

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

ณัฐนิช ชันหลวง*

สุนีย์ ละก้าปัน** ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ***

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์นี้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ โดยประยุกต์ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกรอบทฤษฎี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 73.45$, $SD = 13.37$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็น โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.9 ($Adj R^2 = 0.349$, $p = 0.024$) และพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ($\beta = -0.374$)

จากข้อค้นพบนี้เสนอแนะให้พยาบาลชุมชนควรให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการต่าง ๆ รวมถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาแก่ครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้สูงอายุ/ โรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ/ PRECEDE PROCEED

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Email: sunee.lag@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Influencing Quality of Life of the Elderly with Age-Related Macular Degeneration

Nattnich Kunluang^{*}

Sunee Lagampan^{**} Kwanjai Amnatsatsue^{***}

Abstract

This analytical descriptive research aimed to assess the quality of life and the factors influencing the quality of life of the elderly with age-related macular degeneration (AMD). PRECEDE-PROCEED framework was applied for this research framework. This study included 100 patients, randomly selected from the elderly with AMD who visit the ophthalmology outpatient department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected by interviewing the elderly with AMD from September to October 2021. The statistical analysis used were descriptive statistics, Pearsons' Product Moment Correlation, and Multiple Regression Analysis.

It was found that the overall quality of life of the elderly with AMD was at the moderate level ($\bar{X}$ = 73.45, SD = 13.37). Furthermore, depression, perceived severity of AMD, social support and visual acuity were the factors that can predict the quality of life of the elderly with AMD by 34.9% (Adj R² = 0.349, p = 0.024). Also, depression had the greatest influence on quality of life (beta = - 0.374).

Finding suggested that community nurse practitioners should consider the quality of life of the elderly with AMD by provide eye health care education and screening depression routinely.

Keywords: Quality of life/ Elderly/ Age-related macular degeneration/ PRECEDE
PROCEED

Article info: Received March 26, 2022; Revised April 20, 2022; Accepted April 28, 2022

^{*} Graduate Student in Master of Nursing Science major in Community Nurse Practitioner, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{**} Correspondent author: Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University Email: sunee.lag@mahidol.ac.th

^{***} Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ (Age related macular degeneration: AMD) เป็นปัญหาสุขภาพด้านการมองเห็นที่พบในผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยอายุ 30-95 ปี เป็นโรค AMD ในปี ค.ศ. 2030 จำนวน 243.3 ล้านคน¹ และความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก 10 ปี² โรค AMD เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ โดยทุกปีจะมีผู้สูงอายุไทยเกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาด้านการมองเห็นจากโรค AMD ชนิดที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ (Neovascular AMD) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลาอันสั้นจนถึงขั้นตาบอดได้³ อีกทั้งการรักษาโรคทางตาในผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดจากโรคร่วม หรือการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงได้สูงเมื่อใช้กับผู้ที่มียา⁴

โรค AMD แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดไม่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติหรือชนิดแห้ง (Non-neovascular หรือ dry AMD) ที่พบเป็นส่วนใหญ่⁵ 2) และชนิดมีเส้นเลือดงอกผิดปกติหรือชนิดเปียก (Neovascular หรือ wet AMD) ที่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติในจอตาชั้น Choroid ที่เรียกว่า Choroidal neovascularization (CNV) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ อายุ พันธุกรรม เชื้อชาติ การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกายสูง แสงอัลตราไวโอเลตระดับน้ำตาในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น⁶ โดยโรคอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือเลือดออกในชั้นจอตา หรือการลอกของจอตา⁷ เมื่อความเสื่อมมากขึ้นจึงมีอาการมองภาพไม่ชัด เห็นภาพบิดเบี้ยว เห็นจุดดำ หรือจุดบอดที่

บริเวณส่วนกลางภาพ โดยไม่มีอาการเจ็บปวด⁸ ปัจจุบันไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่มีวิธีการชะลอความรุนแรงของโรค⁹ ซึ่งการมองภาพไม่ชัดในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การขับรถ การขึ้นลงบันได¹⁰ รวมถึงมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การอ่านตัวหนังสือ ที่เป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าสังคม และส่งผลถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹¹ และพบว่าเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ภาระต่อครอบครัวและสังคม³

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะมีความซับซ้อน ปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม¹² ซึ่งความเสื่อมถอยตามวัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการอยู่ด้วยภาวะทุพพลภาพ ดังเช่นโรค AMD เป็นโรคเรื้อรังทางตาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพทั่วไป การมองเห็นทั่วไป ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การพึ่งพาผู้อื่น การเข้าสังคม และสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป่วยด้วยโรค AMD จะมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยมีปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่นำมาสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD โดยการประยุกต์ PRECEDE PROCEED Framework¹³ โดยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ^{9,14,15} ความรุนแรงของโรค¹⁴ ระยะเวลาการรักษาโรค¹⁴ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตา¹⁶ ปัจจัยเอื้อ

ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁶ ที่อยู่อาศัย¹⁵ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม^{9,16} ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา¹⁶ และปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า^{14,17,18,19} มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพตา ซึ่งการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ โดยมีบริบทแตกต่างจากผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งทางด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค AMD เนื่องจากการรักษาโรคนี้ไม่มีในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิต่างนั้น²⁰ ผู้วิจัยซึ่งทำงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีผู้ป่วยส่งต่อมารับการรักษาจำนวนมากและได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงได้เห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การ

วางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ต่อไป

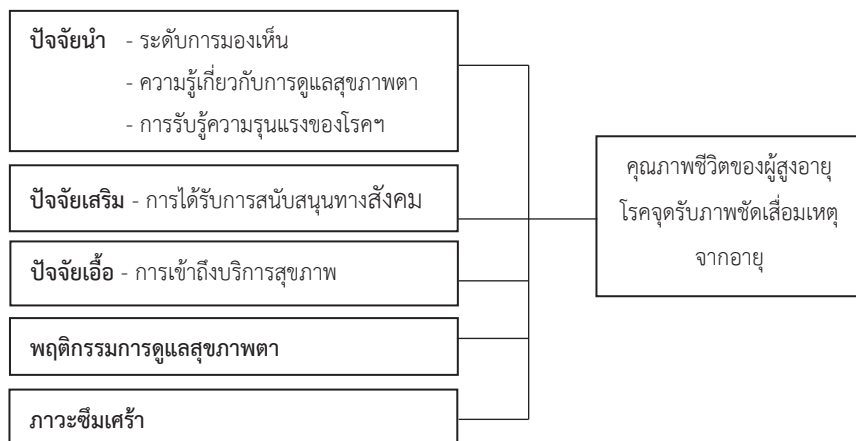
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ
3. เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ (ระดับการมองเห็น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive analysis research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจุดรับภาพชัดเสื่อม เหตุจากอายุโดยจักษุแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power version 3.0.10) โดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F- tests ประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบ Multiple Regression: Fixed model, R2 deviation from zero กำหนด Effect Size เท่ากับ 0.15 (เป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวทำนายทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 94 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คนเลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้รู้เรื่อง สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงแผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในช่วงระหว่างที่ผู้ป่วยรอคอยพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2564 ในเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) มีการแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามทุกชุดของการวิจัยนี้ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านจักษุกรรม จำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุงแก้ไขก่อนจะนำเครื่องมือไปทดสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา โรคร่วมทางตาอื่น ๆ โรคประจำตัวอื่น ๆ ประเภทของโรค AMD ระยะเวลาการรักษาโรค AMD และแบบประเมินระดับการมองเห็น

ประเมินระดับการมองเห็นใช้ Snellen Chart วัดโดยเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยนอก แผนกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ ในวันที่ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจัดระดับความรุนแรงของความพร่องทางการมองเห็นเป็นคะแนนตามเกณฑ์ของ Elliott²¹ มีคะแนนเต็ม 110 คะแนน และบันทึกเป็นระดับการมองเห็นของตาข้างที่ดีที่สุด (Best Corrected Visual Acuity: BCVA)

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคทางตาที่เป็นอยู่ ผลกระทบของโรคต่อความพิการ ความยากลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา เป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงการเผชิญแสงแดด การตรวจสุขภาพตา และการสังเกตอาการผิดปกติของการมองเห็น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามชนิดถูก/ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.7

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตา เป็นคำถามเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ตามนัด การประเมินการมองเห็นด้วยตนเอง การรับประทานอาหารบำรุงสายตา การสวมแว่นป้องกันแสง UV รวมถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเสื่อมของตา มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 (ไม่เคยทำ) ถึง 5 (ทำเป็นประจำ) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ สามารถเข้ารับบริการได้ตามต้องการ ปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดของ ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา²² มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 6 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากทีมดูแลสุขภาพ และการได้รับการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพตา ปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดของ ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา²² จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนน

รวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 7 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ของมาโนช หล่อตระกูล²³ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (มีเกือบทุกวัน) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 8 แบบวัดระดับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถาม NEI-VFQ-25 พัฒนาโดย Mangione²⁴ ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์และแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ และส่วนเสริม 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุในมิติด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็น ด้านความยากลำบากในการทำกิจกรรม และด้านการตอบสนองต่อปัญหาสายตา มีคะแนนรวมระหว่าง 15-100 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.81 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-069 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 545/64 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารชี้แจงการวิจัยถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา พร้อมทั้งอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อพิจารณา ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงนามในใบยินยอมตนในการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (SPSS) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐาน ที่ .05 ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ในการพรรณนาตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จากการวิจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรค AMD พบว่า ผู้สูงอายุโรค AMD ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46) อายุเฉลี่ย

71.71 ปี (SD = 6.47) การศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 37) สิทธิการรักษาส่วนมากใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 39) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมทางตาอื่น ๆ (ร้อยละ 66) สำหรับโรคร่วมทางตาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ โรคต้อหิน โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคพังผืดที่จอตา และโรคต้อกระจก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่น ๆ (ร้อยละ 86) ส่วนใหญ่เป็นโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุชนิด WetAMD (ร้อยละ 95) มากกว่าครึ่งมีระยะเวลาการรักษาโรคฯ ช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 59.6)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า

ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการมองเห็น การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุจำนวนครึ่งหนึ่งมีระดับการมองเห็นของตาข้างที่ดีที่สุด (BCVA) ปกติ (ร้อยละ

50) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.88, SD = 3.28) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตาอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 3.56, SD= 1.54) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 19.21, SD= 3.39) ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.02, SD= 5.03) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.57, SD= 3.82) และด้านภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 4.21, SD= 3.602)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 73.45, SD= 13.37) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับปานกลางคือ การตอบสนองต่อปัญหาสายตา และด้านที่น้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำคือด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็น ดังตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Mean, Percentage, Standard deviation, Minimum and Maximum of quality of life of elderly with AMD. (n = 100)

Quality of life	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	Level
Total (%)	73.45	13.37	38.57	96.43	medium
1. Responses to vision problems	39.67	8.56	16	50	medium
2. Difficulty with activities	38.19	8.76	16	51	medium
3. General health and vision	19.40	3.73	11	25	low

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ
พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็น สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.9 (Adj R²= 0.349, F= 14.253, p= 0.024) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ ภาวะซึมเศร้า (beta= - 0.374) รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (beta= - 0.260) ดังตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Results of predictors of Quality of life of elderly with AMD.

Quality of life of elderly with AMD						
Factors	R ²	Adjusted R ²	b	beta	t	p-value
1. Depression	0.207	0.199	-1.338	-0.374	-4.514	.000**
2. Perceived severity of AMD	0.300	0.286	-1.058	-0.260	-3.129	.002*
3. Social support	0.340	0.320	0.518	0.195	2.374	.020*
4. Visual acuity	0.375	0.349	5.081	0.191	2.293	.024*
Constant			79.149		13.195	.000**

F = 14.253 *p - value < 0.05 **p - value < 0.001

อภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

การศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยชำระค่ารักษาเองหรือชำระค่ารักษาล่วงหน้าแล้วเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดในภายหลัง (ร้อยละ 19) เนื่องจากโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาไม่ออกหนังสือส่งตัวให้ และผู้ป่วยต้องการเลือกมารักษาที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยโดยไม่ผ่านโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิตามสิทธิการรักษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางตาอื่นๆ ที่การดำเนินของโรคไม่รุนแรง

และระดับการมองเห็นยังอยู่ในระดับดี หรือกำลังรักษาอยู่ ซึ่งไม่กระทบต่อการรักษาโรค AMD ด้านการวินิจฉัยและรักษาในผู้ป่วยโรค wetAMD จะต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และต้องฉีดยาต้านการงอกของเส้นเลือดผิดปกติ (anti-VEGF) ซึ่งมีเพียงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีจักษุแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุประสาทตาจะสามารถส่งจ่ายยาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชนิด wetAMD ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและรับทุติยภูมิ อีกทั้งช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม dryAMD คือกลุ่มอาการที่ไม่

เร่งด่วน จักษุแพทย์จึงเลื่อนนัดติดตามอาการห่างออกไปหรือจนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุเป็นความเสื่อมถอยตามวัยและเป็นโรคเรื้อรังทางตาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu²⁵ พบว่าผู้ป่วย neovascular AMD มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ กนกอร พูนเปี่ยม⁹ และ Inan¹⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย AMD อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย AMD มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็นอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การป่วยด้วยโรค AMD เป็นความเสื่อมตามวัย แต่หากมารักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความรุนแรงได้ แต่การเป็นโรคนี้สำหรับผู้ป่วย อาจทำให้มีความลำบากในการใช้สายตาทำงาน กระทั่งต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นแย่ง กลัวเป็นโรค AMD ในตาทั้งสองข้าง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็นของผู้ป่วย AMD อยู่ในระดับต่ำ^{14,26,27}

ด้านความยากลำบากในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังสามารถอ่านหนังสือได้โดยจะเลือกอ่านเฉพาะที่จำเป็น หรือบางรายจะสวมแว่นตาตลอดเวลา เมื่อต้องอ่านตัวหนังสือขนาดเล็กจะใช้แว่นขยายช่วย หรือใช้โทรศัพท์มือถือถ่ายภาพแล้วขยายรูปภาพเพื่ออ่าน การเดินทางต่างระดับหรือขึ้นลงบันไดจะอาศัยความเคยชิน แต่หากต้องไปในที่ที่ไม่คุ้นเคยต้องมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนการหาของบนชั้นวางของจะอาศัยความเคยชินในการจัดเก็บสิ่งของ และจะเลือกวางของให้เป็นระเบียบ ส่วนการเลือกเสื้อผ้าส่วนใหญ่ไม่ลำบาก ผู้สูงอายุเกินครึ่งไม่ขับรถ เนื่องจากขับไม่เป็นหรือเลิกขับด้วยปัญหาสุขภาพอื่น ๆ หรือจากปัญหาการมองเห็น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความพร่องทางการมองเห็นระดับรุนแรงจะมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน²⁸ และการมองภาพไม่ชัดในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การขับรถ และการขึ้น-ลงบันได¹⁰

ด้านการตอบสนองต่อปัญหาสายตาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังสามารถใช้สายตาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สายตาตามองใกล้ ๆ เนื่องจากจะต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นและปริมาณงานที่ได้ลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากมองไม่เห็น และจะหงุดหงิดมากเมื่อไม่ได้สวมแว่นตาเพราะทำให้การมองเห็นลดลงและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลำบาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการมองเห็นมากจะพึ่งพิงบุตรหลานในการพาออกไปนอกบ้าน การ

อ่านฉลากยา ร้อยด้ายใส่เข็ม เป็นต้น ดังนั้นข้อจำกัดด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุจะมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การอ่านตัวหนังสือ ที่เป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าสังคม¹¹ รวมถึงส่งผลถึงสุขภาพจิต เศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม³

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตจากอายุ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยชี้แจงได้แก่ระดับการมองเห็น การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตจากอายุได้ โดยอธิบายดังนี้

ระดับการมองเห็น เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่พบว่าสามารถเป็นตัวร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ได้ ซึ่งระดับการมองเห็นที่ดีจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดี^{9,19,25,29-31} หากมีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับที่รุนแรงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แย่มากกว่าผู้ป่วย AMD ที่มีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับปานกลาง¹⁵ และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับรุนแรงร่วมด้วยจะมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ในด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการอ่านตัวหนังสือ³² ซึ่งสอดคล้องตามกรอบทฤษฎี PRECEDE PROCEED ที่กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางสังคม หรือได้รับผลกระทบทางสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน³³

การรับรู้ความรุนแรงฯ เป็นปัจจัยนำที่สามารถเป็นตัวร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงฯ ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยตามกรอบทฤษฎี PRECEDE PROCEED กล่าวว่า การตระหนักรู้ที่ทำให้ค้นพบความต้องการที่แท้จริง¹³ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงฯ จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ภาวะสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงฯ อยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้ว่าการใช้ระยะเวลาในการรักษาระดับสูง และรับรู้ว่าการเป็นโรคนี้อาจมีผลต่อความพิการในระดับสูง หากไม่รักษาต่อเนื่องอาจทำให้ตาบอดได้ และต้องรักษาติดตามอาการไปเรื่อย ๆ และคิดว่าการรักษาต่อเนื่องสามารถทำให้หายจากโรคได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งด้านการมีคนคอยรับฟังปัญหาหรือข้อไม่สบายใจด้านการมีคนช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพตา และด้านที่มดูแลสุขภาพคอยแนะนำการดูแลสุขภาพตาเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่แนะนำดี มีครอบครัวคอยรับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้านการพามาพบแพทย์เป็นประจำ ส่วนด้านการรับกำลังใจและปลอบใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ในการดูแลสุขภาพตาจากทีมดูแลสุขภาพ และด้านการมีคนคอยช่วยเหลือยามเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง จึงไม่มีเวลาให้คำแนะนำหรือพูดให้กำลังใจผู้ป่วย

ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรค AMD⁹ โดยพบว่าการแจกแผ่นพับให้กำลังใจในผู้ป่วย wetAMD ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁶

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านสุขภาพที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD โดยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD มากที่สุด อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรค AMD ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและยังไม่ได้ได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยโรค AMD มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากว่าบุคคลทั่วไป^{14,19} นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค AMD เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามกกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค และพบว่าผู้สูงอายุโรค AMD ที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นด้วย¹⁸

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตา ทั้งนี้้อาจอธิบายได้ว่าการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา เช่น เข้าใจการทดสอบสภาพจอตาด้วยตารางตรวจจุดภาพชัดไม่ถูกต้อง ไม่ทราบการสังเกตอาการผิดปกติจากการทดสอบสภาพจอตาด้วยตารางตรวจจุดภาพชัด รวมถึงไม่ทราบการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอการดำเนินโรค ส่วนด้านการเข้าถึงบริการ

สุขภาพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยสังเกตได้จากช่วงเวลาของผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564 มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมารับการรักษาโดยให้บุตรขับรถส่วนตัวมาส่ง บางท่านขับรถส่วนตัวมาเองเพื่อลดความเสี่ยงได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 และสามารถเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดได้สม่ำเสมอ แม้มีการระบาดของโรค และในด้านพฤติกรรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เท่านั้น ส่วนใหญ่ เป็นชนิดที่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติ (wetAMD) และระดับการมองเห็นค่าที่ดีที่สุดยังอยู่ในระดับดี การศึกษาวิจัยนี้จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุทั้งหมดได้

จุดแข็งของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ ซึ่งเป็นข้อ

ค้นพบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ข้อมูลความรู้ และให้ความสำคัญต่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็นเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจิตรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดำเนินโรค ผลกระทบของโรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน วิธีการรักษา และระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนักรู้เกี่ยวกับตัวโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและลดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

2. ทีมดูแลสุขภาพควรส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น และควรมีการคัดกรองเพื่อค้นหา

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อส่งต่อพบจิตแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

2. ควรมีการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตาให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ความรู้ อันมีคุณค่า รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ขอกราบขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. WHO. World report on vision [internet]. 2019 [cited 2020 March 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
2. Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, et al. Age-Related Macular Degeneration Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology* 2020; 127(1): 1-65.
3. Pangputtipong P, Isipradit S, Thonginate O, Yingyong P, Chaisrisawassuk N, Wongsawat W, et al. Eye Diseases. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 [internet]. 2014 [cited 2020 May 30]. Available from: <http://training.dms.moph.go.th>
4. Hazare S, Yang R, Chavan S, Menon MD, Chougule MB. Nano-Biomaterials for Ophthalmic Drug Delivery. USA: Springer; 2016.
5. Tantisevi V, editor. Ophthalmology textbook for medical students and general practitioners. Bangkok: Pimdee; 2018.
6. Cabrera G, Heeling H. Macular Degeneration, Age-Related: Risks and Prevention. Evidence base care sheet [Internet]. 2021 [cited 2020 June 26]. Available from: <https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/Nursing-Reference-Center-Plus-Care-Sheet-Macular%20Degeneration-Screening.pdf>
7. Leksakul A. editor. Ophthalmology, Ramathibodi. Bangkok: Tamasarn; 2018.
8. Rodanant N. Age related macular degeneration in older adult [internet]. 2018 [cited 2020 June 22]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=749
9. Poonpiam K. Factors related to health related quality of life in older persons with Age-Related Macular Degeneration. *JRTAN* 2019; 18(2): 382-92. (in Thai)
10. Pan CW, Lui H, Sun HP, Xu Y. Increased Difficulties in Managing Stairs in Visually Impaired Older Adults: A Community-Based Survey. *PLoS One* 2015; 10(11): e0142516.
11. Niihata K, Fukuma S, Hiratsuka Y, Ono K, Yamada M, Sekiguchi M, et al. Association between vision-specific quality of life and falls in

- community-dwelling older adults: LOHAS. *PloS one* 2018; 13(4): e0195806.
12. Kerase A. The Quality of Life Among the Elderly: Decoding of the Experts and Active Ageing. *J Soc Work* 2019; 27(2): 131-62. (in Thai)
13. Green LW, Krueter MW. HEALTH PROMOTION PLANNING An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
14. Inan S, Cetinkaya E, Duman R, Dogan I, Inan UU. Quality of life among patients with age-related severe macular degeneration assessed using the NEI-VFQ, HADS-A, HADS-D and SF-36 tests. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2019; 137(1): 25-32.
15. Yibekal BT AD, Anbesse DH, Alemayehu AM, Alimaw YA. Vision-Related Quality of Life among Adult Patients with Visual Impairment at University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Ophthalmol* 2020; 2020; 1-7. doi.org/10.1155/2020/9056097.
16. Markun S, Dishy A, Neuner-Jehle S, Rosemann T, Frei A. The Chronic Care for Wet Age Related Macular Degeneration (CHARMED) Study: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2015; 10(11): e0143085.
17. Li Y, Crews JE, Elam-Evans LD, Fan AZ, Zhang X, Elliott AF, Balluz L, et al. Visual impairment and health-related quality of life among elderly adults with age-related eye diseases. *Qual Life Res* 2011; 20(6): 845-52.
18. Ryu SJ, Lee WJ, Tarver LB, Shin YU, Kang MH, Seong M, et al. Depressive Symptoms and Quality of Life in Age-related Macular Degeneration Based on Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). *Korean J Ophthalmol* 2017; 31(5): 412- 23.
19. Šiaudvytytė L, Mitkutė, D., Balčiūnienė, J. Quality of Life in Patients With Age-Related Macular Degeneration. *Medicina (Kaunas)* 2012; 48(2): 109-11.
20. Chuencharoensuk K. Service plan 2017-2021 [internet]. 2017 [cited 2020 July 10]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1_C-pX-4Yy0pm7lq64h1X8cMbVF2jFzM1/

21. Elliott DB. The good (logMAR), the bad (Snellen) and the ugly (BCVA, number of letters read) of visual acuity measurement. *Ophthalmic Physiol Opt* 2016; 36(4): 355-8.
22. Kiatlerddecha T. Factors related to quality of life in type 2 diabetes patients [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2017.
23. Lortrakul M. PHQ-9 Patient Health Questionnaire [internet]. 2008 [cited 2021 March 2]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/PHQ9%20Thai.pdf>.
24. Coleman AL. Development of the 25-item national eye institute visual function questionnaire. *Evidence-Based Ophthalmology* 2002; 3(1): 58-9.
25. Zhu M, Wijeyakumar W, Syed AR, Joachim N, Hong T, Broadhead GK, et al. Vision-related quality of life: 12-month aflibercept treatment in patients with treatment-resistant neovascular age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2016; 255(3): 475-84.
26. Spooner KL, Mhlanga TC, Hong HT, Broadhead KG, Chang AA. The burden of neovascular age-related macular degeneration: a patient's perspective. *Clin Ophthalmol* 2018; 12: 2483.
27. Jelin E, Wisløff T, Moe CM, Heiberg T. Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25) in a Norwegian population of patients with neovascular age-related macular degeneration compared to a control population. *Health Qual. Life Outcomes* 2019; 17(1): 1-9.
28. Barman D, Mishra M. How does eye care seeking behaviour change with increasing age and visual impairment? Intersectional analysis of older adults in the Indian Sundarbans. *BMC Geriatr* 2020; 20(1): 1-9.
29. Rung L, Lovestam-Adrian M. Three-year follow-up of visual outcome and quality of life in patients with age-related macular degeneration. *Clin Oph (Auckland, NZ)* 2013; 7: 395-401.
30. Cypel MC, SS, Dantas PC, Belfort R, Lottenberg CL, Kasahara N, et al.

- Vision status ophthalmic assessment and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol.* 2017; 80(3): 159-64.
31. Gomi F, Migita H, Sakaguchi T, Okada H, Sugawara T, Hikichi Y, et al. Vision-related quality of life in Japanese patients with wet age-related macular degeneration treated with intravitreal aflibercept in a real-world setting. *Jpn J Ophthalmol* 2019; 63(6): 437-47.
32. Man RK, Gan AL, Fenwick EK, Gupta P, Thakur S, Fang XL, et al. The differential impact of age on vision-related quality of life across the visual impairment spectrum. *Ophthalmology* 2020; 128(3): 354-63.
33. Powwattana A. Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice. Bangkok: M N COMPUTE OFFSET; 2017.