

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

Factors Related To Health Related Quality Of Life In Older Persons With Age-Related Macular Degeneration

กนกอร พูนเปี่ยม* ศิริพันธ์ สาสัตย์

Kanokorn Poonpiam* Siriphan Sasat

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการมองเห็น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามอาการซึมเศร้าและแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่า CVI = 0.96 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่า CVI = 1.00 ตรวจสอบความสอดคล้องภายในโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .981 .912 .840 และ .902 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) Eta และ Spearman's rho โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โรคจอตาเสื่อม

Abstract

This descriptive correlational research was aimed to study the health-related quality of life in older persons with age-related macular degeneration and to study the relationships between 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 Mettapracharak (Watraikhing) 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. Cronbach's alpha coefficient 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 Eta and Spearman's rho Correlation Coefficient.

Keywords : Older person, Health Related Quality of Life, Age-related macular

บทนำ

โรคจอตาเสื่อมจากอายุ (Age-related macular degeneration: AMD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมในส่วนกลางของจอตา ซึ่งเกิดเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุ ยิ่งในปัจจุบันมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงพบว่าโรคนี้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขมากขึ้นเรื่อย ๆ และจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคจอตาเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของภาวะตาบอดในประชากรทั่วโลก ความชุกของโรคจอตาเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบร้อยละ 8 ของคนอายุ 50 ปีขึ้นไปและเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35 ของคนอายุ 75 ปีขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคจอตาเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจาก ร้อยละ 4.8 ในผู้ที่มีอายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 ในผู้ที่มีอายุ 80 ปี¹ สำหรับในประเทศไทย พบว่าโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทุกปีจะมีผู้สูงอายุเกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาการมองเห็นจากโรคจอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลารวดเร็วจนถึงขั้นตาบอดได้² ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่สามารถรักษาให้หายได้ ทำได้แต่เพียงหยุดหรือชะลอการเสื่อมของจอตาให้ช้าที่สุดเพราะจอตาที่เสื่อมเสียไปแล้วจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจรักษาไม่ได้เลยทำให้ตาบอดได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจากการสูญเสียการมองเห็น แบ่งเป็น 1) ด้านร่างกาย พบว่าโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อระดับการมองเห็น มีความยากลำบากในการอ่านหนังสือ หรือทำงานละเอียดและต้องใช้แสงมาก³ 2) ด้านจิตใจ พบว่าโรคจอตาเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด รำคาญใจ⁴ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อการใช้

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสถานะทางการเงิน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประเทศที่ต้องนำมาใช้ในการรักษาและฟื้นฟูแบบประคับประคอง⁵ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดการกับอาคารสถานที่ การมองเห็นที่แย่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม⁶ สำหรับผู้ที่บกพร่องทางการมองเห็น ในด้านการพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น เป้าหมายของการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น คือ การลดผลกระทบจากการเกิดโรคต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม⁷

ตามแนวคิดของ⁸ จะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากโรคและการรักษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ หรือ HRQOL ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ เพื่อน ครอบครัว ถิ่นที่พำนักอาศัยและบุคคลากรทางการแพทย์ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา คือ การทำหน้าที่ทางกาย อากาศ การรับรู้สุขภาพโดยรวม 4) ปัจจัยด้านอาการ คือ ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล 5) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ คือ การทำหน้าที่ทางกาย จิตใจ สังคมและ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป คือ การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม เช่น การศึกษา⁹ พบว่าระดับการมองเห็น เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ¹⁰ พบว่าระดับการมองเห็น มีผลกระทบในการมองเห็นทั้งระยะใกล้-ไกล มีผลกระทบในการทำงานต้องพึ่งพาสังคม

มีผลกระทบต่อจิตใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษา⁶ พบว่า ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การศึกษา¹¹ พบว่า ระดับการมองเห็นที่ลดลง มีผลกระทบต่อด้านจิตใจเกิดความวิตกกังวล ภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา¹² พบว่า ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษา¹³ พบว่า การมองเห็นลดลงจากอายุที่มากขึ้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ พบว่า ระดับการมองเห็นในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในระยะเริ่มแรกมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีจอตาเสื่อมในระยะรุนแรง ดังนั้นระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจอตาเสื่อมในประเทศไทย จึงยังทำให้ขาดองค์ความรู้ในด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในประเทศไทย เพื่อนำ

ผลการวิจัยที่ได้ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำทางพยาบาลและการพัฒนาจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจอตาเสื่อมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

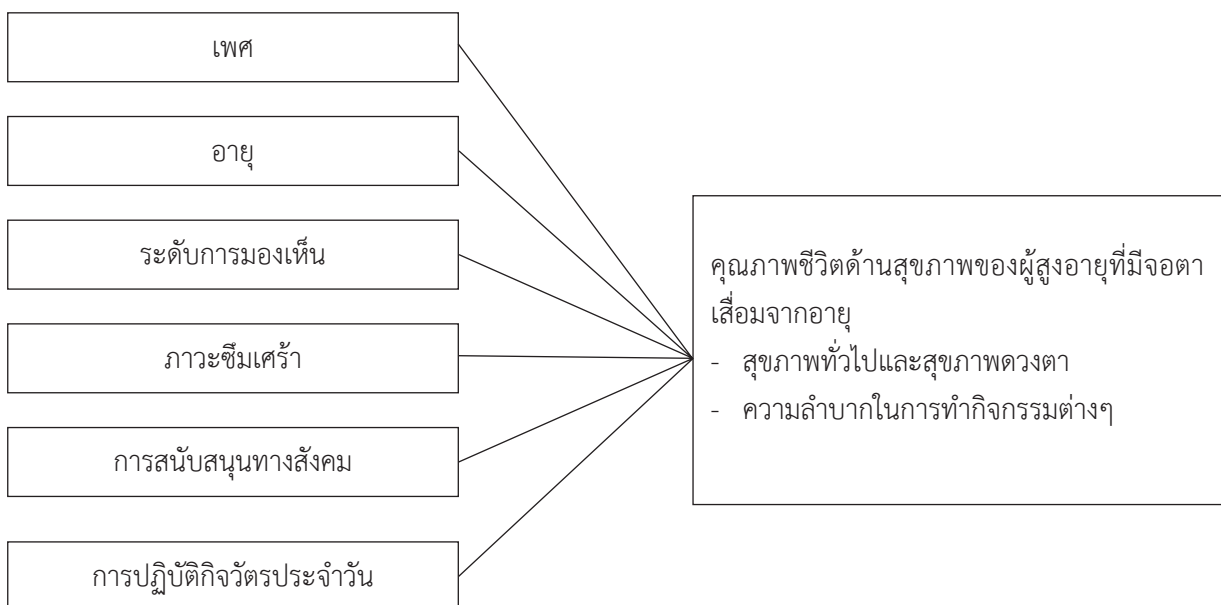
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

สมมติฐานการวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจอตาเสื่อม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจอตาเสื่อมจากอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และโรงพยาบาลตำรวจ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยไม่จำกัดวิธีการรักษาและระดับการมองเห็น (Visual acuity) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ¹⁵ คือ $n = 10k + 50$ (n คือ ขนาดตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปร) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ $10(7) + 50 = 120$ คน

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว.113/2558 วันที่รับรอง 8 ธันวาคม 2558 และจากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เลขที่หนังสือรับรอง 1/2559 วันที่รับรอง 24 มกราคม 2559 โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการวิจัยต่อไปจนเรียบร้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย ผู้ดูแล รายได้และระดับการมองเห็น เป็นต้น

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ มจรุส จันทรแสงสี ซึ่งสร้างขึ้น¹⁶ จำนวน 14 ข้อ

3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แปลจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ¹⁷ แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยจำนวน 30 ข้อ

4) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะได้แปลขึ้นและได้รับการทดสอบคุณค่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยจำนวน 10 ข้อ

5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก Thai Visual Function Questionnaire 28 (VFQ-28) ที่¹⁸ แปลมาจาก NEI-VFQ-25 จำนวน 26 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้น นำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ส่วนเครื่องมือ TGDS และ Barthel ADL Index ซึ่งเป็นเครื่องมือ

ที่มาตรฐานและได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของไทยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ส่งตรวจหาความตรงตามเนื้อหา

1.2 หลังจากผ่านการตรวจสอบพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ อีกทั้งยังตัดคำถามที่ซ้ำซ้อนออกไป ภายหลังจากการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมและถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งและนำเครื่องมือดังกล่าวมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ในครั้งนี้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 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 แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .981 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .912 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .840 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมเท่ากับ .902

การดำเนินการทดลอง

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

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.8 ได้รับความศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด 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 (ตารางที่ 1)

3. เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (ตารางที่ 2)

4. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.476$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.708$) (ตารางที่ 2)

5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.699$) และระดับการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n = 120)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม			
- สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา	35.70	15.51	ต่ำ
	38.82	13.66	ต่ำ
- ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ	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

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม (n = 120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์	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	p = 0.606	<0.001	สูง

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 35.70 SD = 15.51) สอดคล้องกับแนวคิดของ^๑ กล่าวว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายนั้น ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะเกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปลงทางสรีรวิทยา (Biological/

Physiological variables) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom status) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ (Functional status) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) สอดคล้องกับ¹⁹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านที่ต่ำที่สุดคือ ผลกระทบจากปัญหาสายตาเท่ากับ

32.95 สอดคล้องกับ²⁰ การบกพร่องด้านการมองเห็นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รองลงมาคือความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่ากับ 35.32 สอดคล้องกับศึกษาผลกระทบของโรคจอตาเสื่อม⁶ ที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียใบอนุญาตขับรถ ต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการมองเห็น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อม ซึ่งไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมจากอายุถึงแม้เพศจะเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล เพศชายถูกมองว่าเป็นเพศที่มีความเข้มแข็ง ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้ปกป้องภรรยาและบุตร มีหน้าที่หารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับความนับถือ ยกย่องจากสังคม ส่วนเพศหญิง สังคมให้เป็นแม่บ้าน เลี้ยงดูบุตร แต่เมื่อเกิดโรคจอตาเสื่อมจากอายุแล้วทั้งเพศชายและเพศหญิงก็ต้องเผชิญกับภาวะความสามารถในการมองเห็นลดลง ต้องหยอดยา และต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เหมือนๆ กัน ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการมองเห็นมากกว่าจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ⁷ ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรค

จอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.476$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนอง เพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ประสบการณ์ชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และการเผชิญปัญหาโดยความสามารถเหล่านี้จะลดลงตามอายุ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นสุขภาพร่างกายจะทรุดโทรมลง บุคคลจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้²¹ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น²² และสอดคล้องกับที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดโรคจอตาเสื่อม ทำให้บกพร่องการมองเห็นมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิต²³

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.708$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน สอดคล้องกับ²⁴ ศึกษาภาวะของการเจ็บป่วย ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการใช้ทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมบกพร่องด้านการมองเห็น มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีความต้องการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีจอตาเสื่อมและสอดคล้องกับ¹² ที่ศึกษาผลกระทบการบกพร่องด้านการมองเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม พบว่า

ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมในประเทศสเปนมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางคุณภาพชีวิต

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.225$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม ด้วยมนุษย์มีส่วนประกอบภายใน ได้แก่ ร่างกายและจิตใจ ในขณะที่สังคมหรือสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอก แต่มนุษย์และสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตลอดเวลา ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ ตลอดจนได้รับวัตถุดิบซึ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่าและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁵ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นลดลงในการดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ มักจะประสบปัญหาและอุปสรรคอย่างมาก ทำให้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้รอบข้าง หากขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและ

ช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและต้องการได้รับการยกย่อง²⁶ ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าปราศจากการตระหนักรู้และการช่วยเหลือที่มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ¹⁶ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จากความสำคัญดังกล่าวแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ²⁷ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่บกพร่องด้านการมองเห็น

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.699$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม มีความบกพร่องด้านการมองเห็นทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ²⁸ ที่ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของโรคจอตาเสื่อมต่อคุณภาพชีวิตความทุกข์ทางอารมณ์และระดับการทำงานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมทำให้เกิดตาบอด 1 ถึง 2 ข้าง มีความทุกข์ทางอารมณ์ มีคุณภาพชีวิตลดลง มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดและมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับ²⁹ ที่ศึกษาการขับรถกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมพบว่าการมองเห็นที่แย่ลงส่งผลให้มีความยากลำบากในการขับรถ ไม่สามารถขับในเวลากลางคืน ฝนตก การจราจรหนาแน่นบนทางด่วน หรือทางหลวง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต⁶ ศึกษาผล กระทบของโรคจอตาเสื่อม ที่ส่งผลกับสุขภาพทั่วไป

และการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อม ได้รับผลกระทบในการมีอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสีย ใบนุญาติขับรถและต้องพึ่งพาครอบครัว การมองเห็นที่แย่งลง ทำให้ไม่สามารถทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เสี่ยงต่อการเกิด ได้รับความเจ็บจากการหกล้ม การสูญเสียความเป็นอิสระดังกล่าว จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับ³⁰ ที่ศึกษา ประเมินการคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรค จอตาเสื่อม โรคจอตาเสื่อมมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิต พบว่า การมองเห็นที่แย่งลงจากโรคจอตาเสื่อมส่งผลกระทบต่อ สุขภาพจิตของผู้ป่วยและการพึ่งพา

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมองเห็นกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมองเห็นมีสัม พันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคจอตาเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.606$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ระดับการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อม สอดคล้องกับ³¹ พบว่า ระดับ การมองเห็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อเป็นโรค จอตาเสื่อมจะสูญเสียการมองเห็นหรือมีสายตาลีอนราง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมต่อผู้ป่วย โดยเสมือนภาวะเป็นคนพิการ สูญเสีย ความสามารถในทุกด้าน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย อีกทั้งวัดระดับการมองเห็น ดังกล่าวย่อมก่อให้เกิด ปัญหาทางด้านการใช้สายตาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และ ระยะไกล เช่น การเดินทาง การทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการดูแลสุขอนามัย ส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว การเดินทางเคลื่อนที่ ไปยังที่ต่างๆ ภายในที่พักอาศัยหรือนอกที่ที่พักอาศัยทำให้เกิด ความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิด ความวิตกกังวล เป็นภาระกับญาติ จะเห็นได้ว่าระดับ การมองเห็น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้ คือ

1. จากผลการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคจอตาเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรส่งเสริมด้านการสนับสนุน ทางสังคม โดยพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือ บุคคลใกล้ชิดได้มีบทบาทให้การช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี ในครอบครัว โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย พาไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา พาท่องเที่ยว เป็นต้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการรักษาของตนเอง คอยให้กำลังใจและให้ความรักความเอาใจใส่ คอยพูดคุยเปิด โอกาสให้แสดงความคิดเห็นส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่า ป้องกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเกิดความว่าเหว่ เปิดโอกาสกระตุ้น ให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่สามารถทำได้ ช่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม

2. ควรมีการพัฒนาสร้างโปรแกรมให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมในรายที่มีปัญหาด้าน การมองเห็นให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Owen, C. G., Jarrar, Z., Wormald, R., Cook, D. G., Flether, A. E., and Rudnicka, A. R. The estimated prevalence and incidence of late stage and related macular degeneration in the UK. *Br J Ophthalmol.* 2012; 96(5): 752-756.
2. Isipradit, S., Sirimaharaj, M., Charukamnoetkanok, P., Thonginnetra, O., Wongsawad, W., et al. The first rapid assessment of a voidable blindness (RAAB) in Thailand. *Plos ONE.* 2014; 9(12): 1-12. (in thai)
3. Muir, K. W, Santiago-Turla C, Stinnett S. S. Health literacy and vision-related quality of life. *British Journal Ophthalmol.* 2008; 9(2): 779-782.

4. Ecosse, L. Lamoureux, M. S., Shyong Tai, E., Thumboo, J., Kawasaki, R., Saw, S. M., Mitchell, P., and Wong, T. Y. Impact of diabetic retinopathy on vision-specific function. *Journal Ophthalmology*. 2010; 117(4): 757-765.
5. Bonastre, J. Le Pen, C., Anderson, P., Ganz, A., Berto P, and Berdeaur, G., The epidemiology, economics and quality of burden of age-related macular degeneration in France, Germany, Italy and United Kingdom. *Eur J Health Econ*. 2002; 3(2):94-102.
6. Todd R. Quality of life in age-related macular degeneration: Effect of AMD on general health and daily life. *Medscape Ophthalmology*. 2005; 6(2): 2-4.
7. Chatreewarote, M. (2011). Factors related to quality of life in patients with diabetic retinopathy. Master of Science.[Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai)
8. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of Life, A conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 1995; 273(1): 59-65.
9. Melissa, M. B, Brown M. M, Brown G. C, Sharma S, Landy J, Bakal J. Quality of life with visual acuity loss from diabetic retinopathy and age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 2002; 120: 481-484.
10. Scilley, K., DeCarlo, D. K. and Owsley, C. Vision-specific health-related quality Ophthalmic Epidemiol. 2004; 11(2): 131-46.
11. Sanjay, S., Sharma S, Oliver-Fernandez A, Liu W, Buchholz P, Walt J. The impact of diabetic retinopathy on health-related quality of life. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2005; 16: 155-159.
12. Ruiz-Moreno, J. M., Coco, R. M., Garcia-Arumi, J., Xu, X. & Zlateva, G. Burden of illness of bilateral neovascular age related macular degeneration in Spain. *Monte Carlo*. 2008; 24(7): 2103-2111.
13. Johan H. et al. Visual Impairment and quality of life in the older European population, the EUREYE study. *Acta Ophthalmol*. 2011; 89: 608-613.
14. Choudhury, F. et al. Age-related macular degeneration and quality of life in Latinos: The Los Angeles Latino eye study. *JAM Ophthalmol*. 2016; 28.
15. Thorndike, R. M. Correlation procedures for research. New York: Gardner. 1978.
16. House, J. S. Work stress and social support. Readings, Addison-Wesley. 1981.
17. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Terence, L. R., Owen, L., Virginia, H., and Michael, A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1986; 17(1):37-49.
18. Chaisong, C., Pratipawanich, J. N., and Ausawapuree, S. Health related quality of life. Evaluation and Implementation. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2552. (in thai).
19. Kindige, D. A., Booske, B. C., & Remington, P. L. Mobilizing action toward community health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis*. 2010; 7(4): A68.
20. Dev, M. K., Paudel, N., Joshi, N. D., Shah, D. N. & Subba S. Psycho-social impact of visual impairment on health-related quality of life among nursing home residents. *Health Services Research*. 2014; 14: 345-351.
21. Padilla, G. V. & Grant, M. M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advanced in Nursing Science*. 1985; 8: 45-60.

22. Wu, S. Y., Hennis, A., Nemesure, B., and Cristina Leske, M. Impact of glaucoma, lens opacities, and cataract surgery on visual functioning and related quality of life: The Barbados eye studies. *Invest Ophthalmol. Vis Sci.* 2008; 49: 1333-1338.
23. Eamonn, D., John, M. N., Jim, S., David, G., Janet, K., Stephen, B., et al. Diet and risk factors for age-related maculopathy. *Am J Clin Nutr.* 2008; 87: 12-722.
24. Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. 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.* 2007; 91: 1303-1307.
25. Konstam, V., Moser, D. K., & Jung, J. D. M. Depression and anxiety in heart failure: review article. *Journal of Cardiac Failure.* 2005; 11(6): 455-463.
26. Thoits, P. A. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1986; 23(2): 145-159.
27. Chong, W. W, Cecilia L. W. Chan, Andy H. Y. Ho., & Zhifan, X. Social networks and health-related quality of life among chinese older Adults with vision impairment. *J Aging Health.* 2008; 7: 804-823.
28. Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. The psychosocial impact of macular. *Arch Ophthalmol.* 1998; 116(4): 514-520.
29. Decarlo. et al. Driving habits and health related quality of life in patients with age related maculopathy. *Optometry & Vision Science.* 2003; 80(3): 207-213.
30. Siaudvytyte, L., Mitkute, D. & Balciuniene, J. Quality of Life in patients with age-related macular degeneration. *Medicina Kaunas.* 2012; 48(2): 109-111.
31. Mahesh., D., Nabin P., Niraj., D. J., Narayan S., Shishir S. Psycho-social impact of visual impairment on health-related quality of life among nursing home residents. *BMC Health Services Research.* 2014; 14:345.
32. Muksiritipanun B. & Monthaisong D. Factors Related to Quality of Life in Patients with Diabetic Retinopathy. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(2) : 395-404. (in Thai).