

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

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

ภารดี จันทรัตน์, พย.ม. (Paratee Chantararat, M.N.S.)^{1*},ทัศนาศู ชูวรรณะปกรณ Ph.D. (Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษากับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แบบแผนงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 136 คน คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .809, .829, .819, .836 และ .871 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : r_s) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point-Biserial Correlation : r_{pb})

ผลการวิจัยพบว่า : 1) ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 66.54$, $SD = 20.80$) 2) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .215, .288, .217, .171$ ตามลำดับ) 4) ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.330$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.612$) สรุปได้ว่า : ผู้สูงอายุโรคต้อหินควรได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นได้ด้วยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดีขึ้น พยาบาลต้องสามารถประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุและการพยาบาลได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคต้อหิน, คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น, โรคต้อหิน

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: parateech.14@gmail.com

²อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: tassana.c@chula.ac.th

Abstract

This correlational-descriptive study aimed to examine visual-related quality of life in older persons with glaucoma, and to investigate the relationships between age, education level, level of glaucoma severity, depression, activity of daily living, social support, and medication compliance of older persons with glaucoma. One hundred and thirty-six out patients were randomly selected from 2 super-tertiary hospitals including Rajavithi hospital, and Ramathibodi hospital. Research instruments included demographic information, Thai visual function questionnaires, social support questionnaires, ADL index questionnaires, Thai geriatric depression scale, and medication compliance questionnaires. All questionnaires were validated for content validity by 5 experts. Their Chronbach's alpha coefficients were .809, .829, .819, .836 and .871, respectively. Descriptive statistics, Spearman's correlation coefficient, and Point-Biserial Correlation were used to analyze data. Older persons with glaucoma reported visual-related quality of life score at a moderate level ($\bar{X} = 66.54$, $SD=20.80$). Education level, activity of daily living, social support, and medication compliance were positively significantly related to visual-related quality of life among older persons with glaucoma ($r = .215, .288, .217, .171$, respectively; $p<.05$). Level of glaucoma severity was negatively significantly related to visual-related quality of life ($r=-.330$, $p<.05$). Depression was negatively significantly related to visual-related quality of life ($r=-.612$, $p<.05$). A variable not related to visual-related quality of life was age. Visual-related quality of life among older persons with glaucoma should be enhanced. Nursing activities to promote quality of life of patients should be implemented. Nurses need to be able to assess factors related to quality of life of patients to find causes and proper nursing care.

Keywords: older persons with glaucoma, visual-related quality of life, glaucoma

บทนำ

ต้อหินเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุทำให้ตาบอด จากสถิติในปี ค.ศ. 2014 ของ American Academy of Ophthalmology พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินทั่วโลก 64.3 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-80 ปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 76 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Tham, Li, Wong, Quigley, Aung, & Cheng, 2014) สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคต้อหินในผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 3 อันดับของโรคตาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Isipradit et al., 2014) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินทั้งหมด 2,865,087 คน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.4

ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (Detprapon & Thongyos, 2011) จากสถิติทั้งในและต่างประเทศที่พบจำนวนผู้สูงอายุเป็นโรคต้อหินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก ที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ โรคต้อหินทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตา (Optic neuropathy) โดยมีสาเหตุมาจากอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น (Visual acuity) และลานสายตา (Visual field) ที่แคบลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย พบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาอาศัย

ผู้สูงอายุมากขึ้น (Karpa, Mitchell, Beath, Rochtchina, Cumming, & Wang, 2009) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ด้านจิตใจจะเกิดความทุกข์ทรมาน รำคาญใจจากอาการปวดตาและเกิดภาวะซึมเศร้า (Renaud & Bédard, 2013) ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ต้องใช้งบประมาณสูงในการรักษา เนื่องจากต้องใช้จ่ายหยอดตาไปตลอดชีวิตและด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าแยกตัวออกจากสังคม ศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ลดลง จึงนำมาซึ่งความท้อแท้กับการมีชีวิตอยู่ (Dunsirichai & Grisanaputi, 2013) ผลกระทบแต่ละด้านดังกล่าวจึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และสังคมของผู้สูงอายุลดลง (Leenarach, 2008) ฉะนั้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดังกล่าว ซึ่งยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อหินในประเทศไทย จึงยังทำให้ขาดองค์ความรู้ในด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุโรคต้อหินในประเทศไทย เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการพยาบาลและการจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
2. ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรและความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง เข้ารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกต้อหินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 2 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) โดยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกต้อหินด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) หลังจากนั้น กำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) แล้วสุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดโดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมา 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987) คือ $n = 10k + 50$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ 130 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยใช้สูตรเพื่อการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Chirawatkul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 136 คน โดยกำหนดคุณสมบัติคัดเลือกเข้าศึกษาคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ทั้ง 2 ตา หรือตาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีโรคร่วมทางตา ไม่มีประวัติของโรคจิตและโรคประสาท มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว แบบสอบถามความสามารถในการมองเห็น และระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน ซึ่งวัดได้จากการตรวจเครื่องมือพิเศษ Visual field แบ่งออกเป็น 5 ระดับตาม Glaucoma Grading Scale (Hodapp-Parrish-Anderson) คือ Stage 1: Early Defect, Stage 2 : Moderate Defect, Stage 3 : Advanced Defect,

Stage 4 : Severe Defect และ Stage 5 : End-Stage Defect

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Thai Visual Function Questionnaire 28 VFQ-28 ของ Chaiyasong, Pratheepawanit Johns, & Asawaphureekorn (2009). ซึ่งแปลมาจากแบบวัด The 25 item Nation Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ-25) มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนน 0-25 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำมาก 26-50 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นต่ำ 51-75 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นปานกลาง 76-100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Junsangsri (1997) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 14 ข้อ การแปลผลคะแนน 43-56 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 29-42 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 14-28 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ Jitapankul (1999) ที่แปลขึ้นและได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .79 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การแปลผลคะแนน มี 4 ระดับ คือ 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง และ 9-11 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric depression scale: TGDS) แปลจากแบบประเมิน Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1983). แปลเป็นภาษาไทยโดย Pongvarin (1994) ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ

0.93 มีจำนวน 30 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0-12 คะแนน หมายถึง ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ใช้แบบประเมินของ Rodpaewpan (2009) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Tsai (2003) ข้อคำถามมีทั้งหมด 16 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบมี 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 13, 15, และ 16 การแปลผลคะแนน 16-37 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ 38-59 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง 60-80 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากแบบประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน จึงไม่ได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94, 1.00 และ 0.82 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .809, .829, .819, .836 และ .871 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2560 โครงการวิจัยเลขที่ 60083 และโรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2560 โครงการวิจัยเลขที่ 2560/430 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ของการวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยลงนามในหนังสือเจตนายินยอม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความ

ลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : r_s) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point-Biserial Correlation : r_{pb})

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.1 มีอายุเฉลี่ย 69.34 ปี (SD = 7.83) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.5 ซึ่งเป็นช่วงของผู้สูงอายุตอนต้น อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุดคือ 92 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.5 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.0 และส่วนใหญ่

มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) ในการรักษาโรคต้อหินเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.4 กลุ่มตัวอย่าง มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน โดยมีรายได้จากบุตรหลานให้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.2 รองลงมาคือ จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.1 และจากการทำนอกร้อยละ 27.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคต้อหินทั้ง 2 ตาร้อยละ 53.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นของตาขาวใกล้เคียงปกติ (20/30-20/60) คิดเป็นร้อยละ 51.5 เช่นเดียวกับตาซ้ายมีระดับการมองเห็นใกล้เคียงปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.9 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินเฉลี่ย 3-12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีระดับความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับน้อย (Early defect) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการหยอดตา คิดเป็นร้อยละ 97.8 และใช้ยาหยอดตารักษาโรคต้อหินเพียง 1 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.9

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 66.54, SD = 20.80) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นรายด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา ด้านความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ และด้านผลกระทบจากปัญหาสายตาอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ($\bar{X}$ = 52.62, 70.60 และ 66.60 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายด้าน (n=136)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับคุณภาพชีวิต
- สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา	52.62	17.87	12.50	87.50	ปานกลาง
- ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ	70.60	19.99	25	100	ปานกลาง
- ผลกระทบจากปัญหาสายตา	66.60	33.41	0	100	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวม	66.54	20.80	19.79	97.92	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ปัจจัย	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม				46.54	8.80	มาก
มาก	43-56	94	69			
ปานกลาง	29-42	36	26.5			
น้อย	14-28	6	4.4			
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	12-20	136	100.0	19.08	1.76	ไม่มีภาวะพึ่งพา
ภาวะซึมเศร้า				7.20	5.98	ไม่มี
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-12	111	81.6			
ซึมเศร้าเล็กน้อย	13-18	15	10			
ซึมเศร้าปานกลาง	19-24	10	7.4			
ความร่วมมือในการรักษา				70.88	6.84	สูง
ปานกลาง	38-59	8	5.9			
สูง	60-80	128	94.1			

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคต่อหิน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และ ความร่วมมือในการรักษา กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

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

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 46.54, SD=8.80$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าไม่มีภาวะพึ่งพา ($\bar{X} = 19.08, SD = 1.76$) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 7.20, SD = 5.98$) และกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 70.88, SD=6.84$)

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .215, .288, .217, .171$ ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.330$) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.612$)

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.4 เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.1 2) คุณภาพชีวิตด้านความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.9 3) คุณภาพชีวิตด้านผลกระทบจากปัญหาสายตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.3 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คืออยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมเพียงเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจและสังคมไปในทางเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและสังคมน้อยกว่า

ผู้ที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo et al, (2015) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหินตอนต้นมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 มีแหล่งรายได้หลักจากบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.2 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ในการรักษาโรคต้อหินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.4 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคต้อหินมีบุตรหลานและครอบครัวดูแล เอาใจใส่ ประกอบกับการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการรักษา ซึ่งไม่ค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาและยาแต่อย่างใด จึงทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุในระดับปานกลางเช่นกัน การศึกษาที่เกี่ยวกับการตรวจและประเมินโรคต้อหินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นของตาขวาและตาซ้ายอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.4 และ 41.9 ตามลำดับ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับ Early defect มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.9 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่มีการสูญเสียการมองเห็นหรือมีลานสายตาในบริเวณด้านนอกแคบลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่มากนัก จึงประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นได้อยู่ระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อาจมีสาเหตุมาจากการศึกษาที่ผ่านมา ศึกษาในต่างประเทศ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างวัฒนธรรมและแตกต่างกันหลายด้าน เช่น ช่วงความกว้างของอายุกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยที่ผ่านมา มีช่วงความกว้างของอายุมากกว่า คือศึกษาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุตอนปลาย กล่าวคืออายุ 18-90 ปี ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น และในบางงานวิจัยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เจาะจงกับการมองเห็นโดยตรง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นในการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

1. อายุ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .120, p > 0.05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.5) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นและรองมาคือผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (ร้อยละ 48.5) แสดงให้เห็นถึงการกระจายของช่วงอายุซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก จึงทำให้อายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง โดยในช่วงอายุที่พบมากของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ยังคงมีความแข็งแรง สามารถทำงานต่างๆ ได้ดี ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ดี ดังนั้นจึงทำให้อายุไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Matza et al. (2008) และ Cesareo et al. (2015) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ระดับนัยสถิติ .05

2. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .215, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา มีเพียงร้อยละ 5.9 ที่ไม่ได้รับการศึกษา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้ มีความเป็นเหตุเป็นผล ทำให้สามารถเข้าใจในโรคที่เป็น และสามารถดูแลตนเองได้ดี อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะได้รับความรู้และได้รับการแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่า ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cesareo et al. (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น

3. ระดับความรุนแรงของโรคต้อหิน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.330, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีระดับความรุนแรงของโรคต้อหินอยู่ในระดับน้อย (Early defect) และระดับปานกลาง (Moderate defect) โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 68.4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการตรวจพบลานสายตายังคงปกติหรือลานสายตาบริเวณด้านนอกแคบลงเล็กน้อย (Hodapp,

Parrish, & Anderson, 1993) จึงเป็นไปได้ว่า เมื่อความรุนแรงของโรคต้อหินน้อย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคต้อหินในปัจจุบันมีความทันสมัยมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อประสาทตาและการมองเห็นด้วยเครื่องมือการตรวจวัดลานสายตา (Visual field) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน้อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Crews et al, (2016) พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลานสายตาอยู่ในระดับ moderate และ severe จะมีคุณภาพชีวิตลดลง

4. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .217, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69.10 อธิบายได้ว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่ดีจะส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.1 แสดงให้เห็นถึงการมีแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคม (House, 1985) สนับสนุนการศึกษาของ Brown & Barrett (2011) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวถือว่ามีความสำคัญมากกับ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ยังมีแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมาก คุณภาพชีวิตก็จะยิ่งดี

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .288, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถึงแม้จะมีปัญหาเรื่องของการมองเห็น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นจึงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Park, Kho, Kim, Kim, & Lee, (2015) ที่พบว่า

ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับสูงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับต่ำทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย

6. ภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.612$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการเผชิญกับภาวะการสูญเสีย ถ้าไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญได้จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงที่แตกต่างกันไป ทำให้เกิดอาการทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความคิดสติปัญญาและการรับรู้ ขาดสมาธิ รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ท้อแท้ ไม่อยากติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นจนถึงแยกตัวออกจากสังคม ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Tander, Cengiz, Alayli, lhanli, Canbaz, & Canturk (2008) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7. ความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .171$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินเป็นพฤติกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคนั้นแย่ลงจนถึงขั้นตาบอด โดยการรับประทานยา/หยอดตาได้ถูกต้อง ครอบคลุมจำนวนและตรงเวลา (Kalated, 2010) จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคต้อหินและลดโอกาสการเกิดตาบอดได้ (Tsai, McClure, Ramos, Schlundt, & Pichert, 2007) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาของ Leelacharas (2005) พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางในการให้บุคลากรด้านสุขภาพมีการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีบทบาทให้การช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหินมากขึ้น

เป็นแนวทางในการเพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ แนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม นำปัญหาหรือความคิดเห็นมาแลกเปลี่ยนกันโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานและให้ความช่วยเหลือ เพื่อที่จะสามารถอยู่กับโรคที่เป็นและมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้จากการศึกษานี้ควรนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมและศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรแกรม

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหินเพิ่ม เนื่องจากยังมีตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแต่ไม่ได้นำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ เช่น รายได้ ระดับการมองเห็น (visual acuity) เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี และโครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย” จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

References

- Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbr015.
- Cesareo, M., Ciuffoletti, E., Ricci, F., Missiroli, F., Giuliano, M. A., Mancino, R., & Nucci, C. (2015). Visual disability and quality of life in glaucoma patients. *Progress in brain research*, 221, 359-374.
- Chaiyasong, Ch., Pratheepawanit Johns, N. and Asawaphureekorn, S. (2009). Health-Related Quality of Life: Evaluation and implementation. *Khonkaen : Khonkaen University Printing House*, 183-200.
- Chirawatkul, A. (2010). Statistics for health science research. (2nd ed.). Bangkok: Witayapat.
- Detprapon, M and Thongyos, P. (2011). Common Eye Problems and Eye Health Promotion in Older People. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1).
- Crews, J. E., Chou, C.-F., Zack, M. M., Zhang, X., Bullard, K. M., Morse, A. R., & Saaddine, J. B. (2016). The association of health-related quality of life with severity of visual impairment among people aged 40–64 years: Findings from the 2006–2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Ophthalmic epidemiology*, 23(3), 145-153.
- Dunsirichai, Ch and Grisanaputi, W. (2013). Study of Social Welfare for Disabled Persons in Khon Kaen Province: A Case Study of People with Visual Impairments. *KKU Research Journal*, 1(1), 41-52.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Readings, Addison-Wesley.
- Hodapp, E., Parrish, R., & Anderson, D. Clinical Decisions in Glaucoma. 1993. *St Louis: CV Mosby*, 11-63.
- Isipradit, S., Sirimaharaj, M., Charukamnoetkanok, P., Thonginnetra, O., Wongsawad, W., Sathornsumetee, B., Taweebanjongsin, W. (2014). The first rapid assessment of avoidable blindness (RAAB) in Thailand. *PloS one*, 9(12), e114245.
- Jitapankul, S. (1999). *Principles of geriatric medicine*. (3rd ed.). Bangkok: Department of Geriatric Medicine and Dentistry, Department of Medicine Faculty of Medicine Chulalongkorn University.
- Jones, P. (1998). Testing health status ("quality of life") questionnaires for asthma and COPD: Eur Respiratory Soc.
- Junsangsri, M. (1997). *Relationships between personal factors, perception of health status, social support and activities of elderly in Rongmuang Sub-district, Pathumwan, Bangkok Metropolis*. The Master Degree of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Kalated T. (2010). Selected factors related to anti-coagulant medication adherence in valvular replacement patients. The degree of master of nursing science (Faculty of nursing). Chulalongkorn University.
- Karpa, M. J., Mitchell, P., Beath, K., Rochtchina, E., Cumming, R. G., & Wang, J. J. (2009). Direct and indirect effects of visual impairment on mortality risk in older persons: the Blue Mountains Eye Study. *Archives of Ophthalmology*, 127(10), 1347-1353.

- Leenarach, S. (2008). Result of Diabetic Retinopathy in Diabetes Patients at Phiboonmangsa-harn Ubon Ratchathani Province. *The Clinical Academia*, 32(4), 481-488.
- Leelacharas, S. (2005). *Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior*. (A dissertation submitted for the degree of Doctor), Philosophy of nursing. University of Michigan.
- Matza, L. S., Rousculp, M. D., Malley, K., Boye, K. S., & Oglesby, A. (2008). The longitudinal link between visual acuity and health-related quality of life in patients with diabetic retinopathy. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 95.
- McKean-Cowdin, R., Wang, Y., Wu, J., Azen, S. P., & Varma, R., (2008). Impact of visual field loss on health-related quality of life in glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology*, 115(6), 941-948. e941.
- Miller, C.A. (1999). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Park, S., Kho, Y. L., Kim, H.-J., Kim, J., & Lee, E.-H. (2015). Impact of Glaucoma on Quality of Life and Activities of Daily Living. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 25, 39-44.
- Poungvarin, N. (1994). Train Geriatric Depression Scale: TGDS. *Siriraj Medical Journal*, 46(1), 1-9.
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clin Interv Aging*, 8, 931-943.
- Rodpaewpan, B. (2009). *Selected Factors Related To Compliance In Elderly With Glaucoma*. The Master Degree of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ihanli, Canbaz, S., & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 28(9), 859-865.
- Tham, Y.-C., Li, X., Wong, T. Y., Quigley, H. A., Aung, T., & Cheng, C.-Y. (2014). Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*, 121(11), 2081-2090.
- Tsai, J. C., McClure, C. A., Ramos, S. E., Schlundt, D. G., & Pichert, J. W. (2007). Compliance barriers in glaucoma: a systematic classification. *Journal of Glaucoma*, 12(5), 393-398.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
- Zuo, L., Zou, H., Zhang, J., Fei, X., & Xu, X. (2015). Vision Health-Related Quality of Life in Chinese Glaucoma Patients. *J Ophthalmol*, 2015, 1-9. doi: 10.1155/2015/271425.