่ออายุเอกสารรับรองโครงการ ภายใน 30 วันก่อนวันหมดอายุตามที่ระบุในเอกสารรับรองโครงการวิจัย
14. **รายงานการแจ้งปิดโครงการ (Close-out Report)** เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้ว หัวหน้าโครงการวิจัยต้องส่งรายงานการแจ้งปิดโครงการ

<u>ข้อแนะนำเพิ่มเติม</u>

1) สำหรับงานวิจัยชนิด clinical trial ควรลงทะเบียนก่อนเริ่มงานวิจัย ที่เว็บไซต์

- Clinical Trial Registration : www.ClinicalTrials.gov สอบถามได้ที่ รศ.พญ.ศิริลักษณ์ สุขสมุปอง ผู้ประสานงานของมหาวิทยาลัยมหิดล โทร.08-9153-4806
- Thai Clinical Trials Registry : www.clinicaltrials.in.th สอบถามได้ที่ คุณศุภลักษณ์ ยาเจริญ นักวิชาการศึกษา การวิจัยทางการแพทย์ เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) โทร 02-9405181-3 ต่อ 723

2) สอบถามข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติมได้ที่ หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก สำนักงานวิจัย วิชาการ และนวัตกรรม โทร. 02-201-1544

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวภารตี จันทรรัตน์

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-446-6761 E-mail: parateech.14@gmail.com

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหินภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้แนวคิดที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหิน และสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคต้อหินต่อไปท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ทั้ง 2 ตา หรือตาข้างใดข้างหนึ่ง ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตาหรือรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันตาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน สติปัญญาและการรับรู้ปกติ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 72 คน. ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้นตั้งแต่เดือน มิถุนายน 60 – พฤศจิกายน 60

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากอาสาสมัคร ได้แก่ ตอบแบบสอบถามทั้งฉบับจำนวน 15 หน้าให้ครบทุกข้อทุกหน้า โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น

เมื่อเข้าร่วมการวิจัยท่านอาจมีความเสี่ยงหรือผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ เสียเวลา สูญเสียรายได้ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจะขอชดเชยค่าเสียว่าและ

สูญเสียรายได้ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเป็นจำนวนเงิน 100 บาท/ฉบับ

ความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือด

ท่านมีโอกาสที่จะเกิดอาการเจ็บ เลือดออก ช้ำจากการเจาะเลือด อาการบวมบริเวณที่เจาะเลือดหรือหน้ามืด และโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อบริเวณที่เจาะเลือดพบได้น้อยมาก เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะทำการตอบแบบสอบถามเท่านั้น

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้เกิดองค์ความรู้และแนวคิดที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมและวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคต้อหินต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านโดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวภารตี จันทรรัตน์ ที่อยู่ ห้อง 505 หอพักพยาบาล 18 ชั้น โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 ต.ทุ่งพญาไท อ.ราชเทวี กรุงเทพ 10400 โทรศัพท์มือถือ ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง : 0814466761 E-mail : parateech.14@gmail.com

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ /ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ครั้งละ 100 บาท

ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง

ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม

ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

<u>การรักษาความลับ</u>

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

<u>หมายเหตุ</u>

1. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน โดยเปลี่ยนสรรพนาม "ข้าพเจ้า" เป็น "เด็กในปกครองของข้าพเจ้า"

2. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุระหว่าง 7-18 ปี ควรมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมแยกสำหรับเด็ก (assent form) เพิ่มเติมจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม (consent form)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

วันที่……

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล..... .....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อเป็นข้อมูลในด้านการวางแผนการจัดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพต่อไป

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยที่เป็น การรักษาต่างๆ ที่ได้รับ รวมไปถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น และจากข้อมูลต่างๆที่ข้าพเจ้าให้ไป ยินยอมที่จะให้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรต้อหินในโรงพยาบาลราชวิถีในภาพรวม นอกจากนี้ยังทราบว่าการวิจัยครั้งนี้จะยังประโยชน์ต่อความรู้ทางด้านวิชาการ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีจะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวภารตี จันทรรัตน์ เบอร์โทรศัพท์: 08-14466761 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย	ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย
(.....)	(นางสาวภารตี จันทรรัตน์
วันที่.....	วันที่.....
ชื่อ.....พยาน	ชื่อ.....พยาน
(.....)	(.....
วันที่.....	วันที่.....

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
ชื่อผู้วิจัย นางสาวภารตี จันทรรัตน์
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....
อายุ .....เลขที่เวชระเบียน .....
คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)
.....(พยาน)
.....(พยาน)
วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)
วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

CRF Number _____

Research number _____

เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน” แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ

2.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

2.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

2.5 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมีทั้งหมด 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และตอนที่ 2 ข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย) โปรดเติมข้อความหรือเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่าน (ตอบให้ครบทุกข้อ)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา
( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก

5. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) ไม่มี ( ) ความดันโลหิตสูง
( ) ไขมันในเลือดสูง ( ) เบาหวาน ( ) หัวใจ
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. การอยู่อาศัย ( ) อาศัยอยู่ตามลำพัง ( ) อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร
( ) อาศัยอยู่กับเพื่อน ( ) อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY

7. สิทธิในการรักษา ( )บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท)

( ) ข้าราชการ ( ) รัฐวิสาหกิจ ( ) ประกันสังคม

( ) ชำระเงินเอง ( ) อื่นๆ(โปรดระบุ).....

8. แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพ ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) การทำงาน

( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

9. รายได้ ( ) ไม่มีรายได้ ( ) ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน

( ) 2,501-5,000 บาท/เดือน ( ) 5,001-10,000 บาท/เดือน

( ) 10,001 บาท/เดือนขึ้นไป

10. ตาข้างที่เป็นต้อหิน ( ) ตาซ้าย ( ) ตาขวา ( ) ทั้ง 2 ตา

ตอนที่ 2 ข้อมูลจากแฟ้มรายงานประวัติของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

11. ระดับการมองเห็น (Visual acuity)

ตาข้างขวา		ตาข้างซ้าย	
	☐ สายตาปกติ		☐ สายตาปกติ
	☐ สายตาใกล้เคียงปกติ		☐ สายตาใกล้เคียงปกติ
	☐ สายตาเลือนราง		☐ สายตาเลือนราง
	☐ ตาบอด		☐ ตาบอด

12. ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน

☐ Stage 1 (Early glaucoma)

☐ Stage 2 (Moderate glaucoma)

☐ Stage 3 (Advanced glaucoma)

☐ Stage 4 (Severe glaucoma)

☐ Stage 5 (End-stage glaucoma)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

13. ระยะการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน

☐ < 3 เดือน ☐ 3-12 เดือน ☐ 1-5 ปี ☐ > 5 ปี

14. การรักษาโรคต้อหิน

☐ ยารับประทาน ..... ชนิด

☐ ยาหยอดตา ..... ชนิด

☐ การยิงเลเซอร์ (ระบุ) .....

☐ การผ่าตัด (ระบุ) .....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรักษา

2.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

คำชี้แจง ดิฉัน จะอ่านคำถามเกี่ยวกับปัญหาทางสายตาหรือความรู้สึกที่คุณมีต่อสายตาคุณ โดยแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้คุณเลือก ขอให้คุณเลือก คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงสำหรับคุณมากที่สุด

คุณสามารถใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละข้อ นานเท่าที่คุณต้องการ คำตอบทั้งหมดของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อให้เราทราบปัญหาเรื่องสายตาและผลกระทบของปัญหาดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของคุณ คุณควรตอบคำถามให้ตรงกับตัวคุณมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ข้อคำถาม	ดีที่สุด 1	ดีมาก 2	ดี 3	พอใช้ 4	ไม่ดี 5
1.คุณคิดว่า ภาวะสุขภาพของคุณโดยทั่วไปเป็นอย่างไร					

ข้อคำถาม	ดีที่สุด 1	ดี 2	พอใช้ 3	ไม่ดี 4	แย่มาก 5
2.ในขณะนี้ การมองเห็นของคุณ (รวมถึงขณะใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์) เป็นอย่างไร					

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย 1	นานๆ ครั้ง 2	บางครั้ง 3	บ่อยๆ 4	ตลอดเวลา 5
3.คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นของคุณบ่อยแค่ไหน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อคำถาม	ไม่เลย 1	เล็กน้อย 2	ปานกลาง 3	รุนแรง 4	รุนแรงมาก 5
4.คุณมีอาการปวดตาหรือรู้สึกไม่สบายตา เช่น เคืองตา คันตา หรือปวดกระบอกตา มากน้อยแค่ไหน					

ข้อคำถาม	เป็นจริงที่สุด 1	ส่วนใหญ่จริง 2	ไม่แน่ใจ 3	ส่วนใหญ่ไม่จริง 4	ไม่จริงเลย 5
22. ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกไปไหนเพราะว่าปัญหาการมองเห็นของฉัน . . . . 26. ฉันรู้สึกกังวลว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นต้องอับอายขายหน้า เพราะว่ามีปัญหาการมองเห็นของฉัน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> ข้อคำถามด้านล่างต่อไปนี้จะบรรยายเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดของท่าน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ เพียง 1 ข้อเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

การสนับสนุนทางสังคม	ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. มีผู้ให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน					
2. มีผู้ให้ความสนใจ เอาใจใส่ และซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของท่าน					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
14. มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามท่านเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน กรุณาใส่ ✓ลงให้หมายเลขที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

☐ 1.ตักอาหารไม่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ

☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำเองได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

.

.

.

.

.

.

.

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2. กลั้นได้ปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามอาการซึมเศร้า มี 30 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งสัปดาห์

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	**ใช่**	**ไม่ใช่**	**คะแนน**
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			
	รวม			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.5 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง คือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ทำกิจกรรมนั้นโดยเฉลี่ย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
น้อยครั้ง	หมายถึง	ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
1. ท่านหยอดยา/รับประทานยาตรงเวลา					
2. ท่านล้างมือก่อนหยอดตาทุกครั้ง . . . . 16. ยาที่ใช้มักหมดก่อนถึงวันนัดหมาย					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก จ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เพศ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ชาย	75	55.1	55.1	55.1
	หญิง	61	44.9	44.9	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

สถานภาพสมรส

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	โสด	21	15.4	15.4	15.4
	คู่	66	48.5	48.5	64.0
	หม้าย	34	25.0	25.0	89.0
	หย่า	4	2.9	2.9	91.9
	หย่า	11	8.1	8.1	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

โรคประจำตัว

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	มี	99	72.8	72.8	72.8
	ไม่มี	37	27.2	27.2	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

การอยู่อาศัย

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อยู่ตามลำพัง	20	14.7	14.7	14.7
	อยู่กับคู่สมรสหรือบุคร	98	72.1	72.1	86.8
	อยู่กับเพื่อน	4	2.9	2.9	89.7
	อยู่กับญาติพี่น้อง	14	10.3	10.3	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

สิทธิการรักษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30บาท	78	57.4	57.4	57.4
	ข้าราชการ	25	18.4	18.4	75.7
	ปกส	18	13.2	13.2	89.0
	ชำระเงินเอง	13	9.6	9.6	98.5
	อื่นๆ	2	1.5	1.5	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

รายได้

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มีรายได้	9	6.6	6.6	6.6
	ต่ำกว่า2,500	39	28.7	28.7	35.3
	2,501-5,00	25	18.4	18.4	53.7
	5,01-10,000	26	19.1	19.1	72.8
	10,001ขึ้นไป	37	27.2	27.2	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

แหล่งรายได้ในการดำรงชีพ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	คู่สมรส	2	1.5	1.5	1.5
	บุตร	52	38.2	38.2	39.7
	การทำงาน	37	27.2	27.2	66.9
	อื่นๆ	45	33.1	33.1	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

จำนวนยาหยอดตา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	61	44.9	44.9	44.9
	2.00	32	23.5	23.5	68.4
	3.00	21	15.4	15.4	83.8
	4.00	13	9.6	9.6	93.4
	5.00	6	4.4	4.4	97.8
	ไม่มี	3	2.2	2.2	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

ตาข้างที่เป็นต้อหิน

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ตาซ้าย	37	27.2	27.2	27.2
	ตาขวา	26	19.1	19.1	46.3
	ทั้ง2ตา	73	53.7	53.7	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

ระดับการมองเห็นตาขวา (VA)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	สายตาปกติ (20/25 หรือดีกว่า)	9	6.6	6.6	6.6
	สายตาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60)	70	51.5	51.5	58.1
	สายตาเลือนราง (20/70-20/400)	47	34.6	34.6	92.6
	ตาบอด (20/500 หรือแย่กว่า)	10	7.4	7.4	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

ระดับการมองเห็นตาซ้าย (VA)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	สายตาปกติ (20/25 หรือดีกว่า)	24	17.6	17.6	17.6
	สายตาใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60)	67	49.3	49.3	66.9
	สายตาเลือนราง (20/70-20/400)	35	25.7	25.7	92.6
	ตาบอด (20/500 หรือแย่กว่า)	10	7.4	7.4	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stage1	58	42.6	42.6	42.6
	stage2	35	25.7	25.7	68.4
	stage3	22	16.2	16.2	84.6
	stage4	9	6.6	6.6	91.2
	stage5	12	8.8	8.8	100.0
	Total	136	100.0	100.0	

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.809	.825	30

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	30

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.871	16

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.829	14

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	10

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
อายุ	.116	136	.000	.928	136	.000
คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	.103	136	.001	.957	136	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.205	136	.000	.879	136	.000
การปฏิบัติกิจวัตร	.376	136	.000	.597	136	.000
ภาวะซึมเศร้า	.153	136	.000	.898	136	.000
ความร่วมมือ	.124	136	.000	.934	136	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรต้อหิน จำแนกรายข้อ (n = 136)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	ดีที่สุด	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
1.คุณคิดว่า ภาวะสุขภาพของคุณโดยทั่วไปเป็นอย่างไร		15 (11.0)	41 (30.1)	68 (50.0)	12 (8.8)
	ดีที่สุด	ดี	พอใช้	ไม่ดี	แย่มาก
2.ในขณะนี้ การมองเห็นของคุณ (รวมถึงขณะใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์) เป็นอย่างไร		45 (33.1)	54 (39.7)	25 (18.4)	12 (8.8)
	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
3.คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นของคุณบ่อยแค่ไหน	27 (19.9	37 (27.2)	17 (12.5)	30 (22.1)	25 (18.4)
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
4.คุณมีอาการปวดตาหรือรู้สึกไม่สบายตา เช่น เคืองตา คันตา หรือปวดกระบอกตา	33 (24.3	74 (54.4)	20 (14.7)	5 (3.7)	4 (2.9)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากที่สุด	ไม่ทำสิ่งนี้เพราะสายตา
5.คุณมีความลำบากในการอ่านหนังสือ, หนังสือพิมพ์ หรือข้อความใน smart phone	21 (15.4)	54 (39.7)	36 (26.5)	25 (18.4)	

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากที่สุด	ไม่ทำสิ่งนี้เพราะสายตา
6.คุณมีความลำบากในการทำงานหรืองานอดิเรกที่ต้องใช้การมองเห็นในระยะใกล้ๆ	25 (18.4)	57 (41.9)	37 (27.2)	17 (12.5)	
7.การมองเห็นของคุณทำให้คุณมีความลำบากในการค้นหาสิ่งของบนชั้น	25 (18.4)	66 (48.5)	37 (22.1)	17 (11.0)	
8.คุณมีความลำบากในการอ่านเครื่องหมายจราจรตามท้องถนน	24 (17.6)	64 (47.1)	24 (17.6)	24 (17.6)	
9.การมองเห็นทำให้คุณมีความลำบากในการก้าวขึ้น-ลงบันได ในเวลากลางคืน	38 (27.9)	59 (43.4)	20 (14.7)	19 (14.0)	
10.การมองเห็นทำให้มีความลำบากในการเดินโดยไม่ชนหรือสะดุดสิ่งของที่อยู่ด้านข้าง	35 (25.7)	62 (45.6)	23 (16.9)	16 (11.8)	
11.การมองเห็นของคุณทำให้คุณมีความลำบากในการข้ามถนน	33 (24.3)	63 (46.3)	22 (16.2)	18 (13.2)	
12.การมองเห็นทำให้คุณมีความลำบากในการเห็นการตอบสนอง เวลาพูดคุยกับคุณ	34 (25.0)	65 (47.8)	25 (18.4)	12 (8.8)	
13.การมองเห็นของคุณทำให้มีความลำบากในการเลือกสีเสื้อผ้าให้เข้ากัน	67 (49.3)	46 (33.8)	17 (12.5)	6 (4.4)	
14.การมองเห็นของคุณทำให้ มีความลำบากในการไปเยี่ยมเยียนผู้อื่นที่บ้าน ที่งานเลี้ยง หรือในร้านอาหาร	36 (26.5)	64 (47.1)	22 (16.2)	13 (9.6)	1 (0.7)
15.การมองเห็นของคุณทำให้มีความลำบากในการออกไปดูหนัง ดูการแสดงหรือดูงานรื่นเริงต่างๆ	35 (25.7)	66 (48.5)	23 (16.9)	11 (8.1)	1 (0.7)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	ไม่ลำบากเลย	ลำบากเล็กน้อย	ลำบากปานกลาง	ลำบากที่สุด	ไม่ทำสิ่งนี้เพราะสายตา
16.การมองเห็นของคุณทำให้มีความลำบากในการดูรายการทีวี	28 (49.3)	70 (51.5)	24 (17.6)	12 (8.8)	2 (1.5)
17.การมองเห็นของคุณทำให้มีความลำบากในการบอกชื่อคนที่คุณรู้จัก ตอนที่เขาอยู่ในระยะไกล	34 (49.3)	61 (25.0)	27 (19.9)	12 (8.8)	2 (1.5)
18. ปัจจุบันนี้คุณขับรถอยู่หรือไม่	ใช่ 50 (36.8)	ไม่ใช่ 86 (63.2)			
18a. คุณไม่เคยขับรถมาก่อนหรือคุณเลิกขับรถแล้ว	ไม่เคย 45 (36.8)	เคย 41 (63.2)			
18b. คุณเลิกขับรถเพราะสาเหตุจาก	การมองเห็น 21 (15.4)	อื่นๆ 7 (5.1)	ทั้ง 2 สาเหตุ 13 (9.6)		
18c. คุณมีความลำบากในการขับรถตอนกลางวันหรือสถานที่ๆคุ้นเคย	23 (16.9)	22 (16.2)	4 (2.9)	1 (0.7)	
19.คุณมีความลำบากแค่ไหนในการขับรถตอนกลางคืน	7 (5.1)	14 (10.3)	12 (8.8)	17 (12.5)	
19a.คุณมีความลำบากในการขับรถในสถานการณ์ที่ขับรถลำบาก	18 (13.2)	20 (14.7)	9 (6.6)	3 (2.2)	
20.การมองเห็นของคุณเป็นอุปสรรคในงานที่คุณอยากทำ	7 (5.1)	14 (10.3)	12 (8.8)	17 (12.5)	
21.อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายในตา ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำ	3 (2.2)	16 (11.8)	9 (6.6)	57 (41.9)	51 (37.5)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	เป็นจริงที่สุด	ส่วนใหญ่จริง	ไม่แน่ใจ	ส่วนใหญ่ไม่จริง	ไม่จริงเลย
22. ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกไปไหน เพราะว่าปัญหาการมองเห็นของฉัน	25 (18.4)	22 (16.2)	2 (1.5)	12 (8.8)	75 (55.1)
23. ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง เพราะว่าปัญหาการมองเห็นของฉัน	20 (14.7)	34 (25.0)	1 (0.7)	11 (8.1)	70 (51.5)
24. ปัญหาการมองเห็นของฉันทำให้ฉันควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้น้อยลง	22 (16.2)	37 (27.2)	1 (0.7)	9 (6.6)	67 (49.3)
25. เวลาจะทำอะไรฉันต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นมาก	22 (16.2)	32 (23.5)	3 (2.2)	12 (8.8)	67 (49.3)
26. ฉันรู้สึกกังวลว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นต้องอับอายขายหน้า	20 (2.2)	23 (11.8)		82 (41.9)	82 (41.9)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Correlations

		คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น			
ปัจจัย		ด้านสุขภาพ	ด้านลำบาก	ด้านปัญหา	รวม
อายุ	r	.163	.118	.054	.120
	p-value	.058	.170	.535	.166
ระดับการศึกษา	r_{pb}	.189*	.177*	.203*	.215*
	p-value	.027	.039	.018	.012
ระดับความรุนแรงของโรค	r_{pb}	-.188*	-.301*	-.327*	-.330*
	p-value	.029	.000	.000	.000
การสนับสนุนทางสังคม	r	.232*	.122	.220*	.217*
	p-value	.007	.158	.010	.011
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	r	.205*	.248*	.303*	.288*
	p-value	.017	.004	.000	.001
ภาวะซึมเศร้า	r	-.551*	-.473*	-.616*	-.612*
	p-value	.000	.000	.000	.000
ความร่วมมือในการรักษา	r	.096	.157	.144	.171*
	p-value	.268	.069	.094	.047

Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภารตี จันทรรัตน์ เกิดวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2533 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี นพรัตน์วชิระ เมื่อปีการศึกษา 2555 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2558 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ด้านการพยาบาล ที่หอผู้ป่วยจักษุชาย โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University