

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ



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 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS
WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

Miss Kanokorn Poonpam



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 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
โดย	นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

กนกอร พูนเปี่ยม : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ (FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ารศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 113 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามอาการซึมเศร้าและแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินอาการซึมเศร้าและแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มาตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .981 .912 .840 และ .902 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.476$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.708$)

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.699$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677151836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OLDER PERSON / HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

KANOKORN POONPIAM: FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION. ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 113 pp.

The purpose of this descriptive research aimed to study the health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration and to study the relationships between factors, sex, age, visual acuity, social support, depression and activity of daily living of older persons with age-related macular degeneration. Subject consisted of 120 older persons with age-related macular degeneration at retina clinic in Mettaphracharak (Wat Rai Khing) Hospital and Police General Hospital, and were selected by using multi-stage sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, Thai Visual Function Questionnaire 28, social support, Thai Geriatric Depression Scale and Barthel ADL index which were tested for content validity and reliability. The reliability of Thai Visual Function Questionnaire 28, social support, Thai Geriatric Depression Scale and Barthel ADL index were .981 .912 .840 and .902 respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Major finding were as follows:

1. Visual acuity were significantly with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration, at level of .05 but sex were not correlated with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration.

2. Age was significantly negative correlated with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration, at medium level of .05 ($r = -.476$) and depression was significantly negative correlated with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration, at high level of .05 ($r = -0.708$).

3. Social support was significantly positive correlated with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration, at low level of .05 ($r = 0.225$) and activity of daily living was significantly positive correlated with health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration, at high level of .05 ($r = 0.699$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการคอยชี้แนะแนวทางพร้อมให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรักความห่วงใยและเอาใจใส่พร้อมให้กำลังใจ สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้เสียเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ คณะกรรมการจริยธรรมกรรมการวิจัยในคนทุกท่าน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจักษุและบุคลากรทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใยและคอยเป็นกำลังใจอย่างดีเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบคุณ คุณเบญจมาศ รอดแผ้วพาล คุณสิทธิชัย เกษรบัวและคุณรพีพรรณ สารสมัคร ที่คอยเป็นที่ปรึกษาเป็นกำลังใจและช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้อง ตลอดจนกัลยาณมิตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ช่วยให้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ผู้มีพระคุณและผู้สูงอายุทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลง.....	14
2. โรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Aged related macular degeneration: AMD).....	18
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม.....	25
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ.....	36
5. การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม.....	41
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย	66
ข้อเสนอแนะ	73
รายการอ้างอิง.....	74
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	85
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย	87
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	93
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	108
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	113

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล.....	49
ตารางที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	53
ตารางที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	55
ตารางที่ 4 ความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้ (n=30).....	56
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=120).....	60
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120).....	62
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120).....	63
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม จำแนกรายชื่อ (n=120).....	109
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม(n=120).....	111
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120).....	111
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120).....	112

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ภาพแสดงกายวิภาคดวงตา.....	17
ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของจอตา	17
ภาพที่ 3 แสดง Amsler grid มี 2 แบบ ได้แก่ ตารางขาวบนพื้นดำ หรือตารางดำบนพื้นขาว (สำหรับคนแพ้แสงควรใช้ชนิดพื้นดำ).....	22
ภาพที่ 4 Revised Wilson and Cleary model for health-related quality of life. Adapted	30



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Age-related macular degeneration: AMD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมในส่วนกลางของจอตา ซึ่งเกิดเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุ ยิ่งในปัจจุบันมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงพบว่าโรคนี้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขมากขึ้นเรื่อย ๆ และจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรคจอตาเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของภาวะตาบอดในประชากรทั่วโลก ความชุกของโรคจอตาเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบร้อยละ 8 ของคนอายุ 50 ปีขึ้นไปและเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35 ของคนอายุ 75 ปีขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคจอตาเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจาก ร้อยละ 4.8 ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีและเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 ในผู้ที่มีอายุ 80 ปี (Owen et al., 2012) สำหรับในประเทศไทย พบว่า โรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทุกปีจะมีผู้สูงอายุเกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาการมองเห็นจากโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลารวดเร็วจนถึงขั้นตาบอดได้ (Isipradit et al., 2014)

ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมระยะแรกอาจไม่มีการผิดปกติ แต่จักษุแพทย์ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยบังเอิญ เช่น จากการตรวจสุขภาพตาเพื่อวัดสายตา หรือการตรวจสุขภาพตาประจำปีและรายงานว่ามองเห็นภาพบิดเบี้ยวหรือมีอาการตามัวลงเล็กน้อย เนื่องจากพยาธิสภาพอยู่บริเวณ Macular คือ จอตาส่วนตรงกลาง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการมองเห็น จะมองเห็นภาพบิดเบี้ยวชัดเจนเมื่อมองภาพใกล้ ๆ มองเห็นขนาดภาพเปลี่ยนไปจากภาพปกติ เห็นมีเงาดำบังอยู่ตรงกลางภาพเห็นสีผิดเพี้ยนไป เนื่องจากบริเวณ Macular มีเซลล์รับรู้การเห็นสี (Cone cell) อยู่หนาแน่น เมื่อจอตาเสื่อมในระยะรุนแรงจะมีอาการตามัวมากอย่างเฉียบพลัน มักพบในผู้ป่วยที่มีเลือดออกเข้าสู่ในน้ำวุ้นตาและใต้จอตา ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเป็นโรคจอตาเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดหดตัวและตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอตาได้น้อยลงทำให้จอตาเสื่อมได้มากขึ้น (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

โรคจอตาเสื่อมจากอายุ มีความผิดปกติจากการเสื่อมของจลุรับภาพบริเวณตรงกลางของจอตา สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคจอตาเสื่อมชนิดแห้ง (Dry AMD) และโรคจอตาเสื่อมชนิดเปียก (Wet AMD) โดยกลุ่ม Dry AMD มักจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นจากการมีการฝ่อ

ของหลอดเลือดฝอยชั้นคอร์รอยด์และการเสื่อมของเซลล์รับแสง ทำให้บริเวณนั้นบางลงเห็นเป็นรูปร่างกลม (areolar) หรือเป็นรูปแผนที่ (geographic atrophy) ของ macular ส่วน Wet AMD จะเกิดหลอดเลือดขนาดเล็ก ๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ในชั้น Choroid (ชั้นของเนื้อเยื่อลูกตา อยู่ถัดชั้นสเคลอราเข้าไป เป็นชั้นที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง มีรงควัตถุกระจายอยู่มาก ช่วยป้องกันไม่ให้แสงทะลุผ่านชั้นจอตาไปยังด้านหลังของนัยน์ตาได้โดยตรง) กลุ่ม Wet AMD จะมีความรุนแรงและสูญเสียการมองเห็นได้มากกว่า เพราะเกิดการรั่วของเส้นเลือดหรือเกิดเลือดออกอย่างรุนแรงใต้จอตา ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของจอตาถูกทำลายอย่างรวดเร็ว (ภฤศ หาญอุตสาหะ, 2549) ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่สามารถรักษาให้หายได้ ทำได้แต่เพียงหยุดหรือชะลอการเสื่อมของจอตาให้ช้าที่สุด เพราะจอตาที่เสื่อมเสียไปแล้วจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจรักษาไม่ได้เลย อาจทำให้ตาบอดได้

โรคจอตาเสื่อมจากอายุ เป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการมองเห็น โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ Dry AMD และ Wet AMD โดยกลุ่ม Dry AMD มักจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นจากการมี Geographic atrophy ของ Macular ส่วน Wet AMD จะเกิด Choroidal neovascularization (CNV) ที่มีความรุนแรงและสูญเสียการมองเห็นได้มากกว่า เพราะเกิดการรั่วของเส้นเลือดออกอย่างรุนแรงใต้จอตา ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของจอตาถูกทำลายอย่างรวดเร็ว โรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการแก่ตัวของเซลล์จึงมีส่วนสำคัญในพยาธิกำเนิดของโรค โดยเฉพาะเซลล์และโครงสร้างที่สำคัญคือ Retinal pigment epithelium (RPE) Bruch's membrane และ Choriocapillaris การเปลี่ยนแปลงตามอายุที่สำคัญมีดังนี้

Retinal pigment epithelium (RPE) โดยปกติ RPE จะทำหน้าที่สำคัญต่อจอตา เช่น การดูดซับแสง visual pigments regeneration การเป็น outer blood ocular barrier การควบคุมสมดุลของน้ำและ electrolyte การขับถ่ายของเสียจาก outer segment (phagocytosis) หรือแม้แต่การสร้างสมดุลให้แก่ choriocapillaris ซึ่งหน้าที่เหล่านี้มีความสำคัญและจำเป็นต่อการทำงานของจอตาโดยเฉพาะต่อ photoreceptor cells พบว่าเมื่อเซลล์มีอายุมากขึ้น การทำงานต่าง ๆ จะน้อยลงโดยเฉพาะการ phagocytosis ของเสียต่าง ๆ จาก photoreceptor cells ทำให้มีของเสียสะสมอยู่ภายใน lysosomes ของเซลล์ RPE ในรูปแบบของ lipofuscin โดย lipofuscin เหล่านี้ถือเป็นข้อบ่งชี้ว่าเซลล์นั้น ๆ มีอายุมากขึ้นและจะพบบริเวณ macular มากกว่าจอตาขอบนอก (peripheral retina) จำนวนเซลล์ RPE จะค่อย ๆ ลดลงรวมทั้งการทำงานต่าง ๆ ก็จะถูกพร่องและน้อยลงตามไปด้วย

Bruch's membrane โครงสร้างของ Bruch's membrane ประกอบไปด้วยชั้นจำนวน 5 ชั้น อยู่ระหว่าง RPE และ Choriocapillaris เมื่ออายุมากขึ้นจะพบว่ามีสารต่าง ๆ รวมทั้งของเสียจาก RPE ฝังตัวอยู่ในมากขึ้นทำให้ Bruch's membrane มีขนาดหนาตัวขึ้นมากกว่า

ปกติ โดยสารที่พบจะประกอบตัวเป็นชั้นบาง ๆ สำคัญ 2 ส่วน คือ basal laminar deposit และ basal linear deposit จากการศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่า basal laminar deposit เป็นการสะสมของสารที่อยู่ระหว่าง plasma membrane และ basement membrane ของเซลล์ RPE ส่วน basal linear deposit จะอยู่ลึกลงไปคืออยู่ติดต่อกับ basement membrane ของ RPE พบว่า basal linear deposit คือ drusen ความหนาตัวของ Bruch's membrane ลักษณะนี้จะมีมากขึ้นตามอายุ บางรายหนาขึ้นมากกว่า 100% ภายในระยะเวลา 10 ปีและนอกจากหนาตัวแล้วยังแตกตัวง่ายกว่าในภาวะปกติ (Fragmentation)

สำหรับส่วนประกอบของ basal laminar deposit และ basal linear deposit นั้นพบว่าประกอบไปด้วยไขมันจำนวนมากโดยเฉพาะคอเลสเตอรอล (esterfied cholesterol) รวมทั้งมีการเพิ่มของ collagen และสารเกลือแร่อื่น ๆ สารประกอบเหล่านี้ทำให้การเคลื่อนไหวของของเหลวหรือสารน้ำต่าง ๆ (hydraulic conductivity) ระหว่างชั้นต่าง ๆ ของ Bruch's membrane ลดลงซึ่งอาจทำให้เป็นสาเหตุของ serous RPE detachment ที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจทำให้มีการอักเสบในบริเวณนี้มากขึ้นโดยเฉพาะจากเซลล์ macrophage (cellular immune response) ซึ่งยิ่งทำให้โครงสร้างต่าง ๆ ถูกทำลายและเปราะบางมากขึ้น

Choriocapillaris การเปลี่ยนแปลงตามอายุที่สำคัญที่เกิดขึ้นใน Choriocapillaris คือ การลดลงของทั้งจำนวนและขนาดเส้นเลือดต่าง ๆ เชื่อกันว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่เกิดจากเซลล์ RPE เนื่องจาก RPE เป็นเซลล์ที่ควบคุมหรือมีผลอย่างยิ่งต่อการทำงานต่าง ๆ ของ Choriocapillaris

ภาวะการแก่ตัวของเซลล์และการเกิด CNV ในภาวะปกติ RPE จะสร้างสารที่เกี่ยวกับการทำงานและการเติบโตของเส้นเลือดที่สำคัญสองประเภทคือ vascular endothelial growth factor (VEGF) และ pigment epithelium-derived factor (PEDF) สารทั้งสองจะทำงานในลักษณะตรงกันข้ามกัน กล่าวคือ VEGF เป็นสารกระตุ้นเส้นเลือด (angiogenic effect) ส่วน PEDF จะทำหน้าที่เป็นตัวยับยั้ง (antiangiogenic effect) พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นหรือเมื่อ RPE มีการสะสมของ lipofuscin มากขึ้น สัดส่วนของสารทั้งสองจะเปลี่ยนแปลงไปจนไม่อยู่ในภาวะสมดุล เช่น มีการสร้างสาร PEDF ลดลง จนทำให้ VEGF ทำงานมากขึ้นจนสามารถกระตุ้นให้เกิดเส้นเลือด CNV ได้ นอกจากนี้สารประกอบ lipid ใน basal linear deposit อาจจะทำหน้าที่เป็นสารกั้น (barrier) ต่อสารทั้งสองโดยเฉพาะต่อ PEDF ทำให้ VEGF ทำงานมากเกินไปในชั้น Bruch's membrane หรือ Choriocapillaris จนทำให้เกิด CNV ขึ้นเช่นกัน

ภาวะขาดเลือดและการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Ischemia and Angiogenesis) โดยทั่วไปเมื่ออายุมากขึ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะลดลงโดยเฉพาะบริเวณ macular และการลดลงของเลือดหรือออกซิเจนเหล่านี้ก็อาจเป็นสาเหตุของเส้นเลือดผิดปกติต่าง ๆ ที่

งอกใหม่ กลไกที่ภาวะขาดเลือดหรือขาดออกซิเจนทำให้เกิด CNV เชื่อว่าเกิดจากการกระตุ้นผ่านสารกลุ่ม vascular endothelial growth factor (VEGF) เช่นเดียวกับภาวะการแก้ตัวของเซลล์ โดยพบว่าเมื่อมีการขาดเลือดจะเกิดการเพิ่มของ adenosine ที่จะไปจับกับ receptors ต่าง ๆ และกระตุ้นให้มีการหลั่ง VEGF ชนิดต่าง ๆ ขึ้น

ภาวะการขาดเลือดและการเกิด CNV (Ischemia and CNV) ภาวะขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับ AMD และ CNV พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการไหลของเลือดลดลงที่ Choroid และเมื่อวัดการไหลเวียนของเลือดในผู้ป่วย Wet AMD ก็พบว่ามีการลดลงมากอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่ม Dry AMD นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงและการหนาของ Bruch's membrane ในผู้ป่วย AMD ก็อาจเป็นตัวกั้นการไหลเวียนของออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดมากขึ้นโดยเฉพาะ RPE ที่อยู่ด้านบน จะมีโอกาสได้รับออกซิเจนน้อยลงมากที่สุดจากการเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ VEGF มากขึ้นและเกิด CNV ตามมา (แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจากการสูญเสียการมองเห็น แบ่งเป็น 1) ด้านร่างกาย พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อระดับการมองเห็น มีความยากลำบากในการอ่านหนังสือ หรือทำงานละเอียดและต้องใช้แสงมาก ๆ (Muir et al., 2008) การทำงาน การใช้เวลาว่าง การเดินทางและการบริโภคอาหาร (Ecosse et al., 2004) 2) ด้านจิตใจ พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด รำคาญใจ (Ecosse et al., 2004) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Louis et al., 2008) และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสถานะทางการเงิน (Karin et al., 2004) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศที่ต้องนำมาใช้ในการรักษาและฟื้นฟูแบบประคับประคอง (Bonastre et al. 2002) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดการกับอาคารสถานที่ การมองเห็นที่แย่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม (Todd, 2005) สำหรับผู้ที่บกพร่องทางการมองเห็น ในด้านการพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวัน พบว่า โอกาสการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานจากสังคมมีน้อยมาก ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ก็ลดลง ทำให้เกิดความท้อแท้กับการมีชีวิตอยู่ (จันทิมา เจริญสุภกร, 2549) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นเป้าหมายของการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น คือ การลดผลกระทบจากการเกิดโรคต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม (มลฤดี ชาตรีเวโรจน์, 2554)

WHO (1998) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต (Quality Of Life: QOL) ว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและกฎเกณฑ์ของบุคคลนั้น ๆ เป็นการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย ซึ่งฝังแน่นอยู่

กับบริบททางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมและเมื่อนำคำว่า “คุณภาพชีวิต” และ “สุขภาพ” มารวมกัน จะได้นิยามใหม่ของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” หรือที่เรียกว่า “Health Related Quality of Life (HRQOL)” หมายถึง ระดับความสมบูรณ์และความพึงพอใจที่ผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษา ดังนั้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) จะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากโรคและการรักษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ หรือ HRQOL ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ เพื่อน ครอบครัว ถิ่นที่พักอาศัย และบุคคลากรทางการแพทย์ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา คือ การทำหน้าที่ทางกาย อากาศ การรับรู้สุขภาพโดยรวม 4) ปัจจัยด้านอาการ คือ ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ คือ การทำหน้าที่ทางกาย จิตใจ สังคมและ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป คือ การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลนั้น ๆ

ในปัจจุบันโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ยังไม่มียาที่ป้องกันการเกิดได้ เมื่อเกิดภาวะจอตาเสื่อมในระยะที่รุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการมองเห็น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการเดินทางและการดำเนินชีวิตประจำวันได้ง่าย ในด้านเศรษฐกิจต้องใช้งบประมาณสูงในการรักษาแต่ละราย ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นจำนวนมาก มีผลกระทบกับภาระงานและบทบาทหน้าที่ (Louis et al., 2008) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือการแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลกระทบด้านจิตใจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้าและเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง ด้านการดำรงชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มักจะประสบปัญหาและมีอุปสรรคอย่างมาก ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้คนรอบข้าง อีกทั้งลักษณะของโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีโอกาที่จะกำเริบได้ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ชุมชนและสังคม (สีบพงศ์ ลีนาราช, 2551) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เช่น การศึกษาของ Melissa et al. (2002) พบว่า ระดับการมองเห็น เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ Scilley et al. (2004) พบว่า ระดับการมองเห็น มีผลกระทบในการมองเห็นทั้งระยะใกล้ ไกล มีผลกระทบในการทำงานต้องพึ่งพาสังคม มีผลกระทบต่อจิตใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ Todd (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาด

บ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การศึกษาของ Sanjay et al. (2005) พบว่า ระดับการมองเห็นที่ลดลง มีผลกระทบต่อด้านจิตใจเกิดความวิตกกังวลภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruiz et al. (2008) พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาของ Johan et al. (2011) พบว่า การมองเห็นลดลงจากอายุที่มากขึ้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Choudhury et al. (2016) พบว่า ระดับการมองเห็นในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในระยะเริ่มแรกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีจอตาเสื่อมในระยะรุนแรง ดังนั้นระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจอตาเสื่อมในประเทศไทย จึงยังทำให้ขาดองค์ความรู้ในด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในประเทศไทย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกระทำทางการแพทย์และการพัฒนาจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจอตาเสื่อมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ (HRQOL) โดยนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจอตาเสื่อม โดย Wilson & Cleary มองว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health – related quality of life) 6 ด้าน คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ พันธุกรรม สถานภาพสมรส และประวัติครอบครัว
2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น เพื่อน ครอบครัว ถิ่นที่พำนักอาศัย ที่ทำงาน และบุคคลากรทางการแพทย์
3. ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น การทำหน้าที่ทางกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิต
4. ปัจจัยด้านอาการ เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า
5. ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ เช่น การทำหน้าที่ทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ
6. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) มา 5 ด้าน จากทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศและอายุ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา คือ ระดับการมองเห็น 4) ปัจจัยด้านอาการ คือ ภาวะซึมเศร้า 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากตัวแปรที่เลือกเป็นตัวแปรที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถนำไปจัดกระทำทางการแพทย์ได้และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมมากที่สุด ส่วนตัวแปรด้านที่ 6 คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบว่ามีซ้ำซ้อนกับตัวแปรตามจึงไม่ได้นำมาศึกษา ตัวแปรที่เลือกสรรมีรายละเอียดดังนี้

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม สอดคล้องกับ Bourne et al. (2013) ศึกษาสาเหตุการสูญเสียการมองเห็นทั่วโลก พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคมกกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Melissa et al. (2002) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2008) ที่พบว่า ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม

อายุ เป็นลักษณะส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เนื่องจากอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม (ศุภรี ศิริบุรณ, 2542) สอดคล้องกับ Wu et al. (2002) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น

ระดับการมองเห็น เป็นปัจจัยด้านชีววิทยา ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางกาย อากาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต การมองเห็นลดลงทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Ecosse et al., 2010) ก่อให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ส่งผลกระทบไปสู่บุคคลรอบข้าง เศรษฐกิจและสังคม (ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง, 2540) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้อง Mahesh et al. (2014) พบว่า ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็น 1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อการช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็นลดลง ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้คนรอบข้างทั้งในด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือจากสังคมที่ได้รับ จากคูชีวิต ครอบครัว เพื่อน มูลนิธิต่าง ๆ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ (Rybarczyk et. al., 1992) จากการศึกษาของ ศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลาย ๆ ด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการกำกับตนเอง การสังเกตตนเองและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย จากการศึกษา William et al. (1998) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวันทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Decarlo et al. (2003) พบว่า การมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลา กลางคืน เวลาฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Hassell et al. (2005) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและ Todd et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยด้านอาการ คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือ ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) ภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากอาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก ร่างกาย และความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล นั่นคือส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้าน ทำให้มีความทุกข์ทรมานอย่างมากและลดระดับคุณภาพชีวิตให้ต่ำลงทั้งต่อตัวของผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับ Berman et al. (2006) ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลและมีความทุกข์ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมและกำลังสูญเสียการมองเห็นในตาข้างที่ 2 พบว่า มีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น Zhang et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูญเสียการมองเห็น พบว่า ความสามารถลดลงในการทำกิจกรรมตามปกติของชีวิตประจำวันเนื่องจากการสูญเสียการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Ruiz et al. (2008) ศึกษาผลกระทบการบกพร่องด้านการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม
2. อายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม
3. การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการมองเห็น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุใน 5 สังกัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สุ่มมาจาก 2 ใน 6 สังกัด จำนวน 120 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ (Age-related macular degeneration: AMD) หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการในคลินิกจอตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค หรือ ภาวะที่มีความเสื่อมของจอตาบริเวณ Macular ซึ่งเป็นจอตาจุดที่ทำให้เห็นภาพได้ชัดที่สุด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ความลำบากในการทำกิจกรรมและผลกระทบจากปัญหาสายตา คือ

ภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตาของตนเอง

ความลำบากในการทำกิจกรรม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุส่งผลต่อการทำกิจกรรม เช่น การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรก การอ่านป้ายสัญญาณตามถนน การเดิน การข้ามถนน การเลือกเสื้อผ้า การไปเยี่ยมเยียนคนอื่นที่บ้าน การไปงานเลี้ยง การไปดูหนังหรือดูงานรื่นเริงต่าง ๆ การดูโทรทัศน์ การบอกหน้าคนที่รู้จักในระยะไกล การขับรถ เป็นต้น

ผลกระทบจากปัญหาสายตา หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุส่งผลกระทบต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ทำ เช่น ส่งผลกระทบต่องานหรือสิ่งต่าง ๆ ที่อยากทำ การออกนอกบ้าน การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้หงุดหงิด วิตกกังวล

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้านย่อย ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ปรับปรุงมาจาก Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ของ ชุตติมาภรณ์ ไชย

สงค์ นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส สมเกียรติ อัครวฤทธิกรณ์ (2552) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามมาตรฐาน The 25-item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25) จำนวน 26 ข้อ คะแนนจะอยู่ในช่วง 0 ถึง 100 โดยความหมายคะแนนสูง คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า คะแนนต่ำ คือ มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่า

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยเศษจำนวน 6 เดือนขึ้นไปคิดเป็นจำนวนปีเต็ม

ระดับการมองเห็น หมายถึง ความสามารถในการมองเห็นของตาข้างที่ผิดปกติข้างใดข้างหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุที่ได้รับการวัดโดยใช้ Snellen's chart ซึ่งเลขเศษ หมายถึง ระยะทางที่คนสายตาปกติสามารถมองเห็นได้ชัดที่สุด ค่า visual acuity จะประกอบด้วยตัวเลข 2 จำนวน เช่น "20/40" ตัวแรกหรือตัวเศษ แสดงถึงระยะทางระหว่าง chart กับผู้ป่วยหน่วยเป็นฟุต ส่วนตัวที่สองหรือตัวส่วน แสดงถึงแถวที่เล็กที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถอ่านได้จากระยะที่ตรวจ (20 ฟุต) คนปกติจะมีค่าระดับการมองเห็น (visual acuity) เท่ากับ 20/20 หากผู้ป่วยมีค่าระดับการมองเห็น เท่ากับ 20/60 หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถอ่านตัวเลขที่มีขนาดใหญ่พอที่คนปกติสามารถอ่านได้จาก ระยะ 60 ฟุต แต่ผู้ป่วยอ่านได้จากที่ระยะ 20 ฟุต แสดงว่าสายตาข้างนั้นผิดปกติ โดยแบ่งระดับความสามารถในการมองเห็นเป็น 4 ระดับคือ ตั้งแต่สายตาปกติ จนถึงตาบอด ตามเกณฑ์ของ World Health Organization Classification of Vision (1999)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิดใน 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมินค่า ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก มธุรส จันทร์แสงสี (2540) ระดับคะแนนมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ระดับคะแนนน้อย หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการหรืออาการที่แสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้าไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย มีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หดหวัง ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แปลจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1986) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยและได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำนวน 274 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงโดยรวม (Alpha Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL index ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งมีการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้จริงในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การทวีสวม การโกนหนวด การใช้ห้องสุขา การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจำแนกตามเกณฑ์ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การช่วยเหลือตนเองได้มาก มีภาวะพึ่งพิงต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวคิดที่จะนำไปพัฒนาโปรแกรม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปวางแผนการจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดและศึกษาตามหัวข้อดังนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลง
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงของตาและการมองเห็นในผู้สูงอายุ
2. โรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - 2.1 คำจำกัดความโรคจอตาเสื่อม
 - 2.2 อุบัติการณ์โรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจอตาเสื่อม
 - 2.4 การจำแนกชนิดของโรคจอตาเสื่อม
 - 2.5 การตรวจวินิจฉัยโรคจอตาเสื่อม
 - 2.6 การรักษาโรคจอตาเสื่อม
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม
 - 3.1 คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม
 - 3.5 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคจอตาเสื่อม
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคจอตาเสื่อม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ (Physiological changes in old age) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ (2554) ได้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ แต่จะขอกล่าวถึงเพียงรายละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตาและการมองเห็นในผู้สูงอายุ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของตาและการมองเห็นในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาชีวภาพ ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ซึ่งความเสื่อมนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย โรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งอวัยวะแรกของคนเราที่แสดงถึงความมีอายุก็คือ ตา (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของสายตา เป็นภาวะทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ยิ่งอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงของตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับการมองเห็นภาพและความเสื่อมของสายตา

การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นภาพจะพบว่า ความสามารถในการมองเห็นจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุ 50 ปี และลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 60-70 ปี ดังนั้นเวลาที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสืออาจต้องใช้แว่นช่วยในการอ่าน ประกอบกับการต้องใช้แสงมากกว่าปกติ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการบอกให้ทราบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเสื่อมของหน้าที่ในการมองเห็น นอกจากนี้ยังพบว่าสายตาอาจเลเวลลงจากโรคต่าง ๆ เช่น ต้อหินและโรคเสื่อมของจอตา การเสื่อมหน้าที่ของตาที่ทำให้การมองเห็นแย่งอาจเป็นต้นเหตุนำไปสู่การเป็นโรคในระบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม กระดูกหัก นอกจากนี้ยังพบว่า ความไวต่อแสงลดลงเนื่องจากจอประสาทตารวมทั้งรูม่านตาเล็กลงตามวัย อีกทั้งความคมชัดของการเห็น (visual acuity) ลดลงในผู้สูงอายุ และลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี การที่ความคมชัดในการมองเห็นลดลง อาจเป็นผลเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านองค์ประกอบของตาและประสาทตา อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การหักเหของแสงโดยกระจกตาและแก้วตาเปลี่ยนไป การปรับกำลังของแก้วตาลดลง รูม่านตาเล็กลงจึงปล่อยแสงเข้าไปภายในลูกนัยน์ตาได้น้อยลง เซลล์รับภาพลดลง โดยเฉพาะที่บริเวณ Fovea (บริเวณบนจอตา ที่มีเซลล์รูปกรวย cone cell) อยู่มาก ภาพที่ตกบริเวณนี้จะรู้สึกว่าการเห็นชัดเจนที่สุด) และการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในสมอง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นสี กล่าวคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นการมองเห็นสีของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้การมองเห็นสีผิดไป มี

ความสำคัญมากในผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเม็ดสีต่าง ๆ หลาย ๆ อย่างและต่างเวลากัน อาจทำให้เกิดการรับประทานยาผิดได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ต้องขับรถอาจมีปัญหาการดูแลสุขภาพไฟจราจร ความสนใจต่อการมองเห็นสีของผู้สูงอายุมักได้รับความสนใจน้อยมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสนใจต่อแสงสีของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงการมองเห็นสีตามวัยไม่เป็นปัญหาของตนเองในส่วนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทางตา พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มักเกิดความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายได้โดยทั่วไป โดยเฉพาะความเสื่อมของตา ไม่เพียงแต่สายตาเปลี่ยนแปลงแต่ยังมีความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตา ดังนี้

1) ผิวน้ำบริเวณหนังตาและรอบตา ลูกตามีขนาดเล็กลง หนังตามีความยืดหยุ่นลดลง เหี่ยวยุบ ทำให้หนังตาดกจนเกิดการย้อยมาบังสายตาได้

2) เยื่อぶตาแพบ เกิดจากการเหี่ยวของเยื่อぶตา ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย อาจมีเยื่อぶตาหนาขึ้นทางหัวตาและหางตานูนขึ้น สีค่อนข้างเหลือง เรียกว่า Pinguecula หรือ ต้อลม สำหรับต้อเนื้อ (Pterygium) ก็พบได้บ่อย ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อหนาคลุมสามเหลี่ยม ยื่นส่วนปลายเลยเข้าไปบนกระจกตา ซึ่งถ้าลุกลามเข้าไปมากอาจทำให้ตามัวลงได้และจะเห็นว่าตาข้างนั้นแดงอยู่เสมอ

3) กระจกตา กระจกตาขาวเป็นวงบริเวณขอบ ปกติกระจกตาจะใส อาจพบมีไขมันมาเกาะที่ขอบของกระจกตาเป็นวงสีขาวที่เรียกว่า Arcus senilis ซึ่งไม่ทำให้การมองเห็นแย่ง การเสื่อมอีกแบบหนึ่งของกระจกตา คือ ชั้นต่าง ๆ ของกระจกตาเสื่อม ทำให้กระจกตากลายเป็นฝ้าขาวและตาบอดได้ ในผู้สูงอายุกระจกตาจะหนาขึ้นและมีความโค้งน้อยลง การที่มีความโค้งน้อยลงเกิดจากการมีเส้นผ่าศูนย์กลางแนวนอน (horizontal diameter) เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เกิดภาวะสายตาเอียง (satismatism) ได้ง่าย

4) ขนาดช่องหน้าม่านตา ในผู้สูงอายุเลนส์หนาขึ้น จึงมักไปกดช่องหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ (canal of schlem) ทำให้การระบายออกของน้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ไม่ดีเป็นเหตุให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเป็นโรคต้อหิน (glaucoma) ได้ง่าย

5) รูม่านตา ผู้สูงอายุมักมีรูม่านตาลีกลง ที่เรียกว่า Senile miosis ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีมืดและในเวลาพลบค่ำ ในคนอายุ 20 ปี รูม่านตามีขนาด 8 มิลลิเมตร อายุ 60 ปี มีขนาด 6 มิลลิเมตรและอายุ 90 ปี รูม่านตาจะมีขนาดเหลือ 5 มิลลิเมตร

6) เลนส์แก้วตาขาดความยืดหยุ่น เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะพบว่า ความนุ่มและความยืดหยุ่นของแก้วตาลดน้อยลง ทำให้การปรับรูปร่างไม่เป็นไปด้วยดี การปรับกำลังของแก้วตาเสื่อมลง มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการหนาตัวเนื่องจากเซลล์ที่เลนส์เป็นเนื้อเยื่อชนิด Epithelium cell ซึ่งมีลักษณะคล้ายหนังกำพร้า จากคุณสมบัติดังกล่าวจึงมีการสร้างเซลล์อยู่

ตลอดเวลา ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นเลนส์จะมีการแข็งและหนามากขึ้น ส่งผลต่อปฏิกิริยาโค้งมนเมื่อมีการตกกระทบของแสงลดลง ผลทำให้การหักเหของแสงลดลง (refractive power) การมองเห็นวัตถุในที่ใกล้ไม่ชัด และต่อมาทั้งระยะใกล้และระยะไกลไม่ชัด ทำให้เกิดสภาพสายตาวายในผู้สูงอายุ (presbyopia)

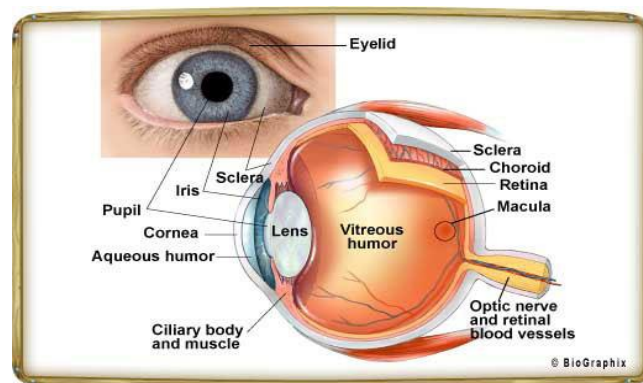
7) ต่อมน้ำตา (Lacrimal glands) ในภาวะปกติต่อมน้ำตา บริเวณเปลือกตา ด้านบนส่วนนอก ทำหน้าที่ผลิตน้ำตาและหลั่งเข้าสู่ตาทางท่อน้ำตา (lacrimal ducts) ซึ่งน้ำตาส่วนหนึ่งจะเคลือบเป็นฟิล์มบาง ๆ ทำหน้าที่ช่วยหล่อลื่นลูกตาและปกป้องผิวลูกตา ผู้สูงอายุมีการสร้างน้ำตาน้อยลง หรือน้ำตาที่สร้างขึ้นมีคุณภาพไม่ดีเหมือนเดิม จึงอาจทำให้เกิดภาวะตาแห้ง (dry eyes) มีอาการแสบ เคือง รู้สึกเหมือนมีสิ่งแปลกปลอม อยู่ในตาตลอดเวลา (เอื้องพร พิทักษ์สังข์, 2554)

8) น้ำวุ้นเลี้ยงลูกตา (vitreous) จะมีการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ คือ เป็นก้อนเล็ก ๆ ลอยไปมา (floaters) ทำให้มีอาการมองเห็นเป็นจุดดำ หรือเป็นเส้นคล้ายใยแมงมุมลอยไปมา

9) หลอดเลือดของจอตาเสื่อม เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดเกิดการแข็งตัว นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงในชั้นสี โดยเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญอย่างมากในการรับภาพ คือ บริเวณจุดรับภาพ (macular) อาจพบมีการเสื่อมของจุดรับภาพ (macular degeneration) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญในผู้สูงอายุ ที่ทำให้การมองเห็นลดลงจนถึงตาบอด

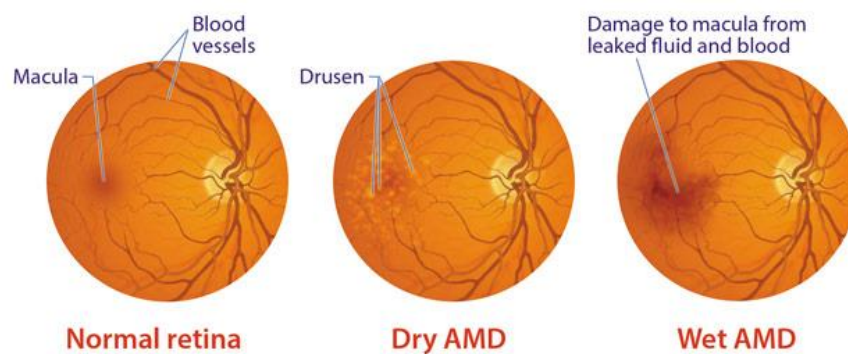
10) จอตาเสื่อม การเสื่อมสภาพของจอประสาทตา พบได้ 2 ส่วน คือ พบในส่วนริมของจอตา ได้แก่ peripheral retinal degeneration และในส่วนตรงกลาง posterior pole ได้แก่ age related macular degeneration (AMD) พบว่า Foveal reflex (การสะท้อนไฟ) ลดลง มีเม็ดสีในจอตาผิดปกติ การกระจายของเม็ดสีในเนื้อเยื่อจอตาชั้น retinal pigment epithelium (เป็นชั้นเซลล์ประสาทด้านนอกของจอประสาทตา มีหน้าที่ในการหล่อเลี้ยงเซลล์ประสาท) ไม่สม่ำเสมอ บางบริเวณมีเม็ดสีน้อย (Hypopigment) บางบริเวณมีเม็ดสีมาก (Hyperpigment) ทำให้การปรับสายตาในที่มืดแยกลงและจอตาจะบางลง จึงเห็นหลอดเลือดในชั้น Choroid (เป็นชั้นที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง มีรงควัตถุกระจายอยู่มาก ช่วยป้องกันไม่ให้แสงทะลุผ่านชั้นจอตาไปยังด้านหลังของนัยน์ตาได้โดยตรง) ของลูกตาชัดขึ้น เรียกกันว่า Tigroid fundus เมื่ออายุมากขึ้นการไหลเวียนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงโดยเฉพาะบริเวณ Macula และการลดลงของเลือดหรือออกซิเจนร่วมกับจำนวนหลอดเลือดขนาดเล็กรอบ ๆ Fovea (เนื้อเยื่อตรงกลาง Macula มีหน้าที่ทำให้การมองเห็นภาพถูกต้องที่สุด) ลดลง ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดบริเวณนี้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดหรือขาดออกซิเจนทำให้เกิดเส้นเลือดงอกใหม่ในบริเวณจุดรับภาพ (Choroidal neovascularization: CNV) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น พบ drusen (สารซึ่งช่วยในการทำงานของเนื้อเยื่อจอตาชั้น RPE สะสมอยู่ระหว่าง Bruch' membrane (เป็นชั้นในสุดของคอร์รอยด์ ชั้นนี้ไม่มีเซลล์ มีแต่เส้นใยคอลลาเจน) และ basement membrane (เยื่อปู) ของชั้น retinal pigment

repithelium (RPE) มองเห็น drusen (สารซึ่งช่วยในการทำงานของเนื้อเยื่อจอตาชั้น RPE) มีลักษณะเป็นก้อนสีเหลืองอยู่ใต้ชั้น RPE กระจายอยู่รอบ macula พบว่ามีการฝ่อของ RPE cells และหลอดเลือดฝอยชั้น Choroid ร่วมกัน พบชั้น RPE มีการสะสมของกลุ่มก้อนสีเหลืองที่เรียกว่า “lipofuscin” ซึ่งเป็นรงควัตถุที่บ่งบอกถึงความชรา (Age pigment) และหมดอายุการทำงานจะตายลง เมื่อมีการตายของเซลล์ RPE เพิ่มขึ้นจนมากพอเกิดการเสื่อมของจอตาในที่สุดจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกายวิภาคดวงตา

แหล่งที่มา (<http://www.childscorner.org>)



ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของจอตา

แหล่งที่มา (<http://www.alfamilyeyes.com>)

2. โรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Aged related macular degeneration: AMD)

การที่คนเราจะมองเห็นอะไรได้ดีและชัดเจนนั้น ภาพที่เราจะมองเห็นจะต้องสามารถเดินทางผ่านเข้าไปในลูกตา โดยผ่านส่วนประกอบต่าง ๆ ของตา คือ กระจกตา (Cornea) และเลนส์แก้วตา (Lens) ไปตกที่จอตา ซึ่งเป็นผนังชั้นในของลูกตา ที่ประกอบไปด้วยเซลล์ตาจำนวนมาก ที่จะส่งสัญญาณภาพที่ได้ผ่านไปยังเส้นประสาทตา (Optic nerve) สู่สมอง เพื่อแปลสัญญาณเป็นภาพที่เราจะมองเห็น ทำให้เรารู้ว่าเป็นภาพอะไร และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

จอตา (Retina) ส่วนสำคัญที่สุดของการมองเห็นเป็นเนื้อเยื่อที่อยู่ด้านในสุดของลูกตา ประกอบด้วยเซลล์ประสาทรับแสงหลายเซลล์ทำหน้าที่เปลี่ยนแสงหรือภาพที่ผ่านเข้ามาในลูกตาเป็นสัญญาณประสาทส่งต่อไปที่สมอง ทำให้เรารู้ถึงการมองเห็นต่าง ๆ ได้ คล้ายกับส่วนของฟิล์มในกล้องถ่ายรูป ดังนั้น ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นที่จอตา ก็จะมีผลกระทบทำให้การมองเห็นผิดปกติไปได้และถ้าจอตาเสียไปทั้งหมด ผู้ป่วยก็จะสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรและไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้กลับมามองเห็นได้อีก (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2.1 คำจำกัดความโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

Age-related macular degeneration (AMD) เดิม เรียกว่า age-related maculopathy หรือ senile macular degeneration หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในตาหนึ่งหรือสองข้างในคนที่มียู่มากกว่า 50 ปี (เจนจิต ชูดมยากร, 2549) จากการที่มีความสับสนในคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคนี้ International Epidemiological Age-related Maculopathy Study Group (ค.ศ. 1995) จึงได้กำหนดคำจำกัดความ (definition) ของโรคไว้ดังนี้

Age-related macular degeneration (AMD) หมายถึง การมี geographic atrophy ของ RPE, RPE detachment, choroidal neovascularization disciform scar สามารถแบ่ง AMD ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Non-exudative (non-neovascular หรือ dry AMD) ประกอบด้วย soft drusen ร่วมกับ geographic atrophy ของ RPE
2. Exudative (neovascular หรือ wet AMD) ประกอบด้วย RPE detachment, choroidal neovascularization disciform scar

โรคจอตาเสื่อมจากอายุหรือ AMD เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นในจุดกลางรับภาพของจอตา พบมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเกิดการสูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม โรคจอตาเสื่อมจะทำให้สูญเสียการมองเห็นเฉพาะภาพตรงกลาง โดยที่ภาพด้านข้างของการมองเห็นยังดีอยู่ เช่น อาจเห็นขอบของนาฬิกา แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเวลาอะไร ดังนั้น โดยตัวของโรคจอตาเสื่อม จะไม่ทำให้การมองเห็นมืดสนิทไปทั้งหมด แม้แต่ในรายที่

เป็นมาก ผู้ป่วยจะยังพอมองเห็นทางด้านขอบข้างของภาพและพอที่จะช่วยเหลือดูแลตัวเองได้บ้าง บางส่วน (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2.2 อุบัติการณ์โรคจอตาเสื่อมจากอายุ

โรคจอตาเสื่อมจากอายุนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุ ยิ่งในปัจจุบันมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงพบว่า โรคนี้นั้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมในส่วนกลางของจอตาและเกิดเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายเกิดการเสื่อมของจอตาขึ้นอย่างช้า ๆ จนแทบไม่สังเกตเห็น ขณะที่บางรายอาจเกิดการเสื่อมของจอตาอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่สามารถรักษาให้หายทำได้แต่เพียงหยุดหรือชะลอการเสื่อมเสียของจอตาให้ช้าที่สุด เพราะจอตาที่เสื่อมเสียไปแล้วจะทำให้อาการรุนแรง มากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจรักษาไม่ได้เลย อาจทำให้ตาบอดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลนั้นลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรคจอตาเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของภาวะตาบอดในประชากรทั่วโลก ความชุกของโรคจอตาเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบร้อยละ 8 ของคนอายุ 50 ปีขึ้นไปและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ของคนอายุ 75 ปีขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคจอตาเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจาก ร้อยละ 4.8 ในคนที่มีอายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 12.2 ในคนที่มีอายุ 80 ปี (Owen et al., 2012) สำหรับในประเทศไทย พบว่า โรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทุกปีจะมีผู้สูงอายุเกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาการมองเห็นจากโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลารวดเร็วจนถึงขั้นตาบอดได้ (Isipradit et al., 2014)

2.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

แม้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสาเหตุของโรคเกิดขึ้นได้อย่างไร แต่เชื่อว่ามาจากปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดผลการวิจัยจากหลายสถาบัน พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Lim, 2006) ได้แก่

2.3.1 อายุ โรคจอตาเสื่อมพบโรคนี้น่ามากขึ้นในคนที่มีอายุมากขึ้น

2.3.2 พันธุกรรม เพราะพบว่า ฝาแฝดจะเกิดโรคนี้นี้ได้เหมือน ๆ กันและพบว่าคนที่มีความผิดปกติเป็นโรคนี้นี้ มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้นี้สูงกว่าคนทั่วไป

2.3.3 เชื้อชาติ พบอุบัติการณ์ของโรคจอตาเสื่อมมากในคนผิวขาว (Caucasian) มากกว่าคนผิวสี อาจเป็นเพราะความแตกต่างทางพันธุกรรมในด้านของเม็ดสี

2.3.4 เพศ มักพบเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจเป็นเพราะเพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชายและทำให้มีเวลามากขึ้นในการพัฒนาของโรค

2.3.5 บุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคจอตาเสื่อมอย่างน้อย 6 เท่ามากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ โดยที่บุหรี่ทำให้ความต้องการออกซิเจนของม่านตาเพิ่มขึ้นส่งผลให้ส่งออกซิเจนไปยังจอตาได้น้อยลงจอตาขาดออกซิเจนจอตาถูกทำลายทำให้จอตาเสื่อมเพิ่มขึ้น

2.3.6 ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิต มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเป็นโรคจอตาเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดหดตัวและตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอตาได้น้อยลงทำให้จอตาเสื่อมได้มากขึ้น

2.3.7 โรคอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักมากมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI เป็นตัวชี้วัดของไขมันในร่างกาย) มากกว่า 30 มีแนวโน้มทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อมมากกว่าคนน้ำหนักปกติมากกว่า 2.5 เท่า

2.3.8 แสงอัลตราไวโอเล็ต ทำความเสียหายต่อเนื้อเยื่อจอตาโดยตรงและยังสามารถสะสมสารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อจอประสาทตาได้

2.3.9 อาหารที่มีไขมันสูงและ/หรือคนที่มีสารต้านอนุมูลอิสระต่ำ – บุคคลที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คอเลสเตอรอลและน้ำตาลสูงและมีสารต้านอนุมูลอิสระต่ำมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบทำให้เกิดจอตาเสื่อม

2.3.10 สีของดวงตา (Eye color) บุคคลที่มีดวงตาสีอ่อนมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบต่อจอตามากกว่าอาจเป็นเพราะความจริงที่ว่าตาสีอ่อนมีการป้องกันน้อยลงจากแสงยูวีที่เป็นอันตราย

2.3.11 Inactivity บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากจอตาเสื่อม จอตาไม่ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอที่นำไปสู่การตายของเซลล์ในจอตา เป็นที่ทราบกันว่า การออกกำลังกายช่วยเพิ่มสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและอาจป้องกันไม่ให้เกิดโรคจอตาเสื่อม

2.4 การจำแนกชนิดของโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

โรคจอตาเสื่อมจากอายุ มีลักษณะโรค 2 รูปแบบ คือ

2.4.1 แบบแห้ง (Dry form) เป็นรูปแบบที่พบมากที่สุด ร้อยละ 85-90 จะมีการเสื่อมสลายและบางลงของจุดกลางรับภาพจอประสาทตา (macular) จากขบวนการเสื่อมตามอายุ (aging) ความสามารถในการมองเห็นจะค่อย ๆ ลดลงและเป็นไปอย่างช้า ๆ พบ drusen (สารซึ่งช่วยในการทำงานของเนื้อเยื่อจอตา ชั้น RPE) อยู่ที่บริเวณ macular หรือกระจายรอบ ๆ มี hyperpigment ร่วมกับการฝ่อของเซลล์ retinal pigment epithelium (ชั้นเยื่อมีสารรงควัตถุของจอตา) ซึ่งเห็นเป็น hypopigment, RPE atrophy จะพบร่วมกับการฝ่อของหลอดเลือดฝอยชั้นคอร์รอยด์และการเสื่อมของเซลล์รับแสง ทำให้บริเวณนั้นบางลงเห็นเป็นรูปร่างกลม (areolar) หรือรูปแผนที่ (geographic atrophy) ผู้ป่วยจะมีระดับสายตาเสื่อมลงช้า ๆ

2.4.2 แบบเปียก (Wet form) พบประมาณร้อยละ 10-15 ของโรคจอตาเสื่อมทั้งหมด แต่มีลักษณะการเกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดในโรคจอตาเสื่อม เกิดจากการที่มีเส้นเลือดผิดปกติงอกอยู่ที่ใต้ตาและผนังชั้นที่เลี้ยง (Retinal pigment epithelium) มีการรั่วซึมของเลือดและสารเหลวจากเส้นเลือดเหล่านี้ พบ drusen ร่วมกับ retinal pigment epithelial detachment (ชั้นเยื่อมีสารรงควัตถุของจอตาหลุดลอก) ซึ่งเห็น RPE ที่ลอก มีลักษณะนูนกลม ขอบเขตชัดเจน พบหลอดเลือดงอกใหม่ที่ชั้นคอร์รอยด์ ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่ผิดปกติจากหลอดเลือดฝอยชั้น Choroid (เป็นชั้นที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง มีรงควัตถุกระจายอยู่มาก ช่วยป้องกันไม่ให้แสงทะลุผ่านชั้นจอตาไปยังด้านหลังของนัยน์ตาได้โดยตรง) ทะลุผ่าน Bruch's membrane เข้าไปที่ retina ทำให้เกิดเลือดออกใต้เรตินา มีไขมัน (lipid exudates) ออกมาจากหลอดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้จุดกลางรับภาพบวม ผู้ป่วยจะเริ่มมองเห็นภาพตรงกลางบิดเบี้ยว จะมีระดับการมองเห็นลดลงอย่างรวดเร็วและมีตลงเมื่อเซลล์ประสาทตาตาย การเกิดหลอดเลือดงอกใหม่ที่ชั้นคอร์รอยด์ในระยะท้าย จะมีพังผืดเกิดตามหลอดเลือดเข้าไป และกลายเป็นแผลเป็นชนิด disciform fibrovascular เห็นเป็นแผลสีขาวอยู่ที่ใต้เรตินา (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

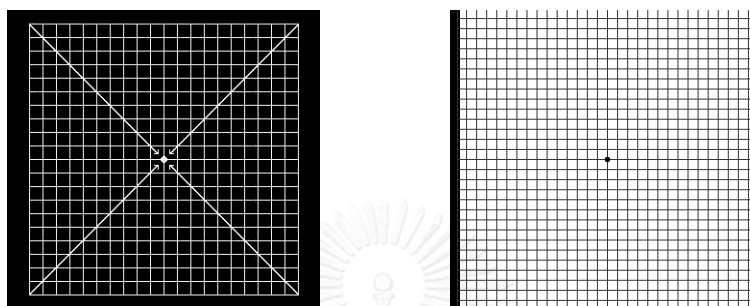
2.5 การตรวจวินิจฉัยโรคจอตาเสื่อม

การตรวจวินิจฉัยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Age-related macular degeneration, AMD) สามารถกระทำได้โดยการตรวจทางคลินิก เช่น indirect ophthalmoscope (ใช้เลนส์ที่มีกำลังขยายสูงส่องดูในจอตา) หรือการใช้ slit lamp ร่วมกับ contact lens อย่างไรก็ตาม การตรวจวินิจฉัยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ เพื่อวางแผนการรักษาจำเป็นต้องใช้การตรวจพิเศษ ซึ่งการตรวจพิเศษที่ได้รับการยอมรับให้เป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การถ่ายภาพจอตาพร้อมกับการฉีดสี fluorescein (Fundus fluorescein angiography: FFA) การตรวจภาคตัดขวางของจอตาด้วยเลเซอร์ ที่เรียกว่า Optical coherence tomography: OCT) ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.5.1 การตรวจสายตาดูด้วยแผ่นทดสอบจอตาส่วนกลาง (Amsler grid test) ถ้าผู้ป่วยมองเห็นภาพที่ Amsler grid (แผ่นทดสอบจอตาส่วนกลาง) ผิดปกติไปมองเห็นเป็นเส้นหยัก ๆ ไม่เป็นเส้นตรง มีบางส่วนหายไป จะต้องพบจักษุแพทย์เพื่อรับการตรวจจอประสาทตาทันที วิธีการทดสอบด้วยตัวเองมีดังนี้

1) วางแผ่น Amsler grid 30 เซนติเมตร ทดสอบทีละข้าง ทดสอบตาขวาให้ปิดตาซ้าย ตาขวามองที่แผ่นทดสอบตรงจุดกึ่งกลางแผ่นทดสอบ (จุดขาวที่กึ่งกลางแผ่น) ในขณะที่ทำการทดสอบให้มองจุดขาวกลางแผ่นทดสอบตลอดเวลา ถ้ามองไม่เห็นจุดขาว ให้มองจุดที่เส้นทแยงมุมตัดกัน ถ้าผู้ทดสอบมีแว่นมองใกล้ให้ใส่แว่นด้วยเพื่อให้มองแผ่นทดสอบได้ชัดเจน (ดูที่ตารางภาพที่ 3)

2) สิ่งที่ต้องสังเกตในการทดสอบ มองเห็นจุดกึ่งกลางสีขาวหรือไม่ (เห็น ไม่เห็น) เห็นมุมทั้งสี่ของขอบทั้งสี่ของแผ่นทดสอบหรือไม่ (แผ่นทดสอบเฉพาะตารางสีขาวบนพื้นสีดำ) ขณะสังเกตมุมให้มองที่จุดกึ่งกลางตลอดเวลาห้ามเหลือบตา ไปมองมุม เส้นตรงทุกเส้น ทั้งเส้นตั้งและเส้นนอน ทุกเส้นตรงดีหรือไม่ (ตรง ไม่ตรง) มีเส้นตรงเส้นไหนมีบางส่วนหายไปหรือไม่ (มี ไม่มี) สีเหลี่ยมเล็กทุกอันมีขนาดเท่ากันหรือไม่ (เท่า ไม่เท่า) การทดสอบตาข้างซ้ายทำเช่นเดียวกับตาขวา



ภาพที่ 3 แสดง Amsler grid มี 2 แบบ ได้แก่ ตารางขาวบนพื้นดำ หรือตารางดำบนพื้นขาว (สำหรับคนแพ้แสงควรใช้ชนิดพื้นดำ) แหล่งที่มา (<http://www.oakleafmedical.com>)

2.5.2 การตรวจหาความผิดปกติที่จอตา จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคจอตา (Retinal specialist) จะมีวิธีในการตรวจหาความผิดปกติที่จอประสาทตาโดยใช้ ด้วยการใช้ตรวจกล้องส่องสภาพจอตา (ophthalmoscopic examination) และกล้องจุลทรรศน์สำหรับตาโดยเครื่องมือเหล่านี้ จะใช้ในการตรวจหลายขั้นตอนแยกเป็นกลุ่มหลัก ๆ ได้แก่

1) ตรวจพิเศษด้วยกล้อง (Ophthalmoscopic examination)

2) ตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางจอตาด้วยเลเซอร์ (Optical coherence

Tomography) เพื่อดูลักษณะและขอบเขตความผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยในการกำหนดแนวทางการรักษาและทำนายการดำเนินโรคเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและพยากรณ์การดำเนินโรคได้ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีล่าสุดในการตรวจจอตา

3) การตรวจจอตาโดยการฉีดสี (Fundus fluorescein angiography) เป็นการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของจอตาและชั้น choroid (เป็นชั้นที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง มีรงควัตถุกระจายอยู่มาก ช่วยป้องกันไม่ให้แสงทะลุผ่านชั้นจอตาไปยังด้านหลังของนัยน์ตาได้โดยตรง) โดยสีที่ใช้ฉีดคือ sodium fluorescein ซึ่งเป็นสารละลายเรืองแสง เพื่อใช้วินิจฉัยโรค วางแผนการรักษาและติดตามการรักษาฉีดสารละลาย sodium fluorescein ความเข้มข้น 10% ปริมาณ 5 ซีซี เข้าที่หลอดเลือดดำบริเวณท้องแขนโดยฉีดซ้ำๆ และให้น้ำเกลือ normal saline ทางหลอดเลือดดำต่อโดยเมื่อ

เริ่มฉีดสีก็จะเริ่มถ่ายภาพด้วยกล้องที่มี filter หลังจากฉีดสีสารละลายเรืองแสงจะหมุนเวียนไปตามหลอดเลือดในร่างกายและไปหลอดเลือดที่ตา ซึ่งหลังจากฉีดสีประมาณ 8-12 วินาทีจะเห็นสีฟลูออเรสซินในหลอดเลือดของ choroid และจอตาปรากฏในภาพถ่ายหลังฉีดสีก็จะถ่ายภาพเป็นระยะทุกวินาทีใน 1 นาทีแรกและเป็นระยะ ๆ ในนาทีต่อมาจนประมาณ 10 นาทีสีก็จะเริ่มจางหายไปจากทั้งหลอดเลือดคอรอยด์และหลอดเลือดจอตา ถ้ามีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น ภาวะจุดรับภาพบวมจากสารน้ำ ก็จะมีตำแหน่งที่มีสีรั่วและวางแผนการรักษาโดยการยิงแสงเลเซอร์ เป็นต้น (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2.6 การรักษาโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

จอตาเสื่อมจากอายุ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ปัจจุบันมีแนวทางในการดูแลรักษาและชะลอการดำเนินการของโรค โดยแบ่งตามชนิดของจอตาเสื่อม เป็นดังนี้

2.6.1 การรักษาจอตาเสื่อมชนิดแห้ง (Dry AMD) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด อีกทั้งการเสื่อมจอตาก็ยังเป็นไปอย่างช้า ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยแนะนำให้มาตรวจเช็คสายตาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นเพื่อป้องกันการเสื่อมลงของจอตา หรืออาจใช้อุปกรณ์ช่วยต่าง ๆ สำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสายตา

2.6.2 สารอาหารทดแทน (Vitamin and mineral supplement) โรคจอตาเสื่อมจากอายุ มีสาเหตุการเกิดโรคจากหลายปัจจัย (Multifactorial) ปัจจัยหนึ่งคือ กระบวนการที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อ จากอายุที่เพิ่มขึ้น (Aging process) ทำให้เชื่อว่าสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant agents) น่าจะช่วยลดการเกิดโรคได้ (อนุมูลอิสระเป็นสาเหตุของความเสื่อมในระดับของเซลล์)

2.6.3 การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ การรักษาโรคจอตาเสื่อมจากอายุแบบเปียกด้วยแสงเลเซอร์มี 3 วิธี คือ

1) Thermal laser photocoagulation เป็นการใช้เลเซอร์แสงสีเขียว สีเหลือง หรือสีแดง (ความยาวคลื่น ระหว่าง 514-850 นาโนเมตร) ไปทำลายหลอดเลือดที่ผิดปกติ ที่อยู่ห่างจาก fovea (บริเวณบนจอตาที่มีเซลล์รูปกรวย (cone cell) อยู่มาก ภาพที่ตกบริเวณนี้จะเห็นชัดมากที่สุด) เกิน 200 ไมครอน (extra fovea choroidal neovascularization) โดยเลเซอร์ไปยังตำแหน่งของ choroidal neovascular membrane การทำลายหลอดเลือดเหล่านี้พบว่า มีการเกิดหลอดเลือดใหม่ซ้ำได้ร้อยละ 50-60 หลังจากจี้เลเซอร์ผู้ป่วยอาจเห็นเงาดำ (scotoma) เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่จอตาถูกทำลายโดยแสงเลเซอร์

2) Photodynamic therapy เป็นการบำบัดโดยใช้แสงเลเซอร์ที่ทำให้เกิด photochemical effect ส่วนใหญ่เลือกทำในผู้ป่วยจอตาเสื่อม ที่มีหลอดเลือดที่ผิดปกติที่อยู่บริเวณ Fovea (บริเวณที่มีเซลล์รูปกรวย (cone cell) อยู่มาก ภาพที่ตกบริเวณนี้จะมีสีที่ชัดกว่าเห็นชัดที่ชัดที่สุด) โดยฉีด

สารพวก benzophorphyrin dye (สารย้อมสี) เข้าทางหลอดเลือดดำที่แขน สีจะไปตามกระแสเลือด ไปจับกับเซลล์ endothelium ของหลอดเลือดที่ขยาย (proliferating vascular endothelial cell) เมื่อฉายแสงเลเซอร์ที่มีความยาวคลื่น 689-692 นาโนเมตร แสงเลเซอร์จะทำปฏิกิริยากับสีเกิดเป็นอนุมูลอิสระ (free radicals) และ active form ของออกซิเจนเกิดการทำลายหลอดเลือดที่ผิดปกติ โดยไม่ทำลายจอตาส่วนที่ดี เป็นที่ยอมรับว่าการรักษาหลอดเลือดที่ผิดปกติบริเวณ Fovea โดยวิธี Photodynamic therapy เป็นวิธีที่ได้ผล แต่มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากสีที่ฉีดมีราคาแพงและส่วนใหญ่ต้องทำซ้ำ เนื่องจากหลอดเลือดยังถูกทำลายไม่หมด หรือมีหลอดเลือดงอกใหม่ได้

3) Transpupillary thermotherapy เป็นการใช้อินฟราเรดไดโอดเลเซอร์ (แสงเลเซอร์ที่มีความยาวคลื่น 810 นาโนเมตร) ฉีไปยัง choroidal neovascular membrane (เส้นเลือดที่งอกผิดปกติบริเวณ choroid) แสงสีแดง จะแทรกไปในชั้นจอตาที่อยู่ลึกลงไป ความร้อนทำให้เกิดการทำลายเซลล์ในชั้น endothelium และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ผิดปกติ การรักษาโดย transpupillary thermotherapy เป็นวิธีที่ประหยัดกว่า photodynamic therapy สามารถใช้รักษาผู้ป่วยที่มี choroidal neovascular membrane ที่อยู่ชิด Fovea หรือผู้ป่วยที่มีเลือดขังบริเวณ macula แต่การปรับความเข้มของแสงเลเซอร์จะต้องปรับให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากหากใช้กำลังแสงมากเกินไป จะทำลายเรตินาส่วนที่ดีและบางรายต้องทำซ้ำเพื่อให้หลอดเลือดถูกทำลายหมด

4) การรักษาด้วยยากด Anti-vascular endothelial growth factor (Anti-VEGF) ด้วยการฉีดแบบ Intravitreal injection (การฉีดยาเข้าไปในน้ำวุ้นลูกตา) ซึ่งจะไปช่วยยับยั้งกระบวนการสร้างหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุของโรคจอตาเสื่อมชนิดเปียกโดยมีสาเหตุมาจากการเกิดเส้นเลือดงอกใหม่ที่บริเวณจุดรับภาพการฉีดยากดนี้จำเป็นต้องฉีดอย่างต่อเนื่องและฉีดทุก ๖ สัปดาห์

5) การรักษาโดยการผ่าตัด มี 2 วิธี คือ

5.1) Removal of subfoveal choroidal neovascular membrane (เป็นการผ่าตัดเอาเส้นเลือดที่งอกผิดปกติที่อยู่ใต้ชั้น Fovea ออก) โดยทำการตัดวงตา ทำ retinotomy ใกล้ขอบ membrane ทำให้เกิดจอตาลอกระหว่างชั้น sensory retina และชั้น RPE ใช้ forceps จับเอา membrane ออกมา หลังจากนั้น ทำให้อัตราการขยายตัวของอากาศหรือ expanding gas เข้าไปกด เนื่องจาก choroidal neovascular membrane อยู่ใต้ชั้น RPE การผ่าตัดทำให้มีการสูญเสียชั้น RPE และมีการฟุ้งของหลอดเลือดฝอยชั้นคอร์อยด์ได้ ขณะเดียวกัน choroidal neovascular membrane มีโอกาสเกิดขึ้นใหม่

5.2) Macula translocation เป็นการผ่าตัดเพื่อเลื่อนตำแหน่งโพเวีย โดยทำการตัดวงตาทาง pars plana ทำ peripheral retinotomy 360 องศา ทำให้เกิดจอตาลอกและหมุน

จอตารอบเส้นประสาทตา ฉีดก๊าซ Sulfur hexafluoride (SF₆) กดเพื่อให้จอตากลับติดใหม่ ทำให้โพเวียเลื่อนจากตำแหน่งเดิม แล้วเลเซอร์ไปที่ choroidal neovascular membrane โดยไม่ทำลายโพเวีย วิธีนี้เป็นทางเลือกใหญ่ที่มีขั้นตอนการทำลำบากและเสี่ยงต่อเรตินาลอกภายหลัง (อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related quality of life: HRQOL) จึงมีความจำเป็นและเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอายุขัย (Life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิก หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจโรคและการรักษามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2007)

3.1 คำจำกัดความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Wilson & Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ โดยเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

Borchard et al. (2006) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกายและการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม

Kindig, Booske & Remington (2010) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น โดยส่วนใหญ่เป็นความหมายของ

คุณภาพชีวิตที่ใช้ในทางการแพทย์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล มีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ความเจ็บป่วย สุขภาพทางกาย สุขภาพจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการรับรู้ทั่วไป

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบของโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยมิติทางสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านความพึงพอใจในชีวิตและภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปรวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม หมายถึง เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ หรือความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามบริบทและประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษา ตัวชี้วัดความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และผลกระทบจากปัญหาสายตา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เพราะเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตในลักษณะของสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต (HRQOL) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถบ่งชี้ภาวะสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุและนำไปสู่การบำบัดได้อย่างเหมาะสม

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่สมัยโบราณ ในปัจจุบันคำว่า “คุณภาพชีวิต” เป็นคำที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกกลุ่มอายุ เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ซึ่งต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวทางที่ตนปรารถนา แม้กระทั่งเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียด อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศ โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีขึ้นรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการ การรักษาพยาบาลไม่ใช่เพียงให้หายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Cooley, 1998) ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะรับรู้และประเมินสถานการณ์อย่างไร (The World Health

Organization Quality of Life) นอกจากนี้ยังขึ้นกับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม อายุ สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม (Ferrans, 1990)

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบและแนวทางในการศึกษาที่สลับซับซ้อน ทั้งนี้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงรวมถึง คุณภาพที่ดีทางกาย ใจ จิตวิญญาณ สติปัญญา และความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น แปรผันได้ตามสภาวะแวดล้อมในด้านต่าง ๆ รวมถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ในขณะที่องค์ประกอบและแนวทางในการรักษาคุณภาพชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของพื้นที่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ขนาดประชากร ลักษณะเฉพาะของประชากรและวัตถุประสงค์ของการรักษา ดังนั้น จึงเกิดแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

3.2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Jones (1998) กล่าวคือ คุณภาพชีวิตหมายถึง ความต้องการของบุคคลต่อความพึงพอใจในชีวิต ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตให้แคบลงโดยเน้นด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Function capacity) ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจากอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดจากโรค โดยมีองค์ประกอบแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพทางกาย หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากโรคต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การอาบน้ำแต่งตัว การดูแลตนเอง
2. ด้านจิตสังคม หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากโรคต่ออารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและสิ้นหวังในการรักษา ความรู้สึกหุดหู่ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว

3.2.2 องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรมค่านิยมที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจจากการให้ความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจและความผาสุกของชีวิตต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

3.3.3 คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) โดยให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ คุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งในด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย แต่การวัดในเชิงวัตถุวิสัย Zhan ได้อ้างอิงการศึกษาของ Campbell (1976) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ปรากฏว่าไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิง

วัตถุวิสัย Zhan ได้ให้แนวความคิดการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยประกอบด้วย 4 มิติที่สัมพันธ์กัน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในเวลาหนึ่ง ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยประเมินจากอาการทางคลินิก การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและเศรษฐกิจ ประเมินจากการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้

3.3.4 คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Campbell (1976) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยในตัวบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิด ความสามารถในการควบคุมหรือการจัดการชีวิตและสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น สัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว ทรัพยากร แหล่งประโยชน์ ตลอดจนสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่อยากให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่เป็นความพึงพอใจ ความสุขหรือไม่สุข

3.3.5 Wilson & Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยเพิ่มความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา โดยมีการนำตัวชี้วัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีววิทยา มาบูรณาการเข้ากับตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น การทำหน้าที่ทางกายภาพ (Physical functioning) การรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตมีความเหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก (Wilson & Cleary, 1995)

ตามแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health Related Quality of Life) ของบุคคลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

1) **ปัจจัยส่วนบุคคล** (Characteristics of the individual) แบ่งเป็น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการและด้านจิตใจ ซึ่งกล่าวว่าข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติและการทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ ประกอบด้วย

1.1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษาหรือพฤติกรรม

1.2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์สนุกสนาน

1.3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) แบ่งออกเป็น

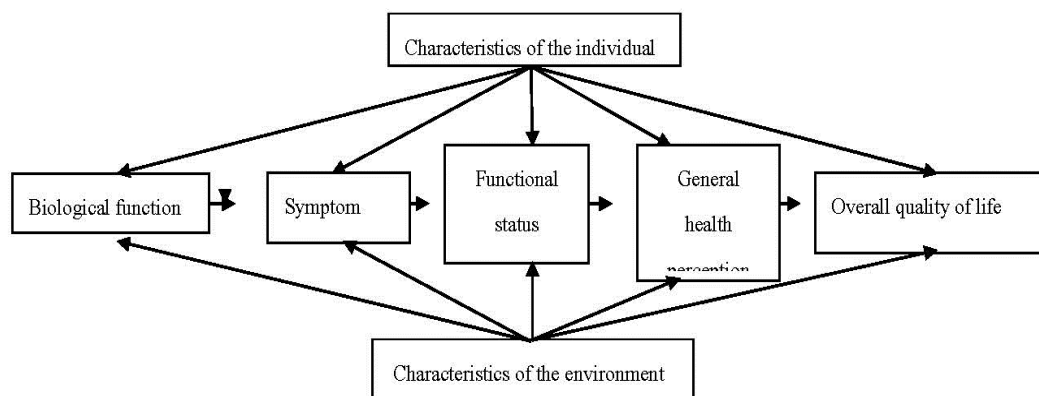
2.1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

2.2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological function) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมด เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของโรค เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิต

4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือ ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) ประสิทธิภาพความรู้สึกสัมผัส (Sensitivity) และกระบวนการรับรู้ความรู้สึกของบุคคล ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพทางกายที่ผ่านมาและข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนถึงอาการ อาจใช้ประกอบการหาสาเหตุของการเจ็บป่วยผลกระทบและความก้าวหน้าของการรักษาได้ ซึ่งประสิทธิภาพการมีอาการ การประเมินและการแปลผลอาการนั้น เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเฉพาะบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลาย ๆ ด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) ได้แก่ การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ได้แก่ การติดต่อมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกับผู้นรอบข้าง การติดต่อกับสังคม ซึ่งเป็นความหมายกว้าง ๆ สามารถมองได้หลายมุมมอง มุ่งสนใจเกี่ยวกับความพร้อมทางกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน



ภาพที่ 4 Revised Wilson and Cleary model for health-related quality of life. Adapted from “Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes,” by I.B. Wilson and Cleary (1995).

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ดังกล่าว ประกอบด้วยตัวแปร 6 ด้าน คือ ซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์กันดังกล่าว คือ ตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่ง เช่น ปัจจัยด้านสรีรวิทยานอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่โดยผ่านทางปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือปัจจัยด้านสรีรวิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านอาการมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด Wilson & Cleary กล่าวว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งสองทาง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เพราะเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตในลักษณะของสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต (HRQOL) สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

3.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Ware and Sherbourne (1992) ศึกษาและได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมโดยแบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical function) หมายถึง การรับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว

2) ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Limitation in usual role activity because of physical health problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) ความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล

4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับรับรู้ของแต่ละบุคคล

5) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล

6) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมของแต่ละบุคคล

7) สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล

8) ข้อจำกัดด้านบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Limitation in usual role activities because of emotional problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Sajid, Tonsi & Baig (2008) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical function) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย

2) ประสาทสัมผัสรับความรู้สึก (Sensations) เป็นการทำหน้าที่ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของอวัยวะรับสัมผัสนั้น เช่น การมองเห็น การได้ยิน

3) การดูแลตนเอง (Self care/Dexterity) เป็นลักษณะความสามารถของบุคคลการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง

4) การรู้คิด (Cognitive) เป็นลักษณะของความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้หรือรับรู้มาประมวลใช้เป็นลักษณะของความสามารถในการใช้เหตุและผล

5) ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย (Pain/Discomfort) เป็นลักษณะของการรับรู้ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายด้วยตนเอง

6) ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional/Psychological well being) เป็นลักษณะของจิตใจที่เป็นสุขนำมาซึ่งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ดี

Clancy & Eisenberg (1998 cited in Lin et al., 2012) ได้จำแนกองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health preception) เป็นลักษณะของความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง
- 2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Function status) เป็นลักษณะในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวัน
- 3) ลักษณะอาการ (Symptom) เป็นลักษณะความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจที่ผู้ป่วยรับรู้ได้เอง
- 4) ค่านิยม (Preferences and Value) เป็นลักษณะของเจตคติและความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลายแนวคิด (concept) มีองค์ประกอบ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น องค์ประกอบเหล่านี้จึงเป็นเพียงหลักกว้าง ๆ ซึ่งแต่ละโรคอาจมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีความสำคัญแตกต่างกันไป นอกจากนี้ จำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสม หรือความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบของการวัดคุณภาพนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภาวะโรคที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ให้ความสำคัญการประเมินองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ความลำบากในการทำกิจกรรมและผลกระทบจากปัญหาสายตา ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายนั้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางสรีรวิทยา (Biological/Physiological variables) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom status) และผลกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Functional status) ได้มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) โดยให้ความสำคัญเฉพาะองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้วยเหตุนี้จึงนิยมนำแนวคิดนี้มาใช้กับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด (นุจรี ประทีปวิช จอห์นส, 2552) โรคจอตาเสื่อมจากอายุเป็นโรคเรื้อรังและพบได้บ่อยขึ้นในคนที่อายุสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

3.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม

โรคจอตาเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด เมื่อจอตาเสื่อมหน้าที่จะเริ่มมีอาการของโรค เช่น ตามัว มองเห็นภาพบิดเบี้ยว เห็นเป็นเงาดำบังตรงกลาง เป็นต้น อาการต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเปลี่ยนแปลงไป ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่และสุรา การสวมแว่นป้องกันแสงแดด เป็นต้น เพื่อชะลอความเสื่อมของจอตาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะรุนแรง ทำให้สูญเสียการมองเห็นทั้งสองตา ทำให้ผู้ป่วยช่วยตนเองได้น้อยและต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตลดลง แม้ในระยะต้นที่โรคยังไม่รุนแรง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาจยังดีอยู่ แต่เมื่อโรคกำเริบมากขึ้น การมองเห็นของผู้ป่วยลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงตามไปด้วย จากการศึกษา Age-related Eye Diseases Study (AREDS) ให้ข้อมูลยืนยันในเรื่องนี้ โดยทำการศึกษติดตามผู้ป่วย 1-4 ปี พบว่าเมื่อโรคดำเนินไปและความชัดเจนในการมองเห็นลดลงผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตลดลงด้วย (ภฤศ หาญอุตสาหะ, 2549)

โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจากการสูญเสียการมองเห็น แบ่งเป็น 1) ด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา พบว่า โรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไป การใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต การสูญเสียการมองเห็นทำให้เกิดผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการอ่านหนังสือ หรือทำงานละเอียดและต้องใช้แสงมาก ๆ (Muir et al., 2008) การทำงาน การใช้เวลาว่าง การเดินทางและการบริโภคอาหาร อาหารคั้นและระคายเคืองไม่สบายตาส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด รำคาญใจ (Ecosse et al., 2004) 2) ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า ระดับการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น Rovner et al. (2002) การมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางวัน เวลาฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง Decarlo et al. (2003) ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Todd (2005) ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อม มีความต้องการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อม การสูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Hochberg et al. (2012) 3) ผลกระทบจากปัญหาสายตา ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มี

ความทุกข์ทางอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน William et al. (1998) ระดับการมองเห็น โรคร่วม ความพิการทางสายตา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม Barbara et al. (2001) ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Hassell et al. (2005) ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลและมีความทุกข์ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมและกำลังสูญเสียการมองเห็นในตาข้างที่ 2 พบมีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น Berman et al. (2006) โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต การมองเห็นที่แย่งจากโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย การพึ่งพาและความยุ่งยากด้านบทบาทหน้าที่ Siaudvytyte et al. (2012) ความสามารถลดลงในการทำกิจกรรมตามปกติของชีวิตประจำวัน เนื่องจากการสูญเสียการมองเห็นส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น Zhang et al. (2013)

3.5 การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (genetic HRQOL) และแบบเฉพาะโรค (disease – specific HRQOL) ดังนี้

3.5.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (genetic HRQOL) เป็นการใช้เครื่องมือแบบวัดทั่วไป (genetic instrument) สามารถใช้ได้กับประชาชนทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือนี้ คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตและมิติต่าง ๆ สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ได้ แต่มีข้อเสียคือ ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพ เนื่องจากไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคใด ๆ เช่น Shot From Health Survey (SF 36), Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL-BREF, Quality of Well-being, Health Utility Index, EuroQOL เป็นต้น

3.5.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (disease – specific HRQOL) เป็นการใช้เครื่องมือวัดแบบเฉพาะโรค (disease – specific HRQOL) อาการหรือกลุ่มอาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของโรค ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ มีความไวต่อการดำเนินของโรคและสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคในระยะต่าง ๆ ดังนั้นจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการรักษาได้ดีกว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kidney Disease Quality of Life-Shot From [KDQOL-SF) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) เป็นต้น

แต่ในที่นี่จะขอกล่าวถึงรายละเอียดของเครื่องมือประเมินคุณภาพด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้หลายมิติ (Multi-dimension) มีความสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ (Wilson & Cleary 1995)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ นุจรีย์ ประทีปะวงนิช จอห์นสและสมเกียรติ อัครภูริกรณ์ (2552) สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ สำหรับโรคตาทั่วไปในประเทศไทย เพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคตาอื่น ๆ สร้างขึ้นโดยวิธีการรวบรวมคำถามจากข้อมูล ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคต้อหินร่วมกับคำถามดัดแปลงจากแบบสอบถามมาตรฐาน (The 25-item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire NEI-VFQ-25; Mangione et al., 2001) ทั้งนี้เพื่อให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคตาในประเทศไทย

ขั้นตอนการพัฒนาแบบสอบถามจาก NEI-VFO-25 เริ่มด้วยการแปลแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 2 คน หลังจากได้ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตจากผู้ป่วยและคำถามที่แปลจาก NEI-VFQ-25 ที่มีการปรับภาษาตามความเหมาะสมแล้ว ทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ร่วมกันพิจารณาข้อมูลเพื่อเลือกคำถามที่สอดคล้องกับวิถีของคนไทย

VFQ-28 Thai เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตได้หลายมิติ (Multi-dimension) วัดคุณภาพชีวิตด้านสายตาทั่วไปประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสายตาทั่วไปมี 27 ข้อและด้านสุขภาพทั่วไป (General health) 1 ข้อ รวม 28 คำถาม ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale 5-6 ระดับ โดยแบ่งเป็น 11 มิติ ดังนี้ 1) มิติของการมองเห็นโดยทั่วไป (General vision) 2) มิติของการปวดและไม่สบายในตา (Ocular pain) 3) มิติของการทำกิจกรรมที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ (Near activities) 4) มิติของการทำกิจกรรมที่ต้องใช้สายตาในระยะไกล (Distant activities) 5) มิติทางสังคม (Social) 6) มิติทางจิตใจ (Mental) 7) มิติความลำบากในการทำงาน (Role difficulty) 8) มิติความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Dependency) 9) มิติของการขับรถ (Driving) 10) มิติของการมองเห็นสี (Color vision) และ 11) มิติของการมองเห็นส่วนริม (Peripheral vision) จากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงสูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมินคุณภาพชีวิต Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ของ ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ นุจรีย์ ประทีปะวงนิช จอห์นสและสมเกียรติ อัครภูริกรณ์ (2552) ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอ

ตาเสื่อมจากอายุ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากภาวะของโรคและการรักษา บ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่ต้องการศึกษา ข้อความมีความกระชับและเข้าใจง่าย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุมากที่สุด ตัวแปรที่นำมาศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (ระดับการมองเห็น) ปัจจัยด้านอาการ (ภาวะซึมเศร้า) และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) รวมทั้งหมด 6 ตัวแปร ดังนี้

4.1 เพศ หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ที่บ่งบอกให้ทราบว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับและมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Noris, 1972) ซึ่งจากการศึกษาของ Rohit et al. (2007) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาของ Wu et al. (2008) พบว่า ในผู้ป่วยที่บกพร่องทางการมองเห็น เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม

4.2 อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1995) อีกทั้งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลจะเกิดการเรียนรู้และการเผชิญปัญหา โดยความสามารถเหล่านี้จะลดลงตามอายุ (ศุกรี ศิริบุรณ์, 2542) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สุขภาพร่างกายจะทรุดโทรมลง บุคคลจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกายและสังคม รวมทั้งอายุยังมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Padilla & Grant, 1985) สอดคล้องกับ Wu et al. (2008) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4.3 ระดับการมองเห็น หมายถึง ค่าความสามารถในการมองเห็นของตาข้างที่ผิดปกติข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เมื่อเป็นโรคจอตาเสื่อมจะสูญเสียการมองเห็นหรือมีสายตาสั้น ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมต่อผู้ป่วย อีกทั้งปัญหาเหล่านี้ยังกระทบไปสู่บุคคลรอบข้างอันเป็นสังคมของมนุษย์ชาติ (ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง, 2540) โดยเสมือนตกอยู่ในภาวะเป็นคนพิการ สูญเสียความสามารถในทุกด้าน ซึ่งปัจจุบันคนเหล่านี้ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ ที่จะทำให้พวกเขาทั้งหลายสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2546) ขาดโอกาสการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานจากสังคม เช่น โอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพ ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ก็เลือนหายตามไปด้วย ซึ่งทำให้เกิดความท้อแท้กับการมีชีวิตอยู่ (จันทิมา เจริญสุภกร, 2549) ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการใช้สายตาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และระยะไกล เช่น การเดินทาง การทำงาน เป็นต้น สอดคล้องกับ Sengupta et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นภาพตรงกลางมีข้อจำกัดในการขับรถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การเดินทางเคลื่อนที่ไปยังที่ต่าง ๆ ภายในที่พักอาศัยหรือนอกที่ที่พักอาศัย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นภาระกับญาติ ดังนั้นระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Melissa et al. (2002) พบว่า ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Decarlo et al. (2003) พบว่า การมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางวัน ฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Cahill MT et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมระยะรุนแรงทั้งสองข้างการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีการมองเห็นระดับที่แตกต่างกัน แต่จะแยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคจอตาเสื่อม Hassell et al. (2005) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Mahesh et al. (2014) พบว่า ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ชุมชนและสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินระดับการมองเห็นโดยใช้ Snellen's chart แบ่งระดับความสามารถในการมองเห็นตามเกณฑ์ของ World Health Organization Classification of Vision (1999) ได้ดังนี้

สายตาทปกติ คือ ระดับการมองเห็นเท่ากับ 20/25 หรือดีกว่า

สายตาใกล้เคียงปกติ คือ ระดับการมองเห็น 20/30-20/60

สายตาเลือนราง คือ ระดับการมองเห็น 20/70-20/400

ตาบอด คือ ระดับการมองเห็นแยกว่า 20/400

4.4 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจของบุคคลต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด โดยได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคม นอกจากนี้มีปฏิสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น นำมาซึ่งความพึงพอใจ สามารถเผชิญความเครียด และสามารถดำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มนุษย์มีส่วนประกอบภายใน ได้แก่ ร่างกายและจิตใจ ในขณะที่สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก แต่มนุษย์และสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตลอดเวลา ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ ตลอดจนได้รับวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต (วาสนา พุ่มฟู, 2548) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้คุณคนประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Konstam et al., 2005)

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นลดลง ในการดำรงชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มักจะประสบปัญหาและอุปสรรคอย่างมาก ทำให้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้นรอบข้าง โดยหากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการได้รับการยกย่อง (Thoits, 1986) ผู้ป่วยเรื้อรังจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าปราศจากการ

ตระหนักถึงและการช่วยเหลือที่มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของตนเอง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จากความสำคัญดังกล่าวแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของคลาซันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Chong-Wen et al. (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่บกพร่องด้านการมองเห็น

4.5 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการหรืออาการแสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้าไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วยมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อมและมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หหมดหวัง

ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตจึงต้องมีการปรับตัว ส่งผลให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน เช่น ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การมีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับ Duffy (1997) ที่ศึกษาผลกระทบของความสามารถในการมองเห็นที่ลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเลือนราง ผลการศึกษาพบว่า การมองเห็นลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความเป็นอิสระ เกิดภาวะถดถอยและแยกตัวจากสังคมในที่สุด สอดคล้องกับ Barbara et al. (2001) ศึกษาอาการซึมเศร้าระดับการมองเห็น โรคร่วมและความพิการในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็น โรคร่วม ความพิการทางสายตา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม สอดคล้องกับ Rovner et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ความรุนแรงของโรคต่อการสูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็นที่แยกลงส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Berman et al. (2006) ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลและมีความทุกข์ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมและกำลังสูญเสียการมองเห็นในตาข้างที่ 2 พบมีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ Lotery (2007) ศึกษาภาระของการเจ็บ ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการใช้ทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีความต้องการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อมและสอดคล้องกับ Ruiz et

al. (2008) ศึกษาผลกระทบการบกพร่องด้านการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางคุณภาพชีวิต ดังนั้นอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยจอตาเสื่อม

4.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรม คือ สิ่งทีบูรณาการไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างมีอิสระ เพื่อตอบสนองความต้องการทางกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Redeker & Mason, 1994 cited in Sriprasong, 2000) ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ William et al. (1998) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของโรคจอตาเสื่อมต่อคุณภาพชีวิตความทุกข์ทางอารมณ์และระดับการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มีความทุกข์ทางอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับ Decarlo et al. (2003) ศึกษาการช้บรรทัดกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่าการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางวันฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Hassell et al. (2005) ศึกษาผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Michael et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตและผลกระทบในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงานในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่าผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Todd (2005) ศึกษาผลกระทบของโรคจอตาเสื่อมที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ Siaudvytyte et al. (2012) ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อม โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต การมองเห็นที่แย่งจากโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย การพึ่งพา และความยุ่งยากด้านบทบาท ดังนั้น โรคจอตาเสื่อมจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

5. การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาลเสื่อม

5.1 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคจอตาลเสื่อมในปัจจุบัน ต้องมุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือ ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเอง ให้มีความสามารถในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนให้การพยาบาลและการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม จากการพยาบาลแบบตั้งรับไปเป็นการพยาบาลแบบเชิงรุก เพื่อเน้นการให้การป้องกันโรคจอตาลเสื่อมมากกว่าการรักษาโรค เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ (2554) ได้อธิบายบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

5.1.1 การให้สุขศึกษา (Health education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคจอตาลเสื่อมเกี่ยวกับเป็นเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การควบคุมชะลอไม่ให้โรคลุกลามหรือแย่งและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

5.1.2 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นหน้าที่หลักอีกด้านหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคจอตาลเสื่อมและญาติ ซึ่งการให้คำปรึกษาหมายถึงรวมถึงสุขภาพร่างกาย จิตใจและอื่น ๆ สิ่งที่ควรคำนึงถึงอยู่เสมอคือ พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินชี้ขาดว่าผู้ขอคำปรึกษาจะต้องทำอย่างไร การตัดสินใจต่าง ๆ ควรเป็นหน้าที่ของผู้ขอรับคำปรึกษาเอง หลังจากได้รับความรู้เพียงพอแล้ว

5.1.3 การศึกษาวิจัย (Research) การทำวิจัยจะเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ หรือปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ กระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป

5.1.4 การติดต่อประสานงาน (Coordinator) กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องทราบข้อมูลการบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

5.1.5 การจัดการในการดูแล (Care manager) พยาบาลควรทำหน้าที่บริหารจัดการ รวมถึงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพร่วมมือในการประเมินปัญหา หาแนวทางในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่ครอบคลุม

5.1.6 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพ จะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน พยาบาลต้องประเมินปัญหาพร้อมทั้งวางแผนเพื่อตอบสนองในการแก้ปัญหา

หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่ดูแลตนเองไม่ได้ พยาบาลอาจต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง หรือดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วม

5.1.7 ผู้ให้บริการการดูแล (Care provider) งานหลักอีกงานหนึ่งของพยาบาลก็คือ การเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ต่อผู้เข้ามาขอรับบริการทุกคนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการรักษา ด้านการส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5.1.8 ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) นับว่าเป็นบทบาทใหม่ของพยาบาล ในการดูแลอำนวยความสะดวกและติดต่อประสานงาน เช่น การให้บริการจัดเตรียมสถานที่ในการประชุมสัมมนา การให้ความรู้ การพบปะกันของกลุ่มผู้สูงอายุรวมทั้งญาติ ในสถานที่ทำงานและในชุมชน

5.1.9 เป็นผู้มีความริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiator) โดยเป็นผู้ที่มีแนวคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตาและป้องกันโรคทางตาในผู้สูงอายุ เช่น โครงการโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ

5.1.10 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator) พยาบาลจะต้องดำรงตนเป็นผู้ที่พิทักษ์สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ หรือสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

5.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม

5.2.1 ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง ตั้งแต่ อาการ สาเหตุ ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง โดยอาจมีรูปภาพประกอบชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงตำแหน่งที่มีความผิดปกติ ที่ทำให้การมองเห็นแยลง

5.2.2 ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้นและส่งเสริมให้มีสุขภาพตาที่ดีขึ้น เช่น แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย สวมแว่นกันแดดเวลาอยู่กลางแจ้ง ไม่สูบบุหรี่ ควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันและเบาหวาน เป็นต้น แนะนำเกี่ยวกับอาหารส่งเสริมให้รับประทานผักผลไม้ที่มีลูทีนและซีแซนทีน ซึ่งสารอาหารทั้งสองชนิดนี้ถือว่าเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ที่ช่วยปกป้องการทำลายจอตา

5.2.3 ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและแนะนำแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีปัญหาหรือต้องการส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษา ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานที่มาศึกษาดูงาน ทำให้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่ ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

5.2.4 ช่วยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการดูแลรักษา โดยประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่ตาบอด ขึ้นทะเบียนผู้พิการทางสายตาและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น

5.2.5 การสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะจอตาเสื่อม จะมีผลกระทบในด้านของจิตใจ คือเกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ซึ่งผลทางสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นมีผลต่อร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจไปพร้อมกับการดูแลด้านร่างกาย พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการ ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจและพิจารณากระบวนการในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและให้ความหวังใจ การร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สายรุ้ง บัวระพา, 2547)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุพบเพียงงานวิจัยในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่พบว่ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

William et al. (1998) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของโรคจอตาเสื่อมต่อคุณภาพชีวิต ความทุกข์ทางอารมณ์และระดับการทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม 79 คน ตาบอดอย่างน้อย 1 ข้าง เครื่องมือที่ใช้ the Quality of Well-being Scale, the Instrumental Activities of Daily Living index, self-rated general health status, and the Profile of Mood States. พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มีความทุกข์ทางอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

Barbara et al. (2001) ศึกษาอาการซึมเศร้า ระดับการมองเห็น โรคร่วมและความพิการในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมในขั้นรุนแรง ระดับการมองเห็น 20/60 หรือแย่กว่า จำนวน 151 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ), Sickness Impact Profile Vision (SIPV) และ Sickness Impact Profile-68 (SIP) พบว่า การมองเห็น โรคร่วม ความพิการทางสายตา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

Melissa et al. (2002) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านการสูญเสียระดับการมองเห็นของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาประสาทและภาวะจอประสาทตาเสื่อม (Age-Related Macular Degeneration: ARMD) โดยการวิเคราะห์คุณค่าอรรถประโยชน์แบบ Time trade-off method กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอตา 333 คน และผู้ป่วยภาวะจอตาเสื่อม 246 คน พบว่าคุณค่าอรรถประโยชน์ในระดับการมองเห็น พบว่า มีเพียงตัวแปรระดับการมองเห็นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .003

Rovner et al. (2002) ศึกษาการความสัมพันธ์ความรุนแรงของโรคต่อการสูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย the Center for Epidemiologic Studies-Depression score และ Index of Affective Suffering พบว่า ระดับการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

Decarlo et al. (2003) ศึกษาการขับรถกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมในคลินิกสายตารือกลาง จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ The Driving Habit Questionnaire และ National Eye Institute Visual Function Questionnaire - 25 พบว่า การมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางคืน ฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

Gilles H et al. (2004) ศึกษาประเมินผลกระทบของระดับการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ - 39) พบว่า ระดับการมองเห็นที่ดีที่สุด VA > 20/40 และระดับการมองเห็นที่แย่ที่สุด VA > 20/200 ของผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพทั่วไปและคะแนนความปวดตา การมองเห็นทั่วไป กิจกรรมระยะใกล้-ไกล การขับรถ สุขภาพจิต บทบาทพึ่งพาและคะแนน NEI - VFQ ได้รับผลกระทบทั้งระดับการมองเห็นที่ดีที่สุดและระดับการมองเห็นที่แย่ที่สุด ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสูญเสียระดับการมองเห็นเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

Hassell et al. (2005) ศึกษาผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อมที่มีระดับการมองเห็น < 6/12 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 106 คน เครื่องมือที่ใช้ the Impact of vision impairment questionnaire และ the Short form general health survey - 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Michael et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตและผลกระทบในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงานในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 670 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ Short form health survey, Activity of daily living และ Visual function questionnaires พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

Todd (2005) ศึกษาผลกระทบของโรคจอตาเสื่อม ที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 86 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

Marback et al. (2007) ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่ได้รับผลกระทบจากจอตาเสื่อมระหว่างตาบอดข้างเดียวและสองข้าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ NEI VFQ - 25 พบว่า คุณภาพชีวิตของคนตาบอดสองข้างมีข้อจำกัดมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนตาบอดข้างเดียว ทั้งสองกลุ่มพบว่า คุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับคนปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

Sahel (2007) ศึกษาประเมินผลกระทบระดับความรุนแรงของการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในประเทศฝรั่งเศส เยอรมันนีและอิตาลี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 360 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือ NEI VFQ - 25, Macular Disease Quality of Life Scale, Health Utility Index 3 พบว่า ระดับการมองเห็นที่ดีที่สุด (20/40) และระดับการมองเห็นที่แย่ที่สุด (20/200) ต่างก็มีอิทธิพลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Bansback (2007) ศึกษาความไวและการมองเห็น ความบกพร่องทางสายตาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 209 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยเข้ารับการทดสอบการมองเห็น (ใกล้และมองเห็นไกลความไวความคมชัด) และแบบสอบถามการมองเห็น VF - 14, HUI3 พบว่า ความไว ความคมชัดและการมองเห็นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Lotery (2007) ศึกษาความบกพร่องด้านการมองเห็นและการใช้ทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 161 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ NEI - VFQ - 25, EQ - 5D และ HADS พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่

ไม่มีจอตาเสื่อม มีความต้องการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

Ruiz et al. (2008) ศึกษาผลกระทบการบ่งพร่องด้านการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ) – 25, the EuroQoL (EQ - 5D), และ the Hospital Anxiety and Depression (HADS) questionnaire. พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

Siaudvytyte et al. (2012) ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อม ในคลินิกจักษุวิทยา โรงพยาบาลลิทัวเนีย มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน เครื่องมือที่ใช้ Visual Functioning Questionnaire และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พบว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างในคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .0001 โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต การมองเห็นที่แย่งจากโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย การพึ่งพาและความยุ่งยากด้านบทบาทหน้าที่ ดังนั้นโรคจอตาเสื่อมจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

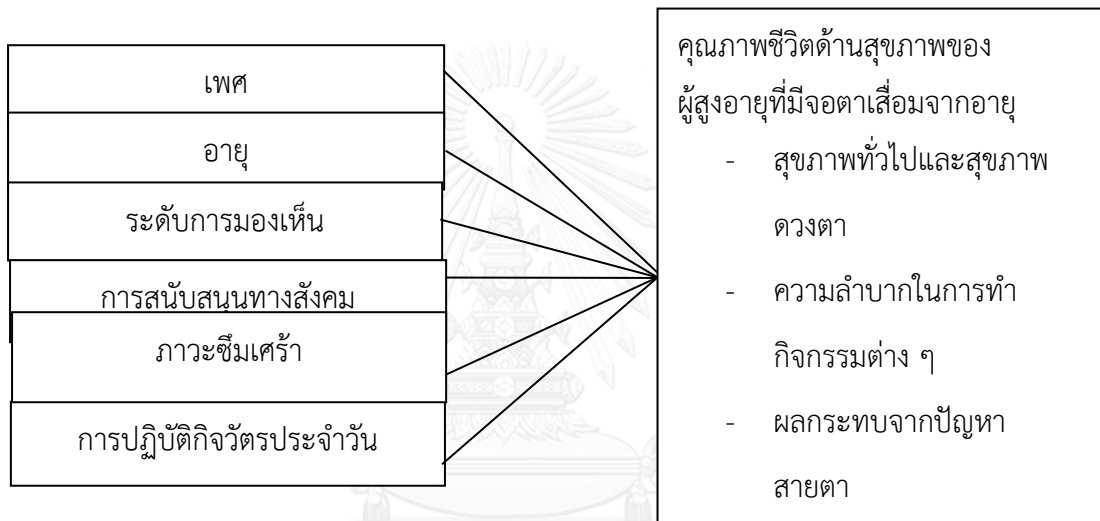
Danayak et al. (2014) ศึกษาการด้อยค่าทางจิตสังคมของโรคจอตาเสื่อม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 94 คน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอินเดีย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ General Health Quality Questionnaire-28 (GHQ 28) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจอตาเสื่อมมีความบกพร่องทางจิตสังคมมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Dev et al. (2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านจิตสังคมจากการบ่งพร่องการมองเห็นของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ประเทศเนปาล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 272 คน เครื่องมือที่ใช้คือ Shot - From (SF - 36) พบว่า จากความบกพร่องด้านการมองเห็นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสอดคล้องกับแบบประเมิน Shot - From (SF - 36) กลุ่มที่บ่งพร่องการมองเห็นค่าคะแนนน้อยกว่ากลุ่มที่การมองเห็นปกติ ดังนั้น การบ่งพร่องด้านการมองเห็นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคจอตาเสื่อมจากอายุจัดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถชลอการสูญเสียการมองเห็นได้ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การมาติดตามอาการและรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุมีระดับการมองเห็นที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัด มีความยากลำบากในการขับรถ การทำงานและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ มีความต้องการความ

ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น ส่งผลกระทบด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี โดยพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลายปัจจัยซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนำมาศึกษาตามแนวคิดของ Wilson & Carry ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจอตาเสื่อม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลตำรวจ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระจก ต้อหินและจอประสาทตาเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น จอตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน เป็นต้น
- 2) สามารถรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามปกติ
- 3) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-state Sampling) จาก 2 ใน 6 สังกัด ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แต่ละสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กระทรวงศึกษาธิการ คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และสังกัดองค์กรการกุศล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และในแต่ละสังกัดสุ่มมา 1 โรงพยาบาลโดยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยไม่จำกัดวิธีการรักษาและระดับการมองเห็น (Visual acuity)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) คือ $n = 10k + 50$ (n คือ ขนาดตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปร) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ $10(7) + 50 = 120$ คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บในแต่ละสถานที่คำนวณตามสัดส่วน โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม ที่มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	266	99
ตำรวจ	57	21
รวม	323	120

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินอาการซีมเซร่าและแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย ผู้ดูแล รายได้และระดับการมองเห็นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยแบ่งระดับ ดังนี้

ระดับการมองเห็น 20/25 หรือดีกว่า หมายถึง สายตาปกติ

ระดับการมองเห็น 20/30-20/60 หมายถึง สายตาใกล้เคียงปกติ

ระดับการมองเห็น 20/70- 20/400 หมายถึง สายตาเลือนราง

ระดับการมองเห็น แย่กว่า 20/400 หมายถึง สายตาบอด

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28 Thai) ที่ชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส สมเกียรติ อัครภูริภรณ์ (2552) แปลมาจาก The 25-item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Wilson & Cleary แบบสอบถามสร้างขึ้นโดยวิธีการรวบรวมคำถามจากข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีวัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมมิติ ต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคตาทั่วไป ในประเทศไทยได้นำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้อหิน และผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96 และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสายตาทั่วไปมี 25 ข้อและด้านสุขภาพทั่วไป (General health) 1 ข้อ รวม 26 คำถาม โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1) สุขภาพทั่วไปและสุขภาพดวงตา ข้อ 1 – 4 ตอนที่ 2) ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ข้อ 5 – 19 ตอนที่ 3) ผลกระทบจากปัญหาสายตา ข้อ 20 - 26 ลักษณะของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยข้อ 1-19a คำถามเชิงบวก 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 21-26 คำถามเชิงลบ 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 คะแนนของแบบสอบถาม จะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยความหมายดังนี้

คะแนน 0 – 25 คือ มีคุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 26 – 50 คือ มีคุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 51 – 75 คือ มีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 76 – 100 คือ มีคุณภาพชีวิตสูง

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย มธุรส จันทรแสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและวาสนา ฟูงฟู (2548) ได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .863 ที่แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ได้แก่ 1-5

การสนับสนุนด้านข้อมูลการประเมินค่า 3 ข้อ ได้แก่ 6-8

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2 ข้อ ได้แก่ 9-10

การสนับสนุนด้านทรัพยากร 4 ข้อ ได้แก่ 11-14

ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale (4) ระดับ ดังนี้ คือ

มาก หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตาม
ข้อความมากให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึก
ตามข้อความนั้นปานกลางให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตาม
ข้อความนั้นน้อยให้ 2 คะแนน

ไม่ได้รับ หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่มีความรู้สึก
ตามข้อความนั้นเลยให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมมาก คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 3
ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จะมีค่าคะแนนการ
สนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 43-56 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จะมีค่า
คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 29-42 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะมีค่าคะแนนการ
สนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แปลจากแบบประเมิน Geriatric Depression
Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1986) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
ของไทยและได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย จำนวน 274 คน ได้ค่าความ
เที่ยงตรงโดยรวม (Alpha Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง,
2537) แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ โดยมีคำตอบว่า “ใช่” ในการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะ
ซึมเศร้าใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที โดยมีการคิดคะแนน คือข้อ 1, 5, 7,
9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1
คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุ คะแนนอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน

การแปลผล

0 -12	คะแนน	ผู้สูงอายุปกติ
13-18	คะแนน	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)
19-24	คะแนน	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)
25-30	คะแนน	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

5. **แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินกับผู้สูงอายุไทย เป็นการสอบถามกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมิน 10 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้น ปัสสาวะและกลั้นอุจจาระ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 3 เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม และได้มีการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับพุทสภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .79

การแปลผล

0-4	คะแนน	ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา
5-11	คะแนน	ผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพารุนแรงถึง ปานกลาง
12	คะแนนขึ้นไป	ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ไม่ต้องการการพึ่งพา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม 1 คน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูงอายุ 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอนและดูแลผู้ป่วยโรคจอตตาเสื่อม จำนวน 1 คน

พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจอตตาเสื่อม 2 คน

ส่วนเครื่องมือ TGDS และ Barthel ADL Index ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มาตรฐานและได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของไทยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ส่งตรวจหาความตรงตามเนื้อหา

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 2-3 ดังนี้

ตารางที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 คุณมีความลำบากแค่ไหนในการอ่าน รายละเอียดในหนังสือพิมพ์	- คุณมีความลำบากแค่ไหนในการอ่าน รายละเอียดในหนังสือ
ข้อ 6 คุณมีความลำบากแค่ไหนในการทำงานหรือ งานอดิเรก ที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ ๆ เช่น การทอผ้า เย็บผ้า ซ่อมแซมสิ่งของใน บ้าน หรือการใช้เครื่องมือต่าง ๆ	- คุณมีความลำบากแค่ไหนในการ ทำงานที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ ๆ เช่น การทอผ้า เย็บผ้า ซ่อมแซมสิ่ง ของในบ้านหรือการใช้เครื่องมือต่าง ๆ
ข้อ 18 ตอนนี้ ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับการขับรถ อยู่หรือไม่	- ตอนนี้ ดิฉันจะถามคุณเกี่ยวกับการขับ รถอยู่ใช่หรือไม่
ข้อ 18a ถ้าผู้ตอบ ตอบว่า “ไม่” ให้ถามว่า คุณไม่ เคยขับรถมาก่อนหรือคุณเลิกขับรถแล้ว	- ถ้าผู้ตอบ ตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ถามว่า คุณไม่เคยขับรถมาก่อนหรือเลิกขับรถ แล้ว
ข้อ 18b ถ้าผู้ตอบ ตอบว่าเลิกขับรถแล้ว คุณเลิก ขับรถเพราะสาเหตุจากสายตาเป็นหลัก จากเหตุผลอื่น ๆ เป็นหลัก หรือจากทั้ง สายตาและเหตุผลอื่น ๆ ร่วมกัน	- ถ้าตอบว่าเลิกขับรถแล้ว คุณเลิกขับรถ เพราะสาเหตุใด
ข้อ 18c ถ้าในปัจจุบันนี้ยังขับรถอยู่ คุณมีความลำบาก คุณมีความแค่ไหนในการขับรถตอนกลางวันใน สถานที่คุ้นเคย คุณจะบอกว่าคุณ:	- ถ้าในปัจจุบันนี้ยังขับรถอยู่ ลำบากแค่ไหนในการขับรถ วันในสถานที่คุ้นเคย

ตารางที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 19 คุณมีความลำบากแค่ไหนในการขับรถตอนกลางคืน คุณจะบอกว่า:	- คุณมีความลำบากแค่ไหนในการขับรถตอนกลางคืน
ข้อ 19a คุณมีความลำบากแค่ไหนในการขับรถในสถานการณ์ที่ขับรถลำบาก เช่น สภาพอากาศไม่ดี ชั่วโมงเร่งด่วน บนทางด่วนที่รถวิ่งเร็ว หรือใน	- คุณมีความลำบากแค่ไหนในการขับรถในสถานการณ์ที่ขับรถลำบาก เช่น สภาพอากาศไม่ดี ชั่วโมงเร่งด่วน บนรถติด เป็นต้น
ข้อ 21 สายตาของคุณ ทำให้คุณต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ลงแค่ไหน	- ตัดข้อ 21 เพราะมีความหมายตรงกับข้อ 20
ข้อ 22 อาการเจ็บปวด หรือไม่สบายในตา หรือรอบ ๆ ดวงตาของคุณ (เช่น ปวดแสบปวดร้อน คันตา หรือปวดตา) ทำให้คุณไม่สามารถทำในสิ่งที่คุณอยากทำมากน้อยแค่ไหน คุณจะบอกว่า:	- อาการเจ็บปวด หรือไม่สบายในตา หรือรอบ ๆ ดวงตาของคุณ (เช่น ปวดแสบปวดร้อน คันตา หรือปวดตา) ทำให้คุณไม่สามารถทำในสิ่งที่คุณอยากทำมากน้อยแค่ไหน
ข้อ 23 ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยได้ออกไปไหน เพราะปัญหาสายตาของฉัน	- ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยได้ออกไปไหน เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน
ข้อ 24 ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง เพราะปัญหาสายตาของฉัน	- ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน
ข้อ 25 ปัญหาสายตาของฉัน ทำให้ฉันควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้น้อยลง	- ปัญหาสายตาของฉัน ทำให้ฉันสามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้น้อยลง
ข้อ 26 เวลาจะทำอะไร ฉันต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นมาก เพราะปัญหาสายตาของฉัน	- เวลาจะทำอะไร ฉันต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นมาก เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน
ข้อ 27 ฉันรู้สึกกังวลว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตัวเองหรือคนอื่นอับอาย เพราะปัญหาสายตา	- ฉันรู้สึกว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตัวเองหรือคนอื่นอับอาย เนื่องจากปัญหาสายตา

ตารางที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 7 บุคคลรอบข้างชมเชยท่านที่ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือออกกำลังกายได้	- บุคคลรอบข้างชมเชยเมื่อท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือออกกำลังกายได้
ข้อที่ 9 ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาสาสมัครเพื่อสังคมหรือกิจกรรมของหมู่บ้าน	- ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จากชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาสาสมัครเพื่อสังคมหรือกิจกรรมของหมู่บ้าน
ข้อที่ 11 มีผู้จัดการเตรียมซักเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายต่าง ๆ ให้ท่าน	- มีผู้ดูแล/ช่วยเหลือเตรียมซักเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายต่าง ๆ ให้ท่าน

1.2 หลังจากผ่านการตรวจสอบพิจารณาจากผู้ทรงทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ อีกทั้งยังตัดคำถามที่ซ้ำซ้อนออกไป ภายหลังจากการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมและถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งและนำเครื่องมือดังกล่าวมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า .80 โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามหรือรอบทฤษฎีและกำหนดระดับความเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) คือ ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 และระดับ 4

สูตรการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ในครั้งนี้อย่างสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ค่า Content validity index เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า Content validity index เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้วรวมทั้งเครื่องมือ TGDS, ADL มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการที่คลินิกจักษุประสาทตา หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจริง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม	.981
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม	.912
แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม	.840
แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม	.902

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ทุกวัน วันจันทร์ – วันศุกร์ โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม ถึง 15 มกราคม 2559 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม ถึง 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ

4. หลังจากผู้วิจัยได้รับเอกสารอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงนำหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลดังกล่าวไปติดต่อโดยการเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจักษุในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้สูงอายุฟังและให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วน ตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีและทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบ จำนวนทั้งสิ้น 120 คน ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

7. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละวัน เมื่อได้แบบสอบถามที่มีความครบถ้วนทั้งหมด 120 ชุดและมีความสมบูรณ์ทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว.113/2558 วันที่รับรอง 8 ธันวาคม 2558 และจากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เลขที่หนังสือรับรอง 1/2559 วันที่รับรอง 24 มกราคม 2559 โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มี

ผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าการกรบกรน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการวิจัยต่อไปจนเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล นำมาแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมโดยใช้สถิติ Eta
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมโดยใช้สถิติ Spearman's rho

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 120 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอแบ่งตามส่วนของข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพศ อายุและระดับการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=120)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	63.3
หญิง	44	36.7
อายุ (ปี)		
60-69	53	44.2
70-79	50	41.7
>80	17	14.2
Mean±S.D. (Min-Max)	71.28±7.17 (60-87)	
สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.0
คู่	79	65.8
หม้าย	28	23.3
หย่า	6	5.0
แยกกันอยู่	1	0.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	5.0
ประถมศึกษา	97	80.8
มัธยมศึกษา/ปวช	1	0.8
ปวส	2	1.7
ปริญญาตรี	13	10.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	26	21.7
มี	94	78.3
เบาหวาน	10	8.3
ความดันโลหิตสูง	73	60.8
ไขมัน	47	39.2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n=120) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หัวใจ	12	10.0
หลอดเลือดสมอง	2	1.7
โรคเก๊าท์	8	6.7
โรคต่อมลูกหมากโต	7	5.8
อื่น ๆ	11	9.2
การอยู่อาศัย		
คู่สมรส	17	14.2
คู่สมรส ลูก/หลาน	78	65.0
ญาติ	22	18.3
อยู่คนเดียว	3	2.5
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	50	41.7
ลูกสาว/ชาย	54	45.0
หลาน	3	2.5
ญาติ	13	10.8
รายได้ของผู้สูงอายุ		
1,000 - 2,500 บาท	30	25.0
2,501 - 5,000 บาท	52	43.3
5,001 - 10,000 บาท	17	14.2
10,001 บาท ขึ้นไป	21	17.5
ระดับการมองเห็น		
สายตาสปกติ	4	3.3
สายตาสใกล้เคียงปกติ	67	55.8
สายตาสเลือนราง	36	30.0
ตาบอด	13	10.8

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.8 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.8 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.3 โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ไชมันและหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 60.8 39.2 และ 10.0 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูก/หลานส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65.0 มีผู้ดูแลที่เป็น ลูกสาว/ชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,501-5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 และส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นในตาข้างที่ดีที่สุดในระดับสายตาใกล้เคียงปกติ คิดเป็นร้อยละ 55.8

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	35.70	15.51	ต่ำ
- สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา	38.82	13.66	ต่ำ
- ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	35.32	16.41	ต่ำ
- ผลกระทบจากปัญหาสายตา	32.95	18.59	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	41.86	6.76	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	8.41	4.70	ปกติ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	17.38	3.73	พึ่งตนเองได้

จากตารางที่ 6 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.70 เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผลกระทบจากปัญหาสายตาเท่ากับ 32.95 รองลงมา คือ ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่ากับ 35.32 และสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตาเท่ากับ 38.82 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.86 ภาวะซึมเศร้าโดยรวมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอยู่ในระดับปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.41 และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.38

ส่วนที่ 3 ทดสอบสมมุติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพศ อายุและระดับการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	r = -0.476	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	r = 0.225	0.013	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้า	r = -0.708	<0.001	สูง
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	r = 0.699	<0.001	สูง
เพศ	η = 0.032	0.941	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการมองเห็น	ρ = 0.606	<0.001	สูง

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.476$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.708$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.699$) เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมและระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\rho = 0.606$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุและไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระจก ต้อหินและจอประสาทตาเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น จอตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน เป็นต้น
- 2) สามารถรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามปกติ
- 3) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-state Sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย ผู้ดูแล รายได้และระดับการมองเห็น เป็นต้น
- 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ มธุรส จันทร์แสงสี ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ (House 1981) จำนวน 14 ข้อ
- 3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แปลจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1986) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย จำนวน 30 ข้อ

4) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะได้แปลขึ้น และได้รับการทดสอบคุณค่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยจำนวน 10 ข้อ

5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28) ที่ชุดิมาภรณ์ ไชยสงค์ นุจรี ประทีปะวงษ์ จอห์นสมเกียรติ อัครภูริภรณ์ (2552) แปลมาจาก NEI-VFQ-25 จำนวน 26 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังจากนั้นนำไปทดลองกับผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .981 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .912 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .840 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .902

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอ่านแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังและเลือกตอบ จำนวน 120 คน แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลตำรวจ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม ถึง 15 มกราคม 2559 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม ถึง 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ จึงได้ข้อมูลครบทั้งหมด 120 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) Eta และ Spearman's rho โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม
2. อายุและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม
3. การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการมองเห็น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.8 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.8 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.3 โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ไชมันและหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 60.8 39.2 และ 10.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ลูก/หลาน คิดเป็นร้อยละ 65.0 มีผู้ดูแลที่เป็น ลูกสาว/ชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,501-5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 และส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นในตาข้างที่ดีที่สุดอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60) คิดเป็นร้อยละ 55.8

2. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุอยู่ในระดับต่ำ

3. เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

4. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.476$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.708$)

5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.699$) และระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.606$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 35.70 SD = 15.51) สอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) กล่าวว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายนั้น ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางสรีรวิทยา (Biological/Physiological variables) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom status) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ (Functional status) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) สอดคล้องกับ Borchard et al. (2006) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ได้รับที่มีต่อการดำเนินชีวิตใน 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ด้านจิตใจและสังคม สอดคล้องกับ Kindig, Booske & Remington (2010) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจและ สอดคล้องกับ นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล มีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ความเจ็บป่วย สุขภาพทางกาย สุขภาพจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้ทั่วไป

เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผลกระทบจากปัญหาสายตาเท่ากับ 32.95 สอดคล้องกับ Mireia et al. (2005) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับ Sahel et al. 2007 พบว่า ระดับการมองเห็นที่ดีที่สุด และแย่งที่สุดต่างก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Gilles H et al. (2004) พบว่า การสูญเสียระดับการมองเห็นเพียงเล็กน้อยนำไปสู่คุณภาพชีวิตแย่ง สอดคล้องกับ Dev et al. (2014) การบกพร่องด้านการมองเห็นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ Siaudytyte et al. (2012) ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อม โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต รองลงมาคือ ความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่ากับ 35.32 สอดคล้องกับ Rovner et al. (2002) ศึกษาการความสัมพันธ์ความรุนแรงของโรคต่อการสูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Todd (2005) ศึกษาผลกระทบของโรคจอตาเสื่อม ที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา สอดคล้องกับ Marback et al. (2007) คุณภาพชีวิตของคนติดตามอดสองข้างมีข้อจำกัดมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนที่ตาบอดข้างเดียว ทั้งสองกลุ่มพบว่า คุณภาพชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับคนปกติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมจากอายุซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rohit et al. (2007) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของ Wu et al. (2008) พบว่า ในผู้ป่วยที่บกพร่องทางการมองเห็น เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงระดับคุณภาพชีวิตก็ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าถึงแม้เพศจะเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล เพศชายถูกมองว่าเป็นเพศที่มีความเข้มแข็ง ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้ปกป้องภรรยาและบุตร มีหน้าที่หารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับความนับถือ ยกย่องจากสังคม ส่วนเพศหญิง สังคมให้เป็นแม่บ้าน เลี้ยงดูบุตร (เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) แต่เมื่อเกิดโรคจอตาเสื่อมจากอายุแล้วทั้งเพศชายและเพศหญิงก็ต้องเผชิญกับภาวะความสามารถในการมองเห็นลดลง ต้องหยอดยาและต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เหมือน ๆ กัน ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการมองเห็นมากกว่าจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.476$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม ด้วยอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนอง เพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Orem, 1995) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.2 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพลดลง อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ประสบการณ์ชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่าง ๆ ของบุคคลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และการเผชิญปัญหา โดยความสามารถเหล่านี้จะลดลงตามอายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สุขภาพร่างกายจะทรุดโทรมลง บุคคลจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม อีกทั้งอายุยังมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Padilla & Grant, 1985)

ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2008) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น และสอดคล้องกับ Eamonn et al. (2008) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อม ทำให้บกพร่องการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุวดี ธีระศิลป์ (2547) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.708$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตจึงต้องมีการปรับตัว ส่งผลให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน สอดคล้องกับ Barbara et al. (2001) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้า ระดับการมองเห็น โรคร่วมและความพิการในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็น โรคร่วม ความพิการทางสายตา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม Rovner et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ความรุนแรงของโรคต่อการสูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ระดับการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้สูญเสียการปฏิบัติกิจกรรมและระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น Berman et al. (2006) ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลและมีความทุกข์ด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมและกำลังสูญเสียการมองเห็นในตาข้างที่ 2 พบมีความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น Lotery (2007) ศึกษาภาระของการเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการใช้ทรัพยากร

สุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีความต้องการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อมและสอดคล้องกับ Ruiz et al. (2008) ที่ศึกษาผลกระทบการบกพร่องด้านการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม ด้วยมนุษย์มีส่วนประกอบภายใน ได้แก่ ร่างกายและจิตใจ ในขณะที่สังคมหรือสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอก แต่มนุษย์และสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตลอดเวลา ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ ตลอดจนได้รับวัตถุประสงค์ของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต (วาสนา พุ่งฟู, 2548) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่าและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้ผู้คลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Konstam et al., 2005) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นลดลง ในการดำรงชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มักจะประสบปัญหาและอุปสรรคอย่างมาก ทำให้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้คนรอบข้าง หากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มี

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการได้รับการยกย่อง (Thoits, 1986) ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าปราศจากการตระหนักรู้และการช่วยเหลือที่มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จากความสำคัญดังกล่าวแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Chong-Wen et al. (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่บกพร่องด้านการมองเห็น สอดคล้องกับและศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์ (2551) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=0.699$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม มีความบกพร่องด้านการมองเห็นทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ William et al. (1998) ที่ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของโรคจอตาเสื่อมต่อคุณภาพชีวิตความทุกข์ทางอารมณ์และระดับการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มีความทุกข์ทางอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับ Decarlo et al. (2003) ที่ศึกษาการขับรถกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมพบว่าการมองเห็นที่แย่งส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางคืน ฝนตก การจราจรหนาแน่น บนทางด่วนหรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต Todd (2005) ศึกษาผลกระทบของโรคจอตาเสื่อม ที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถและต้องพึ่งพาครอบครัวการมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจาก

การหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับ Siaudvytyte et al. (2012) ที่ศึกษาประเมินการคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคจอตาเสื่อม โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต พบว่า การมองเห็นที่แย่งจากโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย การพึ่งพา

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมองเห็นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมองเห็นมีสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.606$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่าระดับการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม สอดคล้องกับ Mahesh et al. (2014) พบว่า ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับ Dev et al. (2014) ที่พบว่าการบกพร่องด้านการมองเห็นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อเป็นโรคจอตาเสื่อมจะสูญเสียการมองเห็นหรือมีสายตาเลือนราง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมต่อผู้ป่วย โดยเสมือนภาวะเป็นคนพิการ สูญเสียความสามารถในทุกด้าน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งวัตรระดับการมองเห็น ดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการใช้สายตาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และระยะไกล เช่น การเดินทาง การทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การเดินทางเคลื่อนที่ไปยังที่ต่าง ๆ ภายในที่พักอาศัยหรือนอกที่ที่พักอาศัยทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นภาระกับญาติ จะเห็นได้ว่าระดับการมองเห็นส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

ดังนั้น จากการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้ คือ

ควรส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีบทบาทให้การช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย พาไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา พาท่องเที่ยว เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการรักษาของตนเอง คอยให้กำลังใจและให้ความรักความเอาใจใส่ คอยพูดคุยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่า ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดความว้าวุ่น เปิดโอกาสกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่สามารถทำได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นภาระของครอบครัวและสังคม



รายการอ้างอิง

- ขวัญฤตา เกิดชูชื่นและสุจินดา ริมศรีทอง. (2540). *การพยาบาลจักษุวิทยา* เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- เจนจิต ชูฒยากร. (2549). *Age related macular degeneration*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จันทิมา เจริญสุภกร. (2549). *สิทธิ สวัสดิการ และการปรับตัวของผู้พิการทางสายตา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส และ สมเกียรติ อัครภูริกรณ์. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชญาภา พิชะยะ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงผกา กรีทอง. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 16(2): 15-16.
- ภฤศ หาญอุตสาหะ. (2549). *Age related macular degeneration*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภาวนา กิริติยุตวงศ์. (2537). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับความรู้กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าน้ำตาลสะสม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรส จันทรแสงสี. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแขวงเมืองเขต*

- ประทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลฤดี ชาตรีเวโรจน์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รจิต ตูจันดา และคณะ (2540). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษามาตรการการคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล*.
- ลดา สรณารักษ์ และ ชุศรี วัชรสุขโพธิ์. (2538). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- วณิชา ชื่นก่องแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวนิช. (2550). *จักขุวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.
- วรรณมา กุมารจันทร์. (2543). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2523). *คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บำรุงนุกุลกิจ.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน*. *วารสาร พศุภาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 10(4): 39-52.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. (2546). *ดวงตา ประตูลู่คุณภาพชีวิต: จักขุวิทยาในเวชปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และ โกศล คำพิทักษ์. (2548). *ตำราจักขุวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศลาฆนันท์ หงษ์สวัสดิ์. (2551). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุกรี ศิริบุรณ์. (2542). *สุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยายที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตอำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัย ครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*.

นันทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่น.

สุรัตน์ สุนารักษ์. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจอบประสาทตา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ.

สายรุ้ง บัวระพา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Aljabri, B., Al Wahaibi, K., Abner, D., Mackenzie, K. S., Coriveau, M. M., Obrand, D. I., et al. (2006). Patient-report quality of life after abdominal aortic aneurysm surgery: A prospective comparison of endovascular and open repair. *Journal of Vascular Surgery*. 44(6): 1182-1187.

Augustin, A. (2007). Anxiety and depression prevalence rates in age related macular degeneration. *Investigative ophthalmology*. 48(4): 1498-1503.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Bansback, N., Czoski-Murray, C., Carlton, J., Lewis, G., Hughes, L., Espallarques, M., et al. (2007). Determinants of health related quality of life and health state utility in patients with age related macular degeneration: The association of contrast sensitivity and visual acuity. *Epub*. 16(3): 533-543.

Batholomew, L. K., Sockrider, M. M., Seliheimer, D. K., Czyzewski, D. I., Parcel, G. S., & Spinelli, S. H. (1993). Performance objectives for the self-management of cystic fibrosis. *Patient education and counseling*. 22(1): 15-25.

- Berman, K. & Brodaty, H. (2006). Psychosocial effect of age related macular degeneration. *International Psychogeriatrics*. 18(3): 415-428.
- Bonastre, J. et al. (2002). The epidemiology, economics and quality of burden of age-related macular degeneration in France, Germany, Italy and United Kingdom. *Eur J Health Econ*. 3(2):94-102.
- Borchaard, K. A., Hewitt, P. M., Wotherspoon, S., & Scott, A. R. (2006). Australian vascular quality of life index (AUSVIQUOL): A pilot study of a disease-specific quality of life measure. *ANZ Journal Of Surgery*. 76(4): 208-213.
- Bostrom and Schwecke. (1995). Anxiety related disorder. In N. L. Keltner, L. H. Schwecke, & C. E. Bostrom, *Psychiatric nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: mosby.
- Brandt, P. A & Weinert, C. (1981). The PRQ asocial support measure. *Nursing research*. 30: 277-280.
- Brody, B. L., Gamst, A. C., Williams, R. A., Smith, A. R., Lau, P. W., Dolnak, D. et al. (2001). Depression, visual acuity, comorbidity, and disability age related macular degeneration. *Ophthalmology*. 108(10): 1893-1900.
- Bourne, R. R. A. et al. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 1: e339-49.
- Cahill, M. T., Banks, A. D., Stinnett, S. S. & Toth, C. A. (2005). Vision-related quality of life in patient with bilateral age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 112(1): 152-158.
- Chivers, J. (2003). Care for older people with visual impairment. *Nursing older people*. 15(1): 22-26.
- Chong, W. W, Cecilia L. W. Chan, Andy H. Y. Ho., & Zhifan, X. (2008). Social networks and health-related quality of life among chinese older Adults with vision impairment. *J Aging Health*. 7: 804-823.
- Choudhury, F. et al. 2016. Age-related macular degeneration and quality of life in Latinos: The Los Angeles Latino eye study. *JAMA Ophthalmol*. 28.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-314.

- Cormier, S. & Nurius, P. S. (2003). Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions. *Self-management strategies: Self-monitoring, stimulus control, self-reward, self as a model and self efficacy*. Pacific Grove, CA: Thomson.
- Danayak P., Jani C., Verma A. & Shah P. (2014). Study of psycho-social impairment in patients presenting with age related macular degeneration in a tertiary eye care hospital. *Int J Res Med Sci*. 2(2): 721-727.
- Dawson, S. R., Mallen, C. D., Gouldstone., M. B., Yarham, R and Mansell, G. (2014). The prevalence of anxiety and depression in people with age-related macular degeneration: A systematic review of observation study data. *BMC Ophthalmology*. 14(78): 1471-2415.
- Decarlo. et al. (2003). Driving habits and health related quality of life in patients with age related maculopathy. *Optometry & Vision Science*. 80(3): 207-213.
- 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. *Health Services Research*. 14: 345-351.
- Duffy, L. (1997). The experience of patients with age related macular degeneration and the effectiveness of low vision aids. *Ophthalmic Nursing*. 1: 14-23
- Ecosse, L. Lamoureux, et al. (2004). The impact of diabetic retinopathy on participation in daily living. *Arch Ophthalmol*. 122: 84-85.
- Ecosse, L. Lamoureux, et al. (2010). Impact of diabetic retinopathy on vision-specific function. *Journal Ophthalmology*. 117: 757-765.
- Eamonn, D. et al. (2008). Diet and risk factors for age-related maculopathy. *Am J Clin Nutr*. 87: 12-722.
- Gilles, H., Nordmann J. P., Colin E., & Amould B. (2005). Vision-related quality of life in patients suffering from age- related macular degeneration. *American Journal Ophthalmology*. 139(2): 271-279.
- Hassell, J. B., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *Br J Ophthamol*. 90.
- Hochberg, C. et al. (2012). Age related macular degeneration with IADL disability. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 53: 3201-3206.

- Holroyd, K. A. & Creer, T. L. (1986). *Self-management of chronic disease*. New York: Academic Press.
- Holz, F. G., Pauleikhoff, D., Spaide, R. F. & Bird, A. C. (2012). *Age-related macular degeneration*. New York: Springer & Business media.
- Holz, F. G. et al. (1994). Bilateral macular drusen in age-related macular degeneration and risk factors. *Ophthalmology*. 101(9):1522-1528.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Readings, Addison-Wesley.
- Isipradit, S., Sirimaharaj, M., Charukamnoetkanok, P., Thonginnetra, O., Wongsawad, W., et al. (2014). The first rapid assessment of a voidable blindness (RAAB) in Thailand. *Plos ONE*. 9(12): 1-12.
- Jennifer I. Lim. (2006). Expert column – risk factor for age-related macular degeneration. *Medscape Ophthalmology*. 342: 483-492.
- Judy, A. W., et al. (2010). Psychosocial factors that influence quality of life and potential for self-management in multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 12: 133-141.
- Johan H. et al. (2011). Visual Impairment and quality of life in the older European population, the EUREYE study. *Acta Ophthalmol*. 89: 608-613.
- Kalawole, M., et al. (2008). Depress, anxiety and quality of life among diabetic patient: A comparative study. *Journal of the National Medical Association*. 100(1): 73-78.
- Keltner, N. L., et al. (1995). *Psychiatric Nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Kevin, J. W., et al. (2010). The assessment of disability related to vision performance ,based measure in diabetic retinopathy. *American Journal Ophthalmology*. 149: 852-860.
- Khotcharrat, R. et al. (2015). Epidemiology of Age-Related Macular Degeneration among the Elderly Population in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 98(8): 790-7.
- Kindig, D. A., Booske, B. C., & Remington, P. L. (2010). Mobilizing action toward community health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis*. 7(4): A68.
- Konstam, V., Moser, D. K., & Jung, J. D. M. (2005). Depression and anxiety in heart failure: review article. *Journal of Cardiac Failure*. 11(6): 455-463.

- Lin, X. J. Meilin, I., & Fan, S. Y. (2012). Methodological issues in measuring health related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*. 9(2): 1-5.
- Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. 2007. Burden of illness, visual impairment and health resource utilization of patients with neovascular age related macular degeneration: result from the UK cohort of a file-country cross sectional study. *Br J Ophthalmol*. 91: 1303-1307.
- Marback, R. F., Maia Junior O.O., Morais F. B. & Takahashi, W. Y. (2007). Quality of life in patient with age-related macular degeneration with monocular and binocular legal blindness. *Clinical Science*. 62(5):573-578
- Mahesh., D., Nabin P., Niraj., D. J., Narayan S., Shishir S. (2014). Psycho-social impact of visual impairment on health-related quality of life among nursing home residents. *BMC Health Services Research*. 14:345.
- Melissa, M. B, Brown M. M, Brown G. C, Sharma S, Landy J, Bakal J. (2002). Quality of life with visual acuity loss from diabetic retinopathy and age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 120: 481-484.
- Michael, D. et al. (2005). Age related eye disease, quality of life, and functional activity. *Arch Ophthalmol*. 123(6): 807-814.
- Mitchell, J. and Bradley, C. 2006. Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcome*. 97(4): 1477-1497.
- Muir, K. W, Santiago-Turla C, Stinnett S. S. (2008). Health literacy and vision-related quality of life. *British Journal Ophthalmol*. 92: 779-782.
- Nakagawa-kogan, H. (1996). Using the brain to manage the body. In A. B. McBride (Eds). *Psychiatric mental health nursing, integrating the behavioral and biological science*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*. 3(6): 43-58
- Odberg, T., et al.(2001). The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. *Acta Ophthalmol Scand*. 79: 116-120.

- Osoba, D. (1992). The quality of life committee of the clinical trials group of the national cancer institute of canada: Organization and functions. *Qual Life Res*, 1(3): 211-218.
- Padilla, G. V. & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advanced in Nursing Science*. 8: 45-60.
- Patrick, M. (2004). *Self-management: A background paper*. Centre on aging: University of victoria.
- Phillips, L. R. (1991). Social support of the older client. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rebecca, A. et al. (1998). The Psychosocial impact of macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 116(4): 514-520.
- Riedinger, M. S., Dracup, K. A. & Brecht, M. L. (2002). Quality of life in woman with heart failure, normative groups, and patient with other chronic condition. *American Journal of Critical care*. 11(3): 211-219.
- Rovner, B. W. & Casten, R. J. (2002). Activity loss and depression in age related macular degeneration. *Am J Geriatr 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 Carlo*. 24(7): 2103-2111.
- Rybarczyk, B. D, Nyenhuis D, Nicholas J. J, Schulz R, Aliota R, & Blair C. (1992). Social discomfort and depression in sample of Adults with leg amputation. *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*. 11: 1169-1173.
- Sahel., et al. (2007). Health-related quality of life and utility in patients with age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmology*. 125(7): 945-951.
- Sanjay, S., Sharma S, Oliver-Fernandez A, Liu W, Buchholz P, Walt J. (2005). The impact of diabetic retinopathy on health-related quality of life. *Current Opinion in Ophthalmology*. 16: 155-159.
- Sajid, M. S., Tonsil. A., & Baig, M. K. (2008). Health related quality of life measurement. *Int J Health Care Qual Assur*. 21(4): 365-373.
- Schipper, H., Clinch, J. J., & Olweny, C. (1996). Quality of Life studies: definition and conceptual issues. In: Spilker B quality of life and phamacoeconomics in clinical trails *Lippincott-Raven: Philadelphia* (2 ed., pp. 11-24).

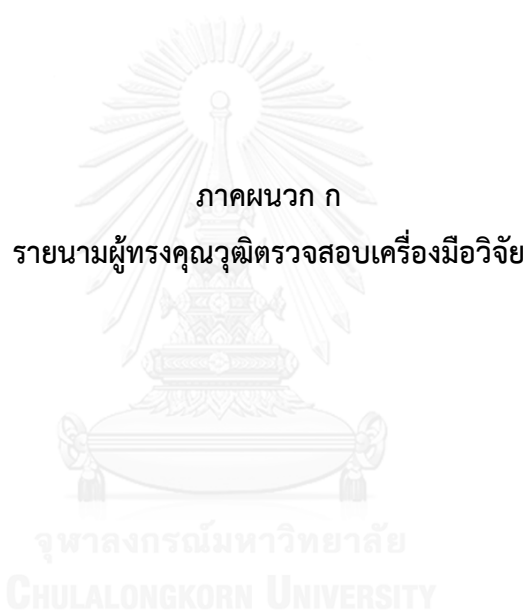
- Scilley, K., DeCarlo, D. K. and Owsley, C. (2004). Vision-specific health-related quality
Ophthalmic Epidemiol. 11(2): 131-46.
- Sengupta, S., Van Landingham S. W., Solomon S. D., Do D. V., Friedman D. S., and
Ramulu P. Y. (2014). Driving habits in older patients with central vision loss.
American Academy of ophthalmology. 121 (3): 727-732.
- Sharma, S., & Oliver. F. A. (2004). Age related macular degeneration and quality of
life: how to interpret a research paper in health related quality of life. *Curr
Opin Ophthalmol.* 15(3): 227-231.
- Siaudvytyte, L., Mitkute, D. & Balciuniene, J. (2012). Quality of Life in patients with
age-related macular degeneration. *Medicina Kaunas.* 48(2): 109-111.
- Silverstone, B., et al. 2000. *The lighthouse handbook on vision impairment and vision
rehabilitation.* New York: Lighthouse international.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C. & Lushene, R. E. (1976). *Manual for the state -trait
anxiety inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sprangers, M. A. , & Schwartz, C. E. (1999). response shift into health-related quality
of Life research: a theoretical model. *Soc Sci Med,* 48(11): 1507-1515.
- Sriprasong, S. (2000). *A study of the level of activity during the frist six weeks after
discharge of patient with myocardial infaction.* Master's Thesis. Adult nursing,
Faculty of graduated studies, Mahidol university.
- Stein, J.D., Brown, M. M., Brown. G. C., Hollands, H. & Sharma. S. (2003). Quality of Life
in with macular degeneration: perception of patients, clinicians, and
community member. *Br J Ophthamol.* 87: 8-12.
- Thoits, P. A. (1986). Conceptual methodological and theoretical problem in studying
social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social
Behavior.* 23(2): 145- 159.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research.* New York: Gardner.
- Tobin, D. L., et al. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A.
Holroyd & T. L. Creer (Eds.). *Self-management of chronic disease: Handbook
of Clinical Intervention and Research.* New York: Academic Press,Inc.
- Todd R., et al. (2005). Quality of life in age-related macular degeneration: Effect of
AMD on general health and daily life. *Medscape Ophthalmology.* 6(2): 2-4

- Toobert, D. J. & Glasgow, R. E. (2001). Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. In C. Bradley (Ed.). *Handbook of psychology and diabetes*. Australia: Harwood Academic Publishers.
- Volicer, B. J. and Bohannon, M. W. (1975). A hospital stress rating scale. *Nursing Research*. 25: 352-359.
- Ware, J. E., Jr. (1995). The status of health assessment 1994. *Annu Rev Pubic Health*, 16, 327-354. doi: 10.1146/annurev.pu.16.050195.001551.
- Weiss, R. (1974). *The provision of social relationships*. In Doing Undo Others. Edited by Zick Rubin. Englewood Clifts: Prentice Hall.
- Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. The psychosocial impact of macular. *Arch Ophthamol*. 116(4): 514-520.
- 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.
- Wong, W. L. et al. (2014). Global prevalence age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2: e106-16.
- World Health Organization. (2554). *Prevalence of blindness*. [Online]. Available from: <http://www.rakduangta.org/> [2557, August 9]
- Wu, S. Y. et al. (2008). Impact of glaucoma, lens opacities, and cataract surgery on visual functioning and related quality of life: The Barbados eye studies. *Invest Ophthalmol. Vis Sci*. 49: 1333-1338.
- Zhang, et al. (2013). Association between depress and functional vision loss in person 20 year of age or older in the United states, NHANES 2005-2008. *Jama Ophthalmol*. 131(5): 573-581.
- Zung, W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12: 371-379.
- Anatomy of the eye. [Online]. Available: <http://www.childscorner.org>.
- Wet & Dry AMD. [Online]. Available: <http://www.medicaling.com>.
- Amsler grid. [Online]. Available: <http://www.oakleafmedical.com>.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อเรื่องงาน วิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

เสนอโดย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม รหัสประจำตัว 5677151836

นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

ทำหนังสือถึง	ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	รศ. สุจินดา ริมศรีทอง	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี
รองศาสตราจารย์ ดร. วิไลวรรณ ทองเจริญ	รองศาสตราจารย์ ดร. วิไลวรรณ ทองเจริญ	นักวิชาการอาวุโส
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ ขิง)	แพทย์หญิง สุดาวดี สมบูรณ์ธ กิจ	จักษุแพทย์ชำนาญการ ประจำ หน่วยจอตา โรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ ขิง)	นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล	พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โพธาราม	ดร. ธนวรรณ สีนประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลโพธาราม

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/ 1๒๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

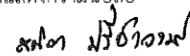
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจินดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149
ชื่อนิสิต	นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม โทร. 08-9911-7222

ที่ ศร 0512.11/ 1610

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

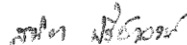
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วิไลวรรณ ทองเจริญ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149
นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม โทร. 08-9911-7222

ที่ ศร 0512.11/1601

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

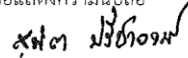
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. แพทย์หญิง สุดาวดี สมบูรณ์ธนกิจ จักุแพทย์ชำนาญการ
2. นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง สุดาวดี สมบูรณ์ธนกิจ และนางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149

ชื่อ นิสิต

นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม โทร. 08-9911-7222

ที่ ศธ 0512.11/1601

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

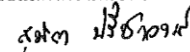
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ชนวรรณ สิ้นประเสริฐ พยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงศ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. ชนวรรณ สิ้นประเสริฐ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม โทร. 08-9911-7222



ที่ ศธ 0512.11/๙๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ จำนวน 129 คน โดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

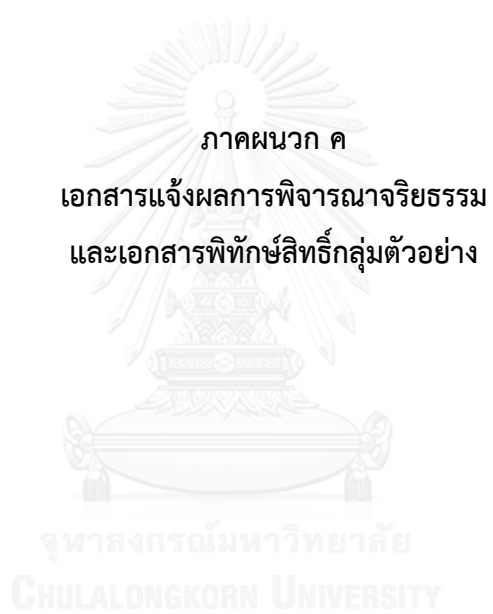
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1149
ข้อนี้	นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม โทร. 08-9911-7222



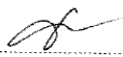


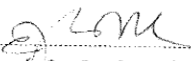
เอกสารเลขที่ 1/2559

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

- โครงการวิจัย : บัญญัติสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
Selected Factors Related to Health Related Quality of Life in Older Persons with Age-related Macular Degeneration
- ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
- เอกสารที่พิจารณา : 1. โครงร่างการวิจัย version 1.1 วันที่ 8 ม.ค. 2559
2. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร version 1.1 วันที่ 8 ม.ค. 2559
3. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ version 1.1 วันที่ 8 ม.ค. 2559
4. แบบบันทึกข้อมูลอาสาสมัคร version 1.1 วันที่ 8 ม.ค. 2559

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้พิจารณาโครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทยและเอกสารอื่นตามข้างต้นแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


..... รองประธานคณะกรรมการ
(แพทย์หญิงสายจินต์ อีสี่ประเสริฐ)


..... กรรมการและเลขานุการ
(แพทย์หญิงสุณิสา สิ้นธวงค์)

รับรองตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 23 มกราคม 2560



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง (ก. ๑๑๓ / ๒๕๕๘)

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PERSONS WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตสาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 December 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 December 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 December 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๘ ธันวาคม ๒๕๕๘
วันที่หมดอายุ	๗ ธันวาคม ๒๕๕๙

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง.....*พินิต รัตนสุมาวงศ์*
(พินิต รัตนสุมาวงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....*อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์*
(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัยปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผู้สูงอายุเลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ** มากจากผู้วิจัย ชื่อนางสาวกนกอร พูนเปี่ยม ที่อยู่ 198/15 โมดิ วิลล่า บางบัวทอง ซอย 1 หมู่ 13 ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110 ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ” และความเสี่ยง/อันตราย ประโยชน์ซึ่งเกิดจากการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดย **สมัครใจ** และข้าพเจ้ามี **สิทธิ** ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรับบริการและการรักษาใดๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็น **ความลับ** และจะเปิดเผยข้อมูลสรุปผลการวิจัย ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยข้าพเจ้าได้ลงรายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 198/15 โมดิ วิลล่า บางบัวทอง ซอย 1 หมู่ 13 ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110
Tel. 089-9117222 E-mail: kanokorn.p.cu@gmail.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป
 - 4.3 ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ทั้งชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจักษุในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - 1) เป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่ไม่จำกัดโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมัน
 - 2) สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
 - 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
 - 3) ไม่ป่วยเป็นโรคจิตหรือประสาท
 - 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
 - 4.4 ผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยโดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม
- 5 ชุด คือ) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 5) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4.5 จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ 120 คน
- 4.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมวิจัยและไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

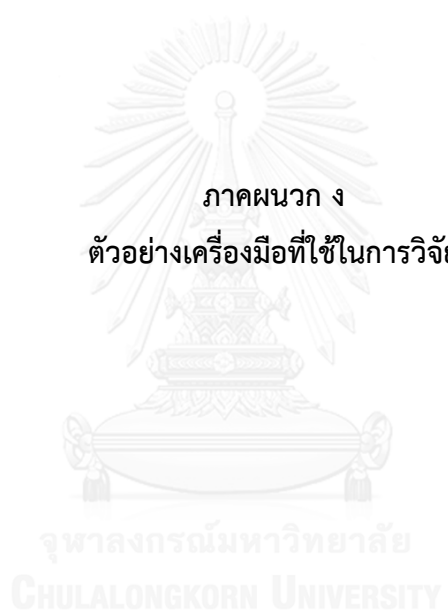
4.7 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการให้การพยาบาลในสถานสงเคราะห์

4.8 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลทั้งหมดนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

4.9 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวกนกอร พูนเปี่ยม ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-9117222

4.10 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว





ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

คำชี้แจงข้อคำถามต่อไปนี้จะบรรยายเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิดที่ท่านพักอาศัยร่วมกัน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยเลือกเพียงข้อเดียว คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด กรุณาตอบทุกข้อ

ไม่ได้รับ หมายถึง ให้ 1 คะแนน ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

น้อย หมายถึง ให้ 2 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ให้ 3 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ให้ 4 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

ข้อความ	ไม่ได้รับ	น้อย	ปานกลาง	มาก
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. มีผู้ให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

14. มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน				
--	--	--	--	--

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามท่านเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กรุณาใส่

เครื่องหมาย ✓ ลงในหมายเลขที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้

ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

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

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่ เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้

2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

แปลผล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้น

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

คำชี้แจง แบบสอบถามอาการซึมเศร้า มี 30 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำประจำ
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร
4. คุณหวังว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในวันหน้า
5. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้
	.	.
	.	.
	.	.
	.	.
	.	.
	.	.
30. คุณมีจิตใจ สบาย แจ่มใสเหมือนก่อน

การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 13-18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง คะแนน 19-24 คะแนน

ผู้มีความเศร้ารุนแรง คะแนน 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม

คำชี้แจง

ดิฉัน จะอ่านคำถามเกี่ยวกับปัญหาสายตาหรือความรู้สึกที่คุณมีต่อสายตาคุณ โดยแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้คุณเลือก ขอให้คุณเลือก คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงสำหรับคุณมากที่สุด ปกติคุณสวมแว่นหรือคอนแทคเลนส์หรือไม่ (คำอธิบายสำหรับผู้สัมภาษณ์ ถ้าผู้ตอบตอบว่า ใช่ ให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้ตอบตอบคำถามทุกข้อให้เหมือนกับว่าสวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่ ถ้าผู้ตอบตอบว่า ไม่ ให้ผู้สัมภาษณ์กล่าวคำชี้แจงต่อ)

คุณสามารถใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละข้อ นานเท่าที่คุณต้องการ คำตอบทั้งหมดของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อให้เราทราบปัญหาเรื่องสายตาและผลกระทบของปัญหาดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตของคุณ คุณควรตอบคำถามให้ตรงกับตัวคุณมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (คำอธิบายสำหรับผู้สัมภาษณ์ กรณีผู้ตอบสวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ ให้ผู้สัมภาษณ์ย้ำว่า ให้ผู้ตอบตอบคำถามต่อไปนี้ให้เหมือนกับว่า กำลังสวมแว่นตาหรือคอนแทคเลนส์อยู่)

Visual Functioning Questionnaire – 28 Thai

ตอนที่ 1 สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา

1. โดยทั่วไปคุณจะทำอย่างไรโดยทั่วไปของคุณเป็นอย่างไร

(อ่านตัวเลือก)

(วงกลมหนึ่งตัวเลือก)

ดีที่สุด.....1

ดีมาก.....2

ดี.....3

พอใช้.....4

ไม่ดี.....5

2. ในขณะนี้ คุณจะบอกว่าสายตาทั้งสองข้างของคุณ (ขณะที่ใส่แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ถ้าคุณใส่มัน) เป็นอย่างไร ดีที่สุด ดี พอใช้ ไม่ดี หรือแย่มาก

(อ่านตัวเลือก)

(วงกลมหนึ่งตัวเลือก)

ดีที่สุด.....1

ดี.....2

พอใช้.....3

ไม่ดี.....4

แย่มาก.....5

3. คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสายตาคุณบ่อยแค่ไหน

(อ่านตัวเลือก)

(วงกลมหนึ่งตัวเลือก)

ไม่เคยเลย.....1

นานๆ ครั้ง.....2

บางครั้ง.....3

บ่อยๆ.....4

ตลอดเวลา.....5

4. คุณรู้สึกปวด หรือไม่สบายตาหรือรอบๆ ดวงตา (เช่น ปวดแสบปวดร้อน คันตา หรือปวดตา) มากน้อยแค่ไหน คุณจะบอกว่า:

(อ่านตัวเลือก)

(วงกลมหนึ่งตัวเลือก)

ไม่เลย.....1

เล็กน้อย.....2

ปานกลาง.....3

รุนแรง.....4

รุนแรงมาก.....5

(อ่านตัวเลือก พร้อมแสดงป้ายคำตอบ)	เป็น จริง ที่สุด	ส่วน ใหญ่ จริง	ส่วน ใหญ่ไม่ จริง	ไม่จริง เลย	ไม่แน่ใจ
22. <u>ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่มั้ย</u> ไม่ค่อยได้ออกไป ไหนเนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน	1	2	3	4	5
23. <u>ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง</u> เนื่องจากปัญหา สายตาของฉัน	1	2	3	4	5
24. ปัญหาสายตาของฉัน ทำให้ฉันสามารถทำ กิจกรรมที่ต้องการได้น้อยลง	1	2	3	4	5
25. เวลาจะทำอะไร <u>ฉันต้องการความ</u> <u>ช่วยเหลือจากคนอื่นมาก</u> เนื่องจากปัญหา สายตาของฉัน	1	2	3	4	5
26. <u>ฉันรู้สึกกังวลว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตัวเองหรือ</u> <u>คนอื่นอับอายขายหน้า</u> เนื่องจากปัญหาสายตา ของฉัน	1	2	3	4	5

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม



ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม จำแนกรายข้อ (n=120)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	พอใช้	ไม่ตี
	1	2	3	4	5
1 โดยทั่วไปคุณจะบอกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของคุณเป็นอย่างไร		1 (0.8)	28 (23.3)	57 (47.5)	34 (28.3)
2 ในขณะนี้ คุณจะบอกว่าสายตาทั้งสองข้างของคุณ เป็นอย่างไร ดีที่สุด ดี พอใช้ ไม่ดี หรือแย่มาก		3 (2.5)	33 (27.5)	53 (44.2)	31 (25.8)
3 คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสายตาคุณบ่อยแค่ไหน		4 (3.3)	39 (32.5)	68 (56.7)	9 (7.5)
4 คุณรู้สึกปวด หรือไม่สบายตาหรือรอบๆดวงตา มากน้อยแค่ไหน	1 (0.8)	38 (31.7)	74 (61.7)	7 (5.8)	
5 คุณมีความลำบากแค่ไหนในการอ่านรายละเอียดในหนังสือ	1 (0.8)	4 (3.3)	29 (24.2)	41 (34.2)	45 (37.5)
6 คุณมีความลำบากแค่ไหน ในการทำงานหรืองานอดิเรกที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ๆ		2 (1.7)	22 (18.3)	31 (25.8)	65 (54.2)
7 สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากแค่ไหนในการค้นหาสิ่งของบนชั้นที่มีของต่างๆวางปะปนกันเต็มไปหมด		2 (1.7)	44 (36.7)	53 (44.2)	21 (17.5)
8 คุณมีความลำบากแค่ไหนในการอ่านป้ายสัญญาณตามถนนหรือชื่อร้านค้า		4 (3.3)	36 (30.0)	74 (61.7)	6 (5.0)
9 สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากแค่ไหนในการก้าวลงบันได หรือขอบทาง ในบริเวณที่มีแสงไฟสลัวๆ หรือในเวลาากลางคืน		3 (2.5)	14 (11.7)	64 (53.3)	39 (32.5)
10 สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากแค่ไหนในการเดินโดยไม่ชนหรือสะดุดสิ่งของที่อยู่ตรงกลาง		19 (15.8)	67 (55.8)	29 (24.2)	5 (4.2)
11 สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากในการข้ามถนนมากน้อยแค่ไหน		5 (4.2)	27 (22.5)	49 (40.8)	39 (32.5)
12 สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากในการมองเห็นการตอบสนอง	1 (0.8)	15 (12.5)	74 (61.7)	28 (23.3)	2 (1.7)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	พอใช้	ไม่ดี	
	1	2	3	4	5	
13	สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากในการเลือกสีเสื้อผ้าให้เข้ากันมากนักน้อยแค่ไหน	2 (1.7)	14 (11.7)	62 (51.7)	30 (25.0)	12 (10.0)
14	สายตาของคุณทำให้คุณมีความลำบากแค่ไหน ในการไปเยี่ยมเยียนคนอื่นที่บ้าน ที่งานเลี้ยง หรือในร้านอาหาร	2 (1.7)	21 (17.5)	44 (36.7)	35 (29.2)	18 (15.0)
15	สายตาของคุณ ทำให้คุณมีความลำบากแค่ไหน ในการออกไปดูหนัง ดูการแสดง หรือดูงานรื่นเริงต่างๆ	1 (0.8)	11 (9.2)	29 (24.2)	20 (16.7)	59 (49.2)
16	สายตาของคุณ ทำให้คุณมีความลำบากในการดูและสนุกสนานไปกับรายการทีวี มากน้อยแค่ไหน		12 (10.0)	33 (27.5)	38 (31.7)	37 (30.8)
17	สายตาของคุณ ทำให้มีความลำบากในการบอกหน้าคนที่รู้จัก ตอนที่เขาอยู่ในระยะไกล มากน้อยแค่ไหน		11 (9.2)	60 (50.0)	49.0 (40.8)	
18	ตอนนี้ ดิฉัน จะถามคุณเกี่ยวกับการขับรถ ปัจจุบันนี้คุณขับรถอยู่หรือไม่	21 (17.5)	99 (82.5)			
19	มีความลำบากแค่ไหนในการขับรถตอนกลางคืน			7 (5.8)	13 (10.8)	1 (0.8)
20	สายตาของคุณ ทำให้คุณทำงานได้ไม่มากอย่างที่คุณอยากทำ แค่นั้น	34 (28.3)	55 (45.8)	26 (21.7)	5 (4.2)	
21	อาการเจ็บปวด หรือไม่สบายในตา หรือรอบๆดวงตาของคุณ	2 (1.7)	34 (28.3)	70 (58.3)	14 (11.7)	
22	ฉันอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกไปไหน เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน	32 (26.7)	53 (44.2)	20 (16.7)	15 (12.5)	
23	ฉันรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้ง เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน	16 (13.3)	61 (50.8)	28 (23.3)	15 (12.5)	
24	ปัญหาสายตาของฉัน ทำให้ฉันสามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้น้อยลง	31 (25.8)	67 (55.8)	16 (13.3)	6 (5.0)	
25	เวลาจะทำอะไร ฉันต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่นมาก เนื่องจากปัญหาสายตา	18 (15.0)	51 (42.5)	37 (30.8)	14 (11.7)	
26	ฉันรู้สึกกังวลว่าจะทำสิ่งที่ทำให้ตัวเองหรือคนอื่นอัปอายขายหน้า เนื่องจากปัญหาสายตาของฉัน	15 (12.5)	46 (38.3)	38 (31.7)	21 (17.5)	

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาตามรายข้อ ข้อที่ 1 ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป พบว่า ข้อ 1 สุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.8 ข้อ 2 – 4 ประเมินสุขภาพดวงตา พบว่า ข้อ 4 ตอบปวดตาไม่สุขสบายตา อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.7 ข้อที่ 5 – 19 ประเมินเกี่ยวกับความลำบากในการทำกิจกรรม พบว่า ข้อ 18 ถ้ามเกี่ยวกับการขับรถ ผู้สูงอายุเลิกขับรถจากปัญหาสายตาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 82.5 ข้อที่ 21 – 26 ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบจากปัญหาสายตา พบว่า ข้อที่ 24 ปัญหาสายตาทำให้สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้น้อยลงตอบอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.8

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120)

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มาก	43-56	63	52.5
ปานกลาง	29-42	54	45.0
น้อย	14-28	3	2.5
Mean = 41.86 S.D.= 6.76 Min = 28 Max= 55			

จากตารางที่ 9 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.0

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n=120)

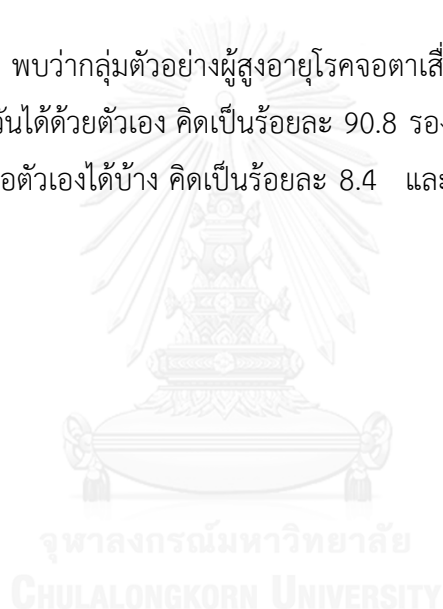
ภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	0-12	99	82.5
เล็กน้อย	13-18	17	14.2
ปานกลาง	19-24	4	3.3
Mean = 8.41 S.D.= 4.70 Min = 1 Max= 22			

จากตารางที่ 10 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ ระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.2

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม(n=120)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	≥12	109	90.8
ช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วน	5-11	10	8.4
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	0-4	1	0.8
Mean =17.38 S.D.=3.73 Min = 1 Max= 20			

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 90.8 รองลงมามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.4 และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 0.8



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกนกอร พูนเปี่ยม เกิดเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ. ศ. 2521 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เมื่อปี พ. ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานพยาบาลประจำการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอกจักษุและงานวิชาการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและปีการศึกษา 2556 เข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

