

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

ความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ

ความหมายและระดับของความบกพร่องทางการมองเห็น
สาเหตุของความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ
ผลกระทบของความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ
การประเมินความบกพร่องทางการมองเห็น

แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียด

ความหมายของการเผชิญความเครียด
กระบวนการเผชิญความเครียด
ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด
การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด

แนวคิดคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
การประเมินคุณภาพชีวิต

ความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ

ความหมายและระดับของความบกพร่องทางการมองเห็น

ความบกพร่องทางการมองเห็น หมายถึง ความผิดปกติของการมองเห็นที่ภายหลังจากได้รับการรักษาทางการแพทย์แล้ว การมองเห็นยังไม่ดีขึ้นแม้จะแก้ไขด้วยการสวมแว่นสายตา (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2549) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Department of Health and Human Service, 1996) ได้ให้ความหมายของความบกพร่องทางการมองเห็นว่าหมายถึง การจำกัดการทำหน้าที่ของตาหรือระบบการมองเห็นเนื่องจากความผิดปกติหรือโรค ส่งผลให้เกิดสายตาพิการ (visual disability) หรือการเสียเปรียบด้านการมองเห็นเมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อม (visual handicap) ส่วนองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ให้ความหมายของความบกพร่องทางการมองเห็นว่าเป็นความผิดปกติของการมองเห็น แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น หมายถึง มีระดับสายตาเท่ากับหรือมากกว่า 6/18 มีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง หมายถึง มีระดับสายตาน้อยกว่า 6/18 ถึง 6/60 มีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง หมายถึง มีระดับสายตาน้อยกว่า 6/60 ถึง 3/60 และตาบอด หมายถึง มีระดับสายตาน้อยกว่า 3/60 ถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง

สาเหตุของความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจของวัณนิษฐ์ เย็นจิตร และคณะ (2551) พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุห้าอันดับแรกจากมากไปน้อย ได้แก่ ต้อกระจก สายตายาว โรคต้อหิน ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และโรคจุดภาพชัดเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวนร้อยละ 56.61 14.11 10.41 4.76 และ 3.88 ตามลำดับ โดยความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากความเสื่อมของตาตามกระบวนการชรา ทำให้เกิดโรคตาต่างๆ ที่เกิดจากความเสื่อมตามอายุ อันเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางการมองเห็นที่พบในวัยสูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ต้อกระจก เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการสะสมของโปรตีนที่ละลายน้ำไม่ได้ในเซลล์ของเลนส์มีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขณะที่การสะสมของโปรตีนที่ละลายน้ำได้ในเซลล์ของเลนส์มีลดลงร่วมกับมีเม็ดสีใน

นิวเคลียสมากขึ้น นิวเคลียสของเลนส์จึงแข็งและขุ่นทำให้แสงผ่านเลนส์ได้ไม่ดีสายตาดึงมัวลง แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1 นิวเคลียร์ คาทาแรก (nuclear cataract) เป็นต่อกระจกที่นิวเคลียสของเลนส์ขุ่น เป็นสีเหลืองหรือสีน้ำตาล ทำให้ดัชนีหักเห (refractive index) ของนิวเคลียสเพิ่มขึ้น สายตายาว (hyperopia) จึงลดลง เกิดภาวะสายตาสั้นจากเลนส์ (lenticular myopia) ทำให้ผู้สูงอายุมองใกล้ได้ดีขึ้นเรียกว่ามีสายตาคลับในผู้สูงอายุ ทั้งนี้บางรายอาจเห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ หรือเห็นไฟหน้ารถแตกกระจายได้ เมื่อเลนส์ขุ่นมากขึ้นสายตาดึงมัวลงทำให้การมองเห็นลดลงทั้งในระยะไกลและใกล้

1.2 คอร์ติคัล คาทาแรก (cortical cataract) เป็นต่อกระจกที่มีความขุ่นเกิดขึ้นบริเวณเลนส์คอร์เทกซ์ (lens cortex) โดยเส้นใยของเลนส์ (lens fibers) จะบวมน้ำและขุ่น เกิดเป็นร่องในแนวรัศมี ความขุ่นจึงมีลักษณะเหมือนซี่ล้อเกวียน เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจนเลนส์ขุ่นทั้งหมดกลายเป็นต่อกระจกสุก (mature cataract) หากต่อกระจกสุกมาก คอร์เทกซ์จะเหวจน นิวเคลียสของเลนส์ตกลงมายังส่วนล่างของถุงหุ้มเลนส์ (morgagnian cataract) ทำให้การมองเห็นลดลง

1.3 โปสทีเรีย ซับแคปซูลาร์ คาทาแรก (posterior subcapsular cataract) เป็นต่อกระจกที่มีความขุ่นเกิดขึ้นบริเวณเส้นใยเลนส์ที่สร้างขึ้นมาใหม่ บริเวณติดกับแคปซูลด้านหลังของเลนส์ ลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ สีทองและขาว ซึ่งจะบังแกนกลางทางเดินของสายตา (visual axis) ทำให้ตามัวเวลาออกกลางแจ้งหรือเวลามองใกล้มากกว่ามองไกล นอกจากนี้ยังมีอาการตาพร่าร่วมด้วย

ต่อกระจกในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดโรคต้อหินที่เกิดจากเลนส์ผิดปกติเนื่องจากภายในเลนส์จะมีน้ำเข้าไปแทรกอยู่มากทำให้เลนส์มีขนาดใหญ่ขึ้นและบวมทำให้มัว ม่านตาแคบลง น้ำในช่องหน้าม่านตา (aqueous humor) ไหลออกจากตาได้ลดลง ความดันตาจึงเพิ่มขึ้นเกิดเป็นโรคต้อหินที่เกิดจากขนาดของเลนส์ใหญ่ขึ้น (phacomorphic glaucoma) นอกจากนี้เลนส์ในต่อกระจกสุกมาก จะมีโปรตีนที่ละลายน้ำได้ซึมผ่านออกมานอกแคปซูล ผ่านไปทางน้ำในช่องหน้าม่านตา ร่วมกับมีเม็ดเลือดขาวขนาดใหญ่ (macrophages) มาเก็บกินโปรตีนดังกล่าว และไปอุดบริเวณทางระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา (trabecular meshwork) ทำให้น้ำในช่องหน้าม่านตาไหลออกไม่ได้ ความดันตาจึงสูงขึ้นเกิดเป็นโรคต้อหินจากเลนส์ละลาย (phacolytic glaucoma) หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดตาบอดได้ (ดิเรก ผาติกุลศิลา, 2552; วนิษา ชื่นกอง-แก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

วิธีการรักษาต่อกระจกกระษะเริ่มแรก อาจใช้วิธีการสวมแว่นสายตาเพื่อช่วยในการมองเห็นดีขึ้น หรือใช้ยาขยายรูม่านตาในผู้ป่วยต่อกระจกที่มีความขุ่นเพียงเล็กน้อยที่บังในแนวแกน-กลางทางเดินของสายตา แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีช่องหน้าม่านตาตันเพราะอาจทำให้เกิดโรค ต้อหินได้ นอกจากนี้การเพิ่มปริมาณแสงให้พอเหมาะและการใช้แว่นขยาย อาจช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นต่อกระจกมีการมองเห็นดีขึ้น แต่เมื่อต่อกระจกมีความรุนแรงมากขึ้นจนมีผลกระทบต่อ การดำเนินกิจกรรมประจำวัน มีโรคต้อหินแทรกซ้อน ความขุ่นบดบังการตรวจหรือรักษาโรคของ ส่วนหลังของตา หรือต่อกระจกที่สุกหรือเกือบสุก จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งมี 2 วิธี ที่นิยมในปัจจุบันได้แก่

1) เอ็กซ์ตราแคปซูลาร์ คาทาเรค เอ็กซ์แทรคชั่น (Extracapsular cataract extraction [ECCE]) เป็นการผ่าตัดด้วยการเปิดแผลที่ขอบกระจกตาขนาด 8-10 มิลลิเมตร เพื่อเอาเลนส์นิวเคลียสที่ขุ่นออก โดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้รองรับเลนส์เทียม

2) ฟาโคอีมีัลซิฟิเคชัน (Phacoemulsification) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องสลายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงดูดเลนส์นิวเคลียสที่ขุ่นออก และเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้รองรับเลนส์เทียม ซึ่งแผลผ่าตัดจะมีขนาดเล็ก ระยะเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดสั้น และแผลหายเร็ว

เมื่อผ่าตัดเอาเลนส์ที่ขุ่นออกจะทำให้การหักเหแสงของเลนส์ลดลง จึงต้องมีการแก้ไขสายตาเพื่อช่วยในการมองเห็นของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งมี 3 วิธี คือ การสวมแว่นตาชนิดเลนส์นูนหน้า (aphakic spectacles) การใส่เลนส์สัมผัส (contact lens) และการใส่เลนส์แก้วตาเทียม (intraocular lens) (ดิเรก ชาติกุลศิลา, 2552)

2. สายตาสูงอายุหรือสายตายาว (presbyopia) เป็นภาวะสายตาผิดปกติ (refractive error) ชนิดหนึ่งที่พบได้มากในวัยสูงอายุ เนื่องจากตาของผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับ เปลี่ยนกำลังการหักเหแสงของเลนส์ลดลง จากการสะสมของโปรตีนที่ละลายน้ำไม่ได้ในเซลล์ของเลนส์มีเพิ่มขึ้น ขณะที่การสะสมของโปรตีนที่ละลายน้ำได้ในเซลล์ของเลนส์มีลดลง ทำให้นิวเคลียสของเลนส์มีความแข็งมากขึ้น เลนส์จึงมีความยืดหยุ่นลดลงร่วมกับมีการเสื่อมของ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเพ่งมองใกล้ทำให้มองวัตถุที่อยู่ใกล้ไม่ชัดเจน สามารถแก้ไขด้วยการสวมแว่นสายตาสายยาวซึ่งเป็นเลนส์นูนที่มีกำลังการหักเหแสงของเลนส์ที่เหมาะสม

3. โรคต้อหิน (glaucoma) เกิดจากเลนส์ตาของผู้สูงอายุมีความหนาเพิ่มขึ้นเนื่องจากเลนส์มีการสร้างเส้นใยเพิ่มขึ้นตลอดเวลาทำให้เลนส์เข้ามามีติดกับกระจกตา มุมม่านตาจึงแคบลงทำให้น้ำช่องลูกตาหน้าไหลออกจากตาได้ลดลง ความดันตาจึงเพิ่มขึ้นมากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอทซึ่งไปกดขั้วประสาทตาโดยตรงทำให้มีการอุดตันทางเดินของสารอาหารของเส้นประสาทตา หรืออาจเกิดจากความดันตาที่เพิ่มขึ้นไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตา ทำให้เส้นประสาทตาถูก

ทำลายจากการขาดเลือดจนชั่วประสาทตาฝ่อ ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องทางการมองเห็น โดยมีอาการตามัว และลานสายตาแคบลง (วณิชา ชื่นก่องแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

4. โรคจุดภาพชัดเสื่อมในผู้สูงอายุ (age-related macular degeneration [AMD]) ในวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมบริเวณจุดภาพชัด (macula) เนื่องจากเซลล์เยื่อบุจอตาที่อยู่ชั้นนอก (retinal pigment epithelium cells [RPE cells]) หมดยุการทำงานแล้วตายลง เซลล์ข้างเคียงที่ยังสามารถทำงานได้อยู่จะทำหน้าที่เข้ามาเก็บกินเซลล์ที่ตายดังกล่าว (phagocytosis) เกิดการสะสมของเสียจากเซลล์ (lipofuscin) เมื่อเซลล์ข้างเคียงมีการขยายขนาด ความสามารถในการกลืนกินของเซลล์จะลดลงเกิดการฝ่อแล้วตายลงเช่นกัน ทำให้เซลล์มีปริมาณลดลงร่วมกับมีการกระจายตัวไม่สม่ำเสมอ เซลล์ที่เหลือจึงขยายตัวให้เต็มพื้นที่ผิวและบางลงทำให้มีเม็ดสีจางลงไปด้วย เมื่อเซลล์เหล่านี้ไม่สามารถยืดขยายขนาดได้อีกต่อไปจึงเกิดการฝ่อตามมา ร่วมกับการฝ่อของหลอดเลือดฝอยบริเวณชั้นคอร์รอยด์ รวมทั้งมีการเสื่อมของเซลล์รับแสงทำให้จุดภาพชัดบางลง เมื่อของเสียจากเซลล์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เยื่อบุจอตาที่อยู่ชั้นนอกแตกสลายเกิดรอยโรครูปร่างกลมหรือรูปแผนที่เป็นสาเหตุของโรคจุดภาพชัดเสื่อมในผู้สูงอายุแบบแห้ง (dry form: non-exudative AMD: non-neovascular AMD) การมองเห็นจึงลดลงอย่างช้าๆ เมื่อเซลล์ต่างๆ บริเวณจุดภาพชัดเกิดการฝ่อมากขึ้นเยื่อบุจอตาที่อยู่ชั้นนอกจะหลุดลอก ร่วมกับการงอกของหลอดเลือดผิดปกติได้จอตาเกิดขึ้น ทำให้มีสารน้ำ ไขมัน หรือเลือดออกใต้จอตาและมีแผลเป็นเกิดขึ้น เป็นสาเหตุของโรคจุดภาพชัดเสื่อมในผู้สูงอายุแบบเปียก (wet form: exudative AMD: neovascular AMD) ทำให้การมองเห็นลดลง เห็นภาพบิดเบี้ยว หรือมีเงาบังภาพ และการมองเห็นภาพโดยเฉพาะบริเวณส่วนกลางลดลง (เจนจิต ชูฒยากร, 2549)

นอกจากโรคตาที่เกิดจากความเสื่อมตามอายุจะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางการมองเห็นแล้ว ยังพบว่ามีโรคเรื้อรังบางโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุได้แก่

1. โรคเบาหวาน (diabetes mellitus [DM]) หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หลอดเลือดฝอยจะโป่งพองทำให้จุดภาพชัดบวม และอาจทำให้มีเลือดออกที่จอตา เมื่อความรุนแรงของโรคมักขึ้นจะมีเลือดออกกระจายอยู่ทั่วจอตา และมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ผิดปกติ (neovascularization [NV]) ซึ่งเปราะบางและฉีกขาดได้ง่าย ทำให้เกิดเลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้เกิดโรคตาดังนี้

1.1 ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy [DR]) เกิดจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเจริญตามหลอดเลือดที่ผิดปกติเข้าไปในวุ้นตา เกิดการหดและดึงรั้งจอตา ทำให้จอตาลอกได้

1.2 โรคต้อหิน (neovascular glaucoma [NVG]) เกิดจากการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ม่านตา หรือบริเวณทางระบายน้ำในช่องหน้าม่านตา ไปอุดกั้นทางเดินสารอาหารของเส้นประสาทตา ความดันตาจึงเพิ่มขึ้นไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตา เส้นประสาทตาจึงถูกทำลายจากการขาดเลือดทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ (optic atrophy) ผู้สูงอายุจึงมีความบกพร่องทางการมองเห็น และลานสายตาแคบลง

1.3 ต้อกระจก และการเปลี่ยนแปลงของระดับสายตา (refractive changes) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีปริมาณกลูโคสในเลนส์เพิ่มขึ้น โดยกลูโคสจะเปลี่ยนเป็นกาแลคโตส เลนส์จึงมีกาแลคโตสสูงขึ้นซึ่งจะดึงน้ำเข้ามาในเลนส์ ทำให้เลนส์บวมน้ำเกิดเป็นต้อกระจก และเนื่องจากมีความแตกต่างของออสโมติกจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การหักเหของแสงจึงเปลี่ยนไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับสายตา เกิดภาวะสายตาวัวหรือสายตาสั้นได้ (วนิษา ชื่นทองแก้ว และอภิชาติ ลิงคาลวนิช, 2550)

1. โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular disorders) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebro Vascular Disease [CVD] หรือ stroke) ซึ่งเกิดจากการมีผนังหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) จากการสะสมตัวของไขมันและแผ่นของลิ่มเลือดบนผนังหลอดเลือดแดงชั้นในของหลอดเลือดสมอง (fatty streak & fibrous plaque) ส่งผลให้มีการรบกวนหน้าที่การทำงานของสมองบางส่วนหรือทั้งสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (WHO, 2008) โดยอาการที่พบบ่อยคือ ตาบอดชั่วคราว (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) และตาบอดครึ่งซีก (Barker & Rice, 2001) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดจะแข็งตัวและเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับมีการสร้างสารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว (endothelium derived relaxing factor [EDRF]) น้อยลงทำให้มีแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้น ผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistance [TPR]) เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551) โดยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะพบว่าหลอดเลือดที่จอตามีการแข็งตัวและตีบแคบ ทำให้เส้นใยประสาทตาเกิดการขาดเลือด และหากโรคมีความรุนแรงมากขึ้น หลอดเลือดที่ตีบแข็งจะยอมให้สารต่างๆ ผ่านเข้าออกได้ง่ายขึ้น เมื่อมีการรั่วของสารน้ำและเลือดจึงเกิดเลือดออกและมีการบวมของจอตา นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคต้อตื้น

2.1 หลอดเลือดแดงจอตาอุดตัน (retinal arterial occlusive disease) เมื่อหลอดเลือดแดงที่จอตามีการแข็งตัวและตีบแคบทำให้เกิดการอุดตัน จอตาบริเวณที่หลอดเลือดดังกล่าวไปเลี้ยงจึงเกิดการขาดเลือดทำให้เกิดขั้วประสาทตาฝ่อ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็นทันที

2.2 หลอดเลือดดำจอตาอุดตัน (retinal vein occlusive disease) เกิดจากหลอดเลือดแดงที่จอตาแข็งตัวแล้วไปกดทับหลอดเลือดดำ เมื่อจอตาขาดเลือดไปเลี้ยงจะเกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ผิดปกติเกิดเป็นโรคต้อหินได้ (วณิชา ชื่นก่องแก้ว และอภิชาติ ถึงกาลวณิข, 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก เนื่องจากต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางการมองเห็น ซึ่งความบกพร่องทางการมองเห็นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล

ผลกระทบของความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุ

ความบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว รวมทั้งการดูแลระยะยาว ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

1.1 ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับสายตาทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนจึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น (Iecovich & Isralowitz, 2004; Karpa et al., 2009; Polack et al., 2008) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น จะมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุที่มีสายตาปกติ (Lamoreux et al., 2008)

1.2 ด้านจิตใจ จากการที่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีความรู้สึกซึมเศร้า (Black, 1999; Horowitz & Reinhardt, 2000) รู้สึกกลัวต่อการสูญเสียความเป็นอิสระเพราะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น (Pollard et al., 2003) รวมทั้งเกิดความรู้สึกเครียด และเกิดความทุกข์ใจที่ต้องเป็นภาระ (กนกวรรณ หอมจันทนากุล, 2544; Berger & Porell, 2008; Pollard et al., 2003)

1.3 ด้านสังคม จากการที่ศึกษาของเทอร์สตัน และคณะ (Thurston et al., 2010) ในผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น อายุ 45-74 ปี จำนวน 18 คน พบว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีบทบาททางสังคมลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและกลัวการพลัดตกหกล้ม

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงกลายเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความผาสุก และสถานภาพสมรสของสามี หรือภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแล และทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า (Strabridge et al., 2007) ส่วนกีฬา และ

คณะ (Keeffe et al., 2009) ทำการศึกษาในผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น อายุเฉลี่ย 66.5 ปี จำนวน 114 คน พบว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นร้อยละ 92 (105 คน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว และในแต่ละปีสมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลา 152.2 ชั่วโมง ในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกี่ยวกับการเดินทาง การสื่อสาร และการทำธุระส่วนตัว

3. ผลกระทบต่อการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลสูญเสียงบประมาณในส่วนของระบบประกันสุขภาพ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น การตรวจเยี่ยมของแพทย์ การรักษาด้วยยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้ทักษะของพยาบาลในการดูแล การดูแลในสถานพักฟื้น หรือบ้านพักคนชรา เป็นต้น โดยมีการศึกษาพบว่าในประเทศออสเตรเลียต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกือบห้าแสนคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นเงินมูลค่า 5 พันล้านเหรียญออสเตรเลียต่อปี (Girdler et al., 2010) ส่วนประเทศญี่ปุ่นใช้งบประมาณในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจำนวน 1.64 ล้านคน เป็นเงินมูลค่า 72.8 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Roberts et al., 2010)

การประเมินความบกพร่องทางการมองเห็น

ความบกพร่องทางการมองเห็นสามารถประเมินได้ด้วยการวัดระดับสายตา (visual acuity) โดยใช้แผ่นป้ายวัดสายตาบนเลนส์ที่มีตัวเลขขนาดใหญ่อยู่แถวบนและมีขนาดเล็กลงมาตามลำดับให้ผู้ป่วยยืนห่างจากแผ่นป้ายวัดสายตาบนเลนส์ ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต อ่านตัวเลขตั้งแต่แถวบนลงมา ซึ่งค่าระดับสายตาที่อ่านได้มีค่าเป็นเศษส่วน โดยตัวเลขเศษหมายถึงระยะห่างที่ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ ในขณะที่ตัวเลขส่วนเป็นระยะห่างที่คนปกติอ่านได้ เช่น $6/9$ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถอ่านตัวเลขนั้นได้เมื่ออยู่ห่าง 6 เมตร ในขณะที่คนปกติสามารถอ่านได้เมื่ออยู่ห่าง 9 เมตร เป็นต้น หากผู้ป่วยอ่านตัวเลขได้เกินครึ่งแถว แต่อ่านผิดไป 1 ตัว จะบันทึกผลอ่านเป็นเลขเศษส่วนยกกำลังลบ 1 เช่น $6/9^{-1}$ หรือหากอ่านตัวเลขแถวล่างกว่าได้เพิ่มอีก 1 ตัว ให้บันทึกผลอ่านเป็นเลขเศษส่วนยกกำลังบวก 1 เช่น $6/9^{+1}$ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านตัวเลขแถวบนสุดได้ ให้ผู้ป่วยขยับเข้ามาใกล้แผ่นป้ายวัดสายตาบนเลนส์ทีละ 1 เมตร จนกระทั่งสามารถอ่านตัวเลขแถวบนสุดได้ ค่าระดับสายตาจะเป็นระยะห่างระหว่างผู้ป่วยกับแผ่นป้ายวัดสายตาบนเลนส์ เช่น อยู่ห่าง 2 เมตรแล้วอ่านตัวเลขแถวบนสุดได้ ค่าระดับสายตาเท่ากับ $2/60$ เป็นต้น แต่หากอยู่ห่างทีระยะ 1 เมตรแล้วยังไม่สามารถอ่านตัวเลขแถวบนสุดได้ ให้ผู้ป่วยนับนิ้วมือผู้ตรวจโดยชูนิ้วห่างจากตาผู้ป่วยทีระยะ 3

ฟุต 2 ฟุต และ 1 ฟุต ตามลำดับ ค่าระดับสายตาจะเป็นระยะห่างที่ผู้ปวยนับนิ้วได้ถูกต้อง เช่น ฟิงเกอร์ เคานท์ แอท 2 ฟุต (Finger Count at 2 feet [FC at 2 feet]) เป็นต้น หากผู้ปวยไม่สามารถนับนิ้วได้ ให้ผู้ตรวจโบกมือซ้ำๆ เบื้องหน้าผู้ปวย หากผู้ปวยสามารถบอกได้ว่าเห็นเงาผ่านไปมาให้บันทึกว่าแฮนด์ มูฟเม้นท์ (hand movement [HM]) หรือแฮนด์ โมชัน (hand motion [HM]) แต่หากบอกไม่ได้ ให้ใช้ไฟฉายส่องตาจากทิศทางต่างๆ กัน ถ้าบอกทิศทางแสงได้ถูกต้องให้บันทึกว่าโปรเจกชัน ออฟ ไลต์ (projection of light [Pj]) หากบอกทิศทางไม่ได้เห็นเพียงแต่แสงให้บันทึกว่าเพอร์เซพชัน ออฟ ไลต์ (perception of light [PI]) และหากผู้ปวยมองไม่เห็นแม้แต่แสง ให้บันทึกว่าโน เพอร์เซพชัน ออฟ ไลต์ (no perception of light [No PI]) (ประภัสสร ชาติกุลศิลา, 2555)

โดยผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะเกิดความรู้สึกเครียดจากผลกระทบหลายๆ ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว และต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดดังกล่าว

แนวคิดวิธีการเผชิญความเครียด

ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียด

มีผู้สนใจศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดหลายท่าน โดยนักทฤษฎีที่เป็นที่รู้จักทั่วไป คือ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายใน และ/หรือภายนอกร่างกายเมื่อประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ส่วนจาโลวีก เมอร์ฟี และเพาเออร์ส (Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน ให้ความหมายของวิธีการเผชิญความเครียดว่าเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลใช้เพื่อบรรเทาสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือความเครียด ซึ่งบุคคลจะใช้กระบวนการการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล

กระบวนการเผชิญความเครียด

เนื่องจากกระบวนการเผชิญความเครียดเป็นขั้นตอนที่บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Scott, Obertst, & Bookbinder, 1984) ซึ่งลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้อธิบายถึงกระบวนการเผชิญความเครียดว่าประกอบไปด้วย

1. เหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (event or stressor) เป็นสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. การประเมินสถานการณ์ (appraisal) เป็นกระบวนการทางสติปัญญาเพื่อประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยเกิดขึ้นระหว่างความเครียดกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม มี 3 ระยะ คือ

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้สติปัญญาความรู้ในการตัดสินใจว่าสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อตนเอง มี 3 ลักษณะ ได้แก่

2.1.1 ไม่เกิดผลดีหรือผลเสีย (irrelevant) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง หรือไม่มีผลใดๆ ต่อตนเอง

2.1.2 เกิดผลดีหรือเกิดประโยชน์ (benign-positive) เป็นการประเมินสถานการณ์ว่ามีผลบวกต่อตนเอง เช่น ทำให้มีความสุข ความสนุก หรือได้รับประโยชน์ เป็นต้น

2.1.3 เกิดความเครียด (stress) เป็นการประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการเผชิญความเครียด ซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1.3.1 เกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย (harm or loss) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดอันตรายหรือเกิดการเจ็บป่วย เช่น การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียการมองเห็น สูญเสียสถานภาพทางสังคม หรือสูญเสียความเป็นอิสระ เป็นต้น

2.1.3.2 การคุกคาม (threat) เป็นการประเมินล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือหากมีการสูญเสียแล้วบุคคลได้คำนึง ถึงปัญหาที่จะตามมา

2.1.3.3 ความท้าทาย (challenge) เป็นการประเมินว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งการคุกคามและความท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อมกัน เนื่องจากเมื่อเกิดการคุกคามบุคคลจะมีความรู้สึกท้าทายในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาดังกล่าว ซึ่งความบกพร่องทางการมองเห็นที่เกิดจากความเสื่อมตามอายุ เป็นการท้าทายความสามารถที่จะประสบ

ความสำเร็จในการเผชิญกับความเครียด เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น (Reinhardt & Benn, 2000; Verdugo, Prieto, Caballo, & Pelaez, 2005)

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เลือกใช้ในการเผชิญความเครียด และเป็นการประเมินศักยภาพของตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด โดยอาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้หลายวิธีพร้อมกัน ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังงาน (health and energy) โดยบุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีความอดทนต่อปัญหาและมีพลังในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย ในขณะที่ความเชื่อในด้านบวก (positive belief) ทำให้บุคคลมีความหวังในการเผชิญกับความเครียด ส่วนการมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (problem-solving skill) เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูล วิเคราะห์ และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่ดี นอกจากนี้การมีทักษะทางสังคม (social skill) และการสนับสนุนจากสังคม (social support) ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมได้ดีกว่าบุคคลอื่นๆ และแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (material resources) ได้แก่ เงิน หรือสิ่งของ จะช่วยเพิ่มทางเลือกในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดให้แก่บุคคล

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้ทำไปแล้ว หากไม่สามารถจัดการบรรเทาสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้จึงต้องมีการประเมินซ้ำ ซึ่งเป็นการประเมินจากข้อมูลที่ได้มาใหม่หรือจากการเผชิญความเครียดในครั้งก่อน เพื่อให้มีทางเลือกวิธีเผชิญความเครียดที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้

3. การเผชิญความเครียด (coping) เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นปัญหาจึงใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวด้วยการแสดงออกถึงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดทางความรู้สึกหรือการกระทำต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เป็นการใช้สติปัญญาของบุคคลในการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา แล้วแสวงหาวิธีการเผชิญความเครียดต่างๆ พิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้น เมื่อได้วิธีการที่เหมาะสมแล้วจึงดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งในวัยสูงอายุมักมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยคือการแสวงหา และการใช้เครื่องช่วยการมองเห็น (Lee & Brennan, 2002)

3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นรูปแบบการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้เมื่อประเมินสถานการณ์ว่าไม่สามารถจัดการ หรือแก้ไขปัญหาได้ จึงแสดงพฤติกรรมด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากสถานการณ์ (distancing) การเลือกให้ความสนใจเฉพาะบางสิ่งบางอย่าง (selective attention) การเปรียบเทียบเพื่อหาสิ่งที่ดีของปัญหา (positive comparisons)

การมองหาคุณค่าจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (wresting positive value from negative event) และใช้วิธีการเผชิญความเครียดอื่นๆ เช่น การนั่งสมาธิ การใช้สิ่งเสพติด เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นบางคนอาจแสดงออกด้วยการปฏิเสธความเป็นจริง หรือปิดบังคนอื่นว่าตนเองมีความบกพร่องทางการมองเห็น (Pollard et al., 2003)

ส่วนจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์กแมน ได้ขยายแนวคิดการเผชิญความเครียดให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontative) การจัดการกับอารมณ์ (emotive) และการบรรเทาความเครียด (palliative)

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการเผชิญกับสถานการณ์เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนและมีเหตุผล

2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกออกมาโดยไม่ได้ใช้เหตุผลในการเผชิญกับปัญหา

3) การบรรเทาความเครียด เป็นการควบคุมอารมณ์โดยการกระทำสิ่งต่างๆ โดยที่ปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข

โดยผลของการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด คือ การปรับตัวใน 3 ด้าน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

1) การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม (social function) เป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม

2)ขวัญและกำลังใจ (morale) เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดจะมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์

3) ภาวะสุขภาพ (somatic health) เป็นสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่เป็นผลจากการเผชิญความเครียด หากบุคคลมีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีสุขภาพดี

จะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดมีหลายด้าน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าว

ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการเผชิญความเครียด

ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีดังนี้

1. ความรุนแรงของปัญหา การที่บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของปัญหา หากปัญหาที่มีความรุนแรงน้อยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ จนกระทั่งระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง จึงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ แต่หากความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้นถึงระดับรุนแรง บุคคลจะมีแนวโน้มใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984)

2. อายุ จากการศึกษาของอิโควิช และอิสราโลวิทซ์ (Iecovich & Isralowitz, 2004) ในผู้สูงอายุ จำนวน 88 คน พบว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีอายุมากต้องเผชิญความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ส่วนลี และเบรนแนน (Lee & Brennan, 2002) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจำนวน 498 คน พบว่าผู้สูงอายุในแต่ละช่วงจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันดังนี้ ผู้สูงอายุวัยต้นจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการทำเหมือนว่าทุกสิ่งเป็นปกติ ส่วนผู้สูงอายุวัยกลางจะแสวงหาการบริการเพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลาย จะมีแรงจูงใจน้อยในการเผชิญความเครียดด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น และใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการแยกตัวจากสังคม

3. เพศ จากการศึกษาของลี และเบรนแนน (Lee & Brennan, 2002) พบว่าผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชายที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันดังนี้ ผู้สูงอายุหญิงจะใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่ทำให้ตนเองเป็นภาระต่อบุคคลอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุชายที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจะหลีกเลี่ยงความรู้สึกในทางลบ โดยมุ่งความสนใจไปที่ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ มากกว่าความบกพร่องทางการมองเห็นที่เกิดขึ้น และมีความเชื่อมั่นในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

4. ระยะเวลา จากการศึกษาของเวเบอร์ และวอง (Weber & Wong, 2010) ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 30 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกิดขึ้นอย่างช้าๆ จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกิดขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็ว ในขณะที่การศึกษาของกนกวรรณ หอมจันทนากุล (2544) พบว่าผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต่อกระดูกจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้าน โดยใช้ด้านการบรรเทาความเครียดด้วยการยอมรับในโชคชะตามากที่สุด

5. ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาดีจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทำให้มีการตอบสนองที่ดี ช่วยให้มีความสามารถในการเรียนรู้ (Orem, 1991) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

6. ศาสนา จากการศึกษาของแยมโพลสกี วิททิจ เวบบ์ และโอเวอร์บุรี่ (Yampolsky, Wittich, Webb, & Overbury, 2008) ในผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นอายุ 23-97 ปี จำนวน 85 คน พบว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่ศรัทธาต่อศาสนาจะสามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากความบกพร่องทางการมองเห็นได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ศรัทธาต่อศาสนา

7. ครอบครัวและเพื่อน จากการศึกษาของเวเบอร์ และวอง (Weber & Wong, 2010) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีครอบครัวและเพื่อน จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาทันที เนื่องจากครอบครัวและเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนอันดับแรกที่จะช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

8. รายได้ บุคคลที่มีรายได้สูงจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

จากปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการเผชิญความเครียดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าแต่ละปัจจัย ส่งผลต่อการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น รวมทั้งผลของการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าว ซึ่งมีผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดหลายท่านได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดวิธีการเผชิญความเครียด โดยเครื่องมือที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายคือเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด ที่สร้างตามแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโพล์คแมน

การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด

การประเมินวิธีการเผชิญความเครียดมีหลายวิธี โดยทั่วไปจะใช้แบบวัดดังนี้

1. แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale [JCS]) ได้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 ตามแนวคิดของลาซารัส (Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1978) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เมื่อเครื่องมือดังกล่าวมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย จาโลวีก เมอร์ฟีย์ และพาวเออร์ส (Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984) ได้วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้าง พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีมากกว่า 2 ด้าน และมีวิธีการเผชิญความเครียด 4 ข้อ ได้แก่ การ

ร้องไห้ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยา และการทำสมาธิ ที่ไม่สามารถจัดให้อยู่ในหมวดหมู่ของวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้านได้ เนื่องจากมีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (factor loading) น้อยกว่า .25 ซึ่งต่ำกว่าระดับที่ยอมรับได้ที่ .30 จึงตัดวิธีการเผชิญความเครียด 4 ข้อดังกล่าวออกไป เหลือข้อคำถามเพียง 36 ข้อ และจำแนกวิธีการเผชิญความเครียดเพิ่มเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มี 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ มี 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความเครียด มี 14 ข้อ การตอบแบบวัดเป็นแบบประเมินตนเองว่าเคยใช้วิธีการเผชิญความเครียดเหล่านั้นหรือไม่ และใช้บ่อยเพียงใด แต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้ง ซึ่งหากคะแนนรายด้านด้านใดสูงแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง (Jalowiec, 1988) ในระหว่างการทำปริญญานิพนธ์ของจาโลวีก ในปี ค.ศ. 1985 (Jalowiec, 1988) ได้มีการทดสอบคุณภาพของแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,400 คน ประกอบไปด้วยผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน ญาติผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษาปริญญาโท 124 คน หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการเผชิญหน้ากับความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .85 .70 และ .75 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดการเผชิญความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 ต่อมาจาโลวีก (Jalowiec, 1991) ได้มีการพัฒนาแบบวัดการเผชิญความเครียด เพื่อให้สามารถประเมินวิธีการเผชิญความเครียดได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 60 ข้อ และจำแนกวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มี 10 ข้อ 2) ด้านการหลีกเลี่ยง มี 13 ข้อ 3) ด้านการมองโลกในแง่ดี มี 9 ข้อ 4) ด้านการยอมรับในโชคชะตา มี 4 ข้อ 5) ด้านการจัดการกับอารมณ์ มี 5 ข้อ 6) ด้านการบรรเทาความเครียด มี 7 ข้อ 7) ด้านการใช้การสนับสนุน มี 5 ข้อ และ 8) ด้านการพึ่งตนเอง มี 7 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้น ถึง 3 คะแนน หมายถึง เคยใช้วิธีนั้นบ่อยครั้ง การแปลผลคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ถ้าค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้าน หรือรายข้อสูงแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน หรือรายข้อนั้นสูงตามไปด้วย

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale [JCS]) ที่มีข้อคำถาม 36 ข้อ ไปใช้ในการศึกษาของหทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ซึ่งแปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก จาก 36 ข้อ เหลือ 30 ข้อ ใช้กับหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 50 คน ส่วนสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก 36 ข้อ ไปใช้กับผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 คน รวมทั้งปราณี

มิ่งขวัญ (2542) นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 คน แบบวัดการเผชิญความเครียดนี้ได้ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Back translation) รวมทั้งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และนำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 .73 และ .86 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิก ที่มีข้อคำถาม 60 ข้อ ได้นำไปใช้ในการศึกษาของกนกวรรณ หอมจันทร์นาคกุล (2544) ซึ่งคัดแปลงจากเครื่องมือวัดความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (2544) ใช้กับผู้ป่วยต่อกระจก จำนวน 47 คน ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

2. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Checklist) ของโฟล์คแมน และลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดจำนวน 68 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้าน คือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีการพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าวในปี ค.ศ. 1985-1988 โดยแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1988 มีข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ และมีการนำแบบสอบถามนี้ไปศึกษาการประเมินการเผชิญความเครียดที่นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทางคลินิก และไม่ใช้ทางคลินิก โดยปรับให้เหลือข้อคำถาม 50 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 8 ด้าน ได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา มี 6 ข้อ 2) การถอยห่าง มี 6 ข้อ 3) การควบคุมตนเอง มี 7 ข้อ 4) การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มี 6 ข้อ 5) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา มี 4 ข้อ 6) การหลีกเลี่ยงปัญหา มี 8 ข้อ 7) การวางแผนแก้ไขปัญหา มี 6 ข้อ และ 8) การประเมินค่าใหม่ทางบวก มี 7 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีนั้น ถึง 3 คะแนน หมายถึง เคยใช้วิธีนั้นบ่อยครั้ง การแปลผลคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ถ้าค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้าน หรือรายข้อสูงแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้านหรือรายข้อนั้นสูงตามไปด้วย ลันด์ควิสต์ และออลส์ตรอม (Lundqvist & Ahlstrom, 2005) ได้ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 510 คน ประกอบไปด้วยผู้ป่วย 219 คน ญาติผู้ป่วย 77 คน และนักศึกษา 214 คน หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละด้านอยู่ในช่วง .59-.76 ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดได้ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของปราณี มิ่งขวัญ (2542) เนื่องจากเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดที่แปลมาจากแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที รวมทั้งมีค่าความเชื่อมั่น .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

แนวคิดคุณภาพชีวิต

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความเป็นนามธรรม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวที่เป็นพลวัต และมีความหมายที่หลากหลายมิติ (Sneed et al., 2001) คุณภาพชีวิตจึงมีความหมายทั้งแบบคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป และคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ซึ่งแคนทริล (Cantril, 1965) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปว่าเป็นการรับรู้ชีวิตในภาพรวมในโลกแห่งความจริง แสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ต่อความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL], 1998) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปว่าหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและเป้าหมายของตน สามารถประเมินค่าที่เป็นวัตถุวิสัย (objective approach) และจิตวิสัย (subjective approach) ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อม ในขณะที่สถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้นิยามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นระยะไกล การมองเห็นในระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม การจำกัดบทบาท การพึ่งพา สภาวะทางจิตใจที่เป็นผลมาจากการมองเห็นความสามารถในการขับรถ การมองเห็นโดยรอบและการมองเห็นสี และอาการปวดตา (Mangione et al., 1998) รวมทั้งชานและคณะ (Chan et al., 2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ได้นิยามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นต่อกระจกว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ที่ต้องใช้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และความสุขสบายจากอาการของต่อกระจก

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความ

คาดหวังและเป้าหมายของตน เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้การทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น ได้แก่ การมองเห็นระยะไกล การมองเห็นในระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และสภาวะทางจิตใจที่เป็นผลมาจากการมองเห็น โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของแต่ละแนวคิดที่แตกต่างกัน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีหลายแนวคิดและมีความหมายที่หลากหลายมิติ แต่ละแนวคิดจึงมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. องค์ประกอบคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ได้แก่ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL, 1998) มี 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวด ความรู้สึกไม่สบาย ความอ่อนล้า การนอนหลับ การพักผ่อน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของบุคคล เช่น อึดทนทนทาน ความพึงพอใจ ความคิด ความจำ ความรู้สึกทางบวก หรือทางลบ เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การเป็นที่ยอมรับ การติดต่อสื่อสารในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การทำหน้าที่ในครอบครัว เป็นต้น

4) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence domain) เป็นการรับรู้ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการเคลื่อนไหว เป็นต้น

5) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion beliefs domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ความรู้สึก การนับถือศาสนา เป็นต้น

6) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความปลอดภัยในชีวิต สวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม การเดินทาง การรับรู้ข่าวสารและทักษะต่างๆ เป็นต้น

2. องค์ประกอบคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น มี 2 แนวคิด ได้แก่

2.1 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Mangione et al., 1998) มี 11 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการมองเห็นทั่วไป (general vision) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการมองเห็นโดยทั่วไปของตนเอง
- 2) ด้านการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะใกล้ (near activities) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะใกล้ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ การขึ้นลงบันได เป็นต้น
- 3) ด้านการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล (distance activities) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล เช่น การมองเห็นป้ายร้านค้า เป็นต้น
- 4) ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม (social functioning) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การไปร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น
- 5) ด้านการจำกัดบทบาท (role difficulties) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงาน การดูหนัง การเล่นกีฬา เป็นต้น
- 6) ด้านการพึ่งพา (dependency) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน
- 7) ด้านสภาวะทางจิตใจ (mental health) เป็นการรับรู้ถึงอารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการมองเห็น เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความโกรธ เป็นต้น
- 8) ด้านความสามารถในการขับรถ (driving) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการขับรถในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การขับรถในเวลากลางวัน/กลางคืน การขับรถบนทางด่วน เป็นต้น
- 9) ด้านการมองเห็นโดยรอบ (peripheral vision) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นสิ่งต่างๆ ที่อยู่โดยรอบ
- 10) ด้านการมองเห็นสี (color vision) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นสี เช่น การจับคู่สีเสื้อผ้าที่สวมใส่ได้เหมาะสม เป็นต้น
- 11) ด้านอาการปวดตา (ocular pain) เป็นการรับรู้ถึงอาการปวดตา หรือความรู้สึกไม่สบายตา เช่น อาการคันตา แสบตา เป็นต้น

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชาน และคณะ (Chan et al., 2003) มี 4 ด้านดังนี้

1) ความสามารถในการมองเห็นระยะไกล (distance vision) เช่น การมองเห็นไฟจราจร มองเห็นบุคคลหรือร้านค้าที่อยู่ถนนฝั่งตรงข้ามได้ เป็นต้น

2) ความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้ (near vision) เช่น การอ่านหนังสือ ฉลากยา ป้ายราคาสินค้า การขึ้นลงบันได เป็นต้น

3) การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม (social function) เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง การออกไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การทำงาน เป็นต้น

4) ความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก (cataract-related symptoms) เช่น การมองเห็นภาพซ้อน เห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ อาการปวดตา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตแต่ละแนวคิดมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน โดยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปขององค์การอนามัยโลกจะมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชาน และคณะ จะมีความเฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น จึงมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นดังกล่าว

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีดังนี้

1. อายุ เนื่องจากความบกพร่องทางการมองเห็นมีความชุกมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของไนร์มาลาน และคณะ (Nirmalan et al., 2005) ในผู้ที่มีอายุ 40-70 ปี จำนวน 5,119 คน พบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีความบกพร่องทางการมองเห็นมากขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง

2. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาของฟรอสต์ และคณะ (Frost, Eachus, Sparrow, Peters, Hopper, et al., 2001) ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 2,783 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีรายได้น้อยและมีฐานะทางสังคมไม่ดี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากและมีฐานะทางสังคมที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีรายได้มากและมีฐานะทางสังคมที่ดี มีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินและมีเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือมากกว่า ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางด้านสุขภาพและได้รับการรักษาที่ดีกว่า

3. โรค จากการศึกษาของชาน และคณะ (Chan et al., 2003) พบว่ามีเพียงโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน

ไนร์มาลาน และคณะ (Nirmalan et al., 2005) พบว่าผู้ที่เป็นต้อกระจก โรคต้อหิน และสายตาศีดปกติ มีคุณภาพชีวิตลดลง ในขณะที่นูเธติ และคณะ (Nutheti et al., 2006) ศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี จำนวน 3,702 คน พบว่าผู้ที่เป็นโรคต้อหิน โรคเกี่ยวกับกระจกตา ต้อกระจก และโรคเกี่ยวกับจอตา มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว ส่วนสายตาศีดปกติไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

4. ระดับความบกพร่องทางการมองเห็น จากการศีกษาของวารีมา และคณะ (Varma et al., 2006) ในผู้ที่มีอายุ 40-90 ปี จำนวน 5,377 คน พบว่าผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นระดับ ปานกลางถึงรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตลดลง

5. นโยบายของรัฐบาล การจัดทำโครงการต่างๆ ของรัฐบาลในการดูแลสุขภาพตาของประชาชน เช่น การรณรงค์ผ่าตัดต้อกระจก การสนับสนุนแว่นตาราคาประหยัด ทำให้ความชุกของตาบอดลดลง (วัฒน์ย์ เย็นจิตร และคณะ, 2551; ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2552) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

จากปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีทั้งปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นดีขึ้น และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังกล่าว

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปสามารถประเมินได้หลายรูปแบบ ตามแนวคิดของ กูยาทท์ ฟีนีย์ และแพทริค (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993) ซึ่งแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตตามลักษณะเนื้อหาเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (general quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบกว้างๆ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และอาการทั่วไป ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปนี้สามารถใช้ได้กับทุกโรค แต่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคนั้นๆ

2. การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (disease-specific measure of quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคหรืออาการ เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการปฏิบัติหรือการรักษาที่ได้รับ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค

จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการดังกล่าว แต่ไม่สามารถนำผลการประเมินที่ได้ไปเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ

ทั้งนี้วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ จะใช้เครื่องมือที่เป็นแบบวัดประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุโดยตรง แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

1.1 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตอย่างง่ายแบบสากล (simple global instrument) ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965) เป็นแบบวัดความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจในชีวิตแบบขั้นบันได การประเมินแยกเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้สึกเป็นสุข และความพึงพอใจในชีวิต ลักษณะคำตอบเป็นแบบขั้นบันได 10 ขั้น มีช่วงคะแนน 1-10 ตามระดับขั้นบันได มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง 'ไม่มีความสุข หรือไม่มีความพึงพอใจในชีวิต ถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความสุข หรือมีความพึงพอใจในชีวิตอย่างเต็มที่' นำคะแนนจากแบบวัดทั้งสองมารวมกัน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 2-20 คะแนน แปลผลคะแนนโดย คะแนนต่ำแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตระดับสูง จากการรวบรวมข้อมูลการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริลไปใช้ในประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริลมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงที่คำนวณด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) เท่ากับ .54 และ .56 ตามลำดับ (Atkinson, 1982) ซึ่งปีสุ โคฟส์ ไวซิงเกอร์ และคอสเตอร์ (Pesudovs, Weisinger, & Coster, 2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจุก ที่มีอายุ 51-85 ปี จำนวน 13 คน โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของแคนทริลได้เสนอแนะว่า ควรใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นมากกว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป เนื่องจากสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการรักษาที่ได้รับ

1.2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตหลายมิติแบบองค์รวม (comprehensive multi-dimensional global QOL instruments) ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL]) (WHO, 1996) องค์การอนามัยโลกได้สร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ซึ่งใช้เวลามากในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อเหลือข้อคำถามเพียง 26 ข้อ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย สำหรับประเทศไทย สุวัฒน์ นหัตถ์นรินทร์กุล กรองจิต วงศ์สุวรรณ วนิดา พุ่มไพศาลชัย วีระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล และ รานี พรมานะจิรัฐกุล (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด

ย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี แต่หากนำไปใช้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาจใช้วิธีสัมภาษณ์และให้ผู้สัมภาษณ์อธิบายเพิ่มเติมได้ ซึ่ง นูเธติ และคณะ (Nutheti et al., 2006) ได้ดัดแปลงเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ไปใช้ในการศึกษาผลกระทบของความบกพร่องทางการมองเห็นและโรคทางตาต่อคุณภาพชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 3,702 คน โดยแปลเป็นภาษาเตลกู (Telugu) มีข้อคำถามซึ่งเป็นเชิงลบจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม สังคม ศาสนา และความสามารถในการทำกิจกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าจาก 0 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 4 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด แปลผลโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดคิดเป็นจำนวนร้อยละ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตระดับสูง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นต้อหิน โรคเกี่ยวกับกระจกตา ต้อกระจก และโรคเกี่ยวกับจอตา มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะ โรค เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีมิติแบบเฉพาะเจาะจง (specific dimension quality of life instruments) ได้แก่

2.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The National Eye Institute Vision Functioning Questionnaire [NEI-VFQ]) (Mangione et al., 1998) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตาสำหรับผู้ที่เป็นโรคทางตาเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบเกี่ยวกับการมองเห็น 13 ด้าน ซึ่งใช้เวลามากในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จึงได้มีการปรับแบบสอบถามโดยลดข้อคำถามเหลือเพียง 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบเกี่ยวกับการมองเห็น 11 ด้าน ได้แก่ การมองเห็นทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การมองเห็นในระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม การจำกัดบทบาท การพึ่งพา สภาวะทางจิตใจ ความสามารถในการขับรถ การมองเห็นโดยรอบ การมองเห็นสี อาการปวดตา และเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป 1 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 สุขภาพและการมองเห็นทั่วไป มี 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรม มี 12 ข้อ และส่วนที่ 3 การตอบสนองต่อปัญหาทางสายตา มี 9 ข้อ ลักษณะคำตอบมีทั้งแบบเลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4-6 ระดับ แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดคิดเป็นจำนวนร้อยละ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-100 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ซึ่งวู และคณะ (Wu, Nemessure, Hennis, & Leske, 2009) ได้มีการนำ

แบบสอบถามนี้ไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องทางการมองเห็น และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชนผิวดำ ที่มีอายุ 50-95 ปี จำนวน 962 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในระดับมากมีคุณภาพชีวิตลดลง ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละด้านระดับสูงอยู่ระหว่าง .84-.95 ยกเว้นด้านสภาวะทางจิตใจ และความสามารถในการขับรถ ที่มีค่าความเชื่อมั่น .76 และ .49 ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .94

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชานและคณะ (Chan et al., 2003) ประยุกต์มาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของสถาบันจักษุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา และแบบวัดปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องทางการมองเห็นของ ลันด์สตรอม เฟรเจลล์ และสจอบลอม (Lundström, Fregell, & Sjöblom, 1994) เพื่อให้มีบริบทเข้ากับวัฒนธรรมของเอเชีย โดยตัดข้อคำถามบางข้อออกไป เช่น การขับรถ การเล่นเกมเทนนิส เป็นต้น ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นระยะไกล ความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม ความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ รวมมีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย การแปลผลคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ถ้าค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้าน หรือรายข้อสูง แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตรายด้านหรือรายข้อนั้นสูงตามไปด้วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตนี้ได้นำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกในฮ่องกงที่มีอายุเฉลี่ย 71 ปี จำนวน 110 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่คำนวณโดยวิธีการวัดซ้ำ เท่ากับ .93 และหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .92 ซึ่งชาน และคณะได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยต้อกระจกสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามนี้ เนื่องจากมีความง่ายรวมทั้งได้มีการพัฒนาและปรับให้ข้อคำถามสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมทางตะวันออก

ในประเทศไทยทองคุณ ชูบัวภา (2551) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชาน และคณะ (Chan et al, 2003) มาแปลและประยุกต์ใช้โดยดัดแปลงข้อคำถามบางข้อให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมไทย ได้แก่ ปรับงานอดิเรกจากการเล่นเกมกระดานเป็นการตรวจลอตเตอรี่ หรือเรียงเบอร์แทน และเพิ่มองค์ประกอบด้านอารมณ์และจิตใจ แบบสอบถามนี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้าน

การมองเห็นระยะไกล มี 6 ข้อ 2) ด้านการมองเห็นระยะใกล้ มี 7 ข้อ 3) ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม มี 4 ข้อ 4) ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก มี 4 ข้อ 5) ด้านอารมณ์และจิตใจ มี 3 ข้อ โดยด้านที่ 1-3 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง มองไม่เห็นเลย ถึง 4 คะแนน หมายถึง มองเห็นชัดเจนดี ส่วนด้านที่ 4 ความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง มีอาการผิดปกติในระดับมาก ถึง 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการที่ผิดปกติ และด้านที่ 5 อารมณ์และจิตใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจต่อสายตา และมีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างมาก ถึง 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อสายตามาก และไม่มีผลกระทบต่อจิตใจ การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับดี (73-96 คะแนน) ระดับปานกลาง (49-72 คะแนน) และระดับต่ำ (24-48 คะแนน) แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก 2 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสอนต้อกระจก 2 คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก 1 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 1 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ทองคุณ ยุบัวภา (2551) ที่พัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชาน และคณะ (Chan et al., 2003) เนื่องจากเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น รวมทั้งเป็นแบบสอบถามที่มีความสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมไทย และใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2003) ในการแบ่งระดับความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกเป็น 4 ระดับ คือ มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง มีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง และตาบอด ใช้กรอบแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) และกรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชานและคณะ (Chan et al., 2003) เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด

จึงพยายามบรรเทาสถานการณ์และรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจโดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันตามสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อให้มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพตามระดับความบกพร่องทางการมองเห็น และมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นระยะไกล ความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved