



สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลมหาสารคาม REASONS FOR NON-ADHERENCE TO TREATMENT AMONG PATIENTS WITH CATARACT AT MAHASARAKHAM HOSPITAL

Received: April 27, 2024

Revised: July 08, 2024

Accepted: July 30, 2024

พนิตย์ อรัญญาวาส¹, วริศรา ศรีสุกกาญจน์¹, ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช^{2*},
อรอนงค์ วลีขจรเลิศ², อัจฉริยา แสนมี³
Pannit Aranyawat¹, Warisara Srisukkan¹, Thananan Rattanachotphanit^{2*},
On-anong Waleekhachonloet², Achareeya Saenmee³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการนัดหมายเพื่อรับบริการผ่าตัดต้อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาดูเลือนรางระดับรุนแรงที่ได้รับการนัดหมายผ่าตัด ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 จำนวน 86 ราย โดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยทบทวนประวัติการลงนัด และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด คือ กังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 26.7 และญาติพาไปรับบริการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 23.3 สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาครบตามนัดภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก คือ ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล ร้อยละ 80.8

ดังนั้น หน่วยบริการควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก หน่วยงานภาครัฐในชุมชน ควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลระหว่างพักฟื้น รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลพามาพบแพทย์ตามนัด เพื่อช่วยลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้

คำสำคัญ: โรคต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจก, ความไม่ร่วมมือในการรักษา

¹ นิสิตเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Pharmacy student, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham university

² กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Division of clinical pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham university

³ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Mahasarakham hospital

*Corresponding author E-mail: tananan.r@msu.ac.th



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to identify the reasons for non-adherence to treatment among patients with cataracts who had scheduled appointment for cataract surgery at the ophthalmology clinic of Mahasarakham Hospital. The study sample consisted of 86 patients diagnosed with blinding cataracts and severe low vision cataracts, who were scheduled for surgery at the ophthalmology clinic between October 2021 and March 2023. The patients were selected using a purposive sampling method. Data collection was performed, involving a review of appointment logbook for cataract surgery and telephone interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis was performed.

The results showed that the main reason for patients not attending scheduled cataract surgery appointments was concerns about postoperative complications (46.7%), followed by being hospitalized for another illness (26.7%) and their family taking them to other hospitals for surgery (23.3%). The common reasons for not attending to treatment follow-up among patients who did not complete their treatment follow-up after cataract surgery was an absence of family or caregiver to bring them to the hospital (80.8%).

Healthcare providers should provide counseling to patients and their families to reduce anxiety about cataract surgery. Community government agencies should provide support for patients who need caregivers during their recovery after cataract surgery. This support should also extend to patients who require assistance in attending follow-up appointments. This would help reduce barriers that prevent patients from continuing their post-surgery care.

Keywords: Cataract, Cataract surgery, Non-adherence to treatment



บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะเลนส์ตาขุ่นมัว ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนหรือมีอาการตามัว ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะสายตาสั้นและตาบอด ต้อกระจกที่พบมากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการเสื่อมของเลนส์ตา (senile cataract) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์⁽²⁾ “VISION 2020: Right to Sight by the Year 2020” ตั้งเป้าลดความชุกของภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 จากผลการสำรวจความชุกภาวะตาบอดครั้งล่าสุดปี 2550 (The 4th National Survey of Blindness, Low Vision and Major Eye Disease in Thailand)⁽³⁾ พบความชุกของภาวะตาบอดเท่ากับร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี โดยมีสาเหตุจากโรคต้อกระจกมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ต้อหิน ร้อยละ 10.4 จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.9 และผลสำรวจอุบัติการณ์ตาบอดด้วยวิธี Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB)⁽⁴⁾ ในปี 2556 พบว่า อุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 0.6 และมีสาเหตุหลักจาก ต้อกระจกเช่นกัน ร้อยละ 69.7 อัตราป่วยโรคต้อกระจกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคาม เท่ากับร้อยละ 4.2, 2.9, 2.2 และ 1.3 ในปี 2560-2563 ตามลำดับ⁽⁵⁾ และมีอัตราตาบอดต้อกระจก ประมาณร้อยละ 0.73⁽⁶⁾

การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการรักษาหนึ่งที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ต้องได้รับการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ จะมีการมองเห็นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างชัดเจน^(7,8) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย Service plan สาขาจักษุวิทยา ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาดาตาบอดและสายตาสั้น⁽⁹⁾ รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดให้มีการจ่ายชดเชยสำหรับบริการผ่าตัดต้อกระจกสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับรูปแบบการจ่ายชดเชย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) และชนิดสายตาสั้นระดับรุนแรง (severe low vision cataract) ในผู้ป่วยต้อกระจกสูงอายุ รวมถึงสนับสนุนการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต้อกระจกชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract⁽¹⁰⁾ แม้ว่ารัฐบาลได้สนับสนุนทั้งด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกและจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดรักษาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังคงมีผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด^(11,12) ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ผลการรักษา 1 ข้าง แล้วมองเห็นดี จึงยังไม่อยากไปรักษาตาอีกข้างเนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาในผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความไม่พร้อมที่จะรับการผ่าตัดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนเข้าผ่าตัด ความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบข้อมูล ส่งผลให้ไม่มา



รับการผ่าตัดตามนัดหรือต้องเลื่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ พบว่าในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องลางานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล

จากรายงานอัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (senile cataract) ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2560-2563 มีอัตราการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดประมาณร้อยละ 50 ในช่วงปี 2564-2566 โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจักษุแพทย์จำนวน 4 คน มีบริการคัดกรองสายตา ตรวจวินิจฉัย ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ในเวลาราชการ และมีบริการผ่าตัดต้อกระจกชนิด Phacoemulsification และ Extracapsular cataract extraction 4 วันทำการต่อสัปดาห์ และรับส่งต่อการรักษาโรคตาจากโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก แต่พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 15 ไม่มารับบริการตามนัด การศึกษานี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม การทราบข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยบริการในการพัฒนาระบบให้บริการรวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกสามารถมารับการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด และกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้แก่ สาเหตุที่ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก และสาเหตุที่ไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract และได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัด ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เพศชายและหญิงที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป 2) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) ได้รับความยินยอมจากแพทย์ผู้ดูแล และเกณฑ์การคัดออก คือ



1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ไม่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งในการศึกษานี้ให้นิยามว่า คือ ผู้ป่วยที่ขาดนัดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 2) ไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก และ 3) มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูก และมาติดตามการรักษาครบตามนัด

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นรวบรวมสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก เพื่อนำมาสังเคราะห์ว่าส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุใด จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 30 รายต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม จากจำนวนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 49, 38 และ 54 ราย ในกลุ่ม 1, 2 และ 3 ตามลำดับ เมื่อเก็บข้อมูลจริงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 30, 26 และ 30 ราย ตามลำดับ เนื่องจากไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้ทั่วไป เกี่ยวโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดรักษา และแบบสัมภาษณ์สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแล ที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ที่อยู่อาศัย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล อาชีพ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการมีผู้ดูแล สำหรับข้อมูล วันที่นัดผ่าตัดรักษา ชนิดของต่อกระดูก จำนวนตา โรคประจำตัว ได้จากการสืบค้นข้อมูลจากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วยและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดรักษา พัฒนจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของสุรพิย์ มาสมบุญ⁽¹³⁾ ซึ่งสอบถามความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดต่อกระดูก มีทั้งหมด 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.898 โดยการศึกษาครั้งนี้ดัดแปลงมาเพียง 3 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ)

3) แบบสัมภาษณ์สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูก เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีแนวทางของคำตอบที่เป็นเหตุผลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสามารถตอบเหตุผลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ระบุได้ โดยสามารถระบุได้หลายเหตุผล และเหตุผลหลักที่ไม่สามารถมารับบริการได้ โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (ไม่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูก)

4) แบบสัมภาษณ์สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก และการมีผู้ดูแลภายหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยมีแนวทางของคำตอบที่เป็นเหตุผลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสามารถตอบเหตุผลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ระบุได้ (เช่นเดียวกับข้อที่ 3)



5) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่งเสริมให้สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด และการมีผู้ดูแลภายหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกและมาติดตามการรักษาครบตามนัด)

แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย 5 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2566 โดยรวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 จากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วย จากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก และจัดเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยจากปี 2566 และย้อนกลับไป และค้นหาเบอร์โทรศัพท์จากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 49, 38 และ 54 ราย ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์สัมภาษณ์ประมาณ 15 นาทีต่อราย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จะถูกคัดออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง นำเสนอเป็นความถี่ และร้อยละ กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษานำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ได้มา และสรุปเป็นความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม MSKH_REC 65-02-069 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล และการรักษาความลับส่วนบุคคล ก่อนจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อขอความยินยอม และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1 พบว่า อายุเฉลี่ย 70 ปี ประมาณร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา



ประมาณร้อยละ 70 ไม่ได้ทำงาน คำนี้อยู่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ไม่นับรวมผู้ป่วย) ประมาณ 3 คน ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ประมาณร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภออื่นๆ โดยมีคามัธยฐานของระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประมาณ 30 กิโลเมตร โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ เบาหวาน ประมาณครึ่งหนึ่งมีตัวแทนเป็นญาติเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่ มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัด และมาครบตามนัด (n= 30)
เพศชาย (จำนวน, ร้อยละ)	11 (36.6)	12 (46.2)	12 (40.0)
อายุเฉลี่ย (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	70.4 (7.2)	70.7 (8.0)	70.7 (8.9)
สถานภาพสมรส (จำนวน, ร้อยละ)			
โสด	1 (3.3)	4 (15.4)	1 (3.3)
สมรส	27 (90.0)	18 (69.2)	29 (96.7)
หย่าร้าง/หม้าย	2 (6.7)	4 (15.4)	-
ระดับการศึกษาสูงสุด (จำนวน, ร้อยละ)			
ไม่ได้เรียน	-	-	1 (3.3)
ประถมศึกษา	29 (96.7)	24 (92.3)	28 (93.3)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	1 (3.3)	2 (7.7)	-
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	-	-	1 (3.3)
อาชีพ (จำนวน, ร้อยละ)			
ไม่ได้ทำงาน	20 (66.7)	18 (69.2)	23 (76.7)
ค้าขาย	1 (3.3)	1 (3.9)	2 (6.7)
เกษตรกรรม	7 (23.3)	3 (11.5)	5 (16.7)
รับจ้างทั่วไป	2 (6.7)	4 (15.4)	-
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ บ้านเดียวกัน (ไม่นับรวมผู้ป่วย)	3 (1, 4)	2 (1, 3)	2.5 (2, 4)
คามัธยฐาน (p25, p75)			
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	n= 29	n= 25	n= 29
(จำนวน, ร้อยละ)			
น้อยกว่า 5,000 บาท	22 (75.9)	18 (72.0)	22 (75.9)
5,000-9,999 บาท	2 (6.9)	4 (16.0)	5 (17.2)
10,000 บาทขึ้นไป	5 (17.2)	3 (12.0)	2 (6.9)



ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่ มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัด และมาครบตามนัด (n= 30)
สถานที่อาศัย			
อำเภอเมือง	5 (16.7)	5 (19.2)	8 (26.7)
อำเภออื่นๆ	25 (83.3)	21 (80.8)	22 (73.3)
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (กิโลเมตร)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	37.7 (21.7)	36.4 (24.8)	34.8 (21.5)
ค่ามัธยฐาน (p25, p75)	30 (20, 55)	32.5 (13, 53)	30 (17, 45)
โรคประจำตัว (จำนวน, ร้อยละ)			
ความดันโลหิตสูง	14 (46.7)	13 (50.0)	16 (53.3)
เบาหวาน	13 (43.3)	12 (46.2)	13 (43.3)
ไขมันในเลือดสูง	5 (16.7)	4 (15.4)	8 (26.7)
ผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยทาง โทรศัพท์			
ผู้ป่วย	14 (46.7)	14 (53.9)	10 (33.33)
ญาติ	16 (53.3)	12 (46.2)	20 (66.7)

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก แสดงในตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นต้อกระจกชนิด blind cataract ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และ 2 มีจำนวนตาที่เป็นต้อกระจก จำนวน 1 ข้าง ประมาณร้อยละ 66 ในขณะที่กลุ่มที่ 3 มีร้อยละ 87 ชนิดของการผ่าตัดต้อกระจกที่จักษุแพทย์ได้วางแผนไว้สำหรับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 เป็นการผ่าตัดชนิด Phacoemulsification ร้อยละ 57-60 ในขณะที่กลุ่มที่ 2 เป็นการผ่าตัดชนิด Extracapsular cataract extraction ร้อยละ 65 ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดต้อกระจก นับตั้งแต่วันตรวจวินิจฉัยจนถึงวันนัดผ่าตัด โดยเฉลี่ย 53.6 วัน 44.4 วัน และ 54.2 วัน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและลงวันนัดผ่าตัด ร้อยละ 87, 96 และ 93.3 ตามลำดับ



ตารางที่ 2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n = 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่ มาไม่ครบตามนัด (n = 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัด และมาครบตามนัด (n = 30)
ชนิดของต้อกระจก (จำนวน, ร้อยละ)			
Blind cataract	24 (80.0)	20 (76.9)	19 (63.3)
Severe low vision	6 (20.0)	6 (23.0)	11 (36.7)
จำนวนตาที่เป็นต้อกระจก (จำนวน, ร้อยละ)			
1 ตา	20 (66.7)	17 (65.4)	26 (86.7)
2 ตา	10 (33.3)	9 (34.6)	4 (13.3)
ชนิดของการผ่าตัด (จำนวน, ร้อยละ)			
Phacoemulsification (PE)	18 (60.0)	9 (34.6)	17 (56.7)
Extracapsular cataract extraction (ECCE)	12 (40.0)	17 (65.4)	13 (43.3)
ระยะเวลานับตั้งแต่วันมาพบแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดผ่าตัด ต้อกระจก (วัน)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	53.6 (28.0)	44.4 (33.8)	54.2 (29.0)
ค่ามัธยฐาน (p25, p75)	63 (28, 77)	62 (14, 77)	57 (31, 80)
การมีญาติ/ผู้ดูแล (จำนวน, ร้อยละ)			
พามาโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัย และลงนัดผ่าตัด	26 (86.7)	25 (96.2)	28 (93.3)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา

จากการสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา แสดงในตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มที่ 3 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 3 ข้อ ในขณะที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ใน 2 ข้อ ข้อที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 80 คือ ข้อคำถามที่กล่าวว่าโรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด



ตารางที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่ มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัด และมาครบตามนัด (n= 30)
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและ การผ่าตัดรักษา (จำนวน, ร้อยละ)	ตอบถูก	ตอบถูก	ตอบถูก
1) ถ้าไม่ได้รับการรักษาการผ่าตัด ต่อกระดูกหรือทิ้งไว้นานเกินไป อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน จนถึงขั้นตาบอดได้	24 (80.0)	23 (88.5)	27 (86.1)
2) โรคต่อกระดูกเป็นโรคที่สามารถ รักษาให้หายขาดได้โดยการ ผ่าตัด	17 (56.7)	15 (57.7)	24 (80.0)
3) หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตา เทียม หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ เป็นอันตรายได้	29 (96.7)	24 (92.3)	27 (90.0)

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการ

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการ แสดงในตารางที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัด คือ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 46.7 และเมื่อให้ผู้ป่วยระบุสาเหตุหลักที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดได้ พบว่า เหตุผลดังกล่าวเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยระบุในสัดส่วนที่มากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 30 ประเด็นรองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 23 ระบุว่า ญาติพาไปรับบริการผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลอื่น เหตุผลอื่นๆ ที่มีการกล่าวถึง ได้แก่ การไม่มีญาติ/ผู้ดูแล มาเฝ้าระหว่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากที่ต้องกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร หรือไม่มีค่าเดินทาง

สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุ คือ ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ร้อยละ 80.8



ในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด พบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด คือ การมีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ความกังวลว่าหากไม่มาตามนัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.7

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด (กลุ่มที่ 2) มีสัดส่วนที่ต้องดูแลตนเองทั้งในช่วง 1 สัปดาห์แรก ร้อยละ 15.4 และ ในช่วง 2-4 สัปดาห์ ร้อยละ 76.9 สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด ร้อยละ 3.3 และ 60.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ไม่สามารถมารับบริการ จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา	เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เหตุผลหลัก (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)
กลุ่มที่ 1: สาเหตุที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัด (n = 30)		
กังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	14 (46.7)	9 (30.0)
กลัวการผ่าตัด	11 (36.7)	3 (1.0)
มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	8 (26.7)	8 (26.7)
ญาติพาไปรับบริการผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลอื่น	7 (23.3)	7 (23.3)
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล มาเฝ้าระหว่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	6 (20.0)	-
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล เฝ้าหลังจากที่ต้องกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน	6 (20.0)	-
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	4 (13.3)	1 (3.3)
ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร พามาโรงพยาบาล	4 (13.3)	1 (3.3)
กังวลเรื่องภาระค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่ม	2 (6.7)	1 (3.3)
ภายหลังได้รับการผ่าตัด		
ไม่มีค่าเดินทาง	1 (3.3)	-
กลุ่มที่ 2: สาเหตุที่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระดูกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด (n= 26)		
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	21 (80.8)	21 (80.8)
ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร พามาโรงพยาบาล	5 (19.2)	-
มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	3 (11.5)	3 (11.5)
ไม่สามารถหยุดงานได้	3 (11.5)	2 (7.7)



ตัวแปรที่ศึกษา	เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เหตุผลหลัก (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)
กลุ่มที่ 3: ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดต่อ		
กระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด (n= 30)		
มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	27 (90.0)	17 (56.7)
ไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเรื่องค่าเดินทาง	24 (80.0)	1 (3.3)
มีความกังวลว่าหากไม่มาตามนัด อาจเกิด	23 (76.7)	11 (36.7)
ภาวะแทรกซ้อน		
ว่าง/ไม่ได้ทำงาน	22 (73.3)	1 (3.3)
สามารถหยุดงานได้	1 (3.3)	-

ตารางที่ 5 การมีผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระจกตามนัด

ตัวแปรที่ศึกษา		กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่มา ไม่ครบตามนัด (n = 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัดและมาครบ ตามนัด (n = 30)
ในช่วง 1 สัปดาห์แรก	ดูแลตนเอง	4 (15.4)	1 (3.3)
	ญาติ/ผู้ดูแล	22 (84.6)	29 (96.7)
ในช่วง 2-4 สัปดาห์	ดูแลตนเอง	20 (76.9)	18 (60.0)
	ญาติ/ผู้ดูแล	6 (23.1)	12 (40.0)

สรุปผลการวิจัย

สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต่อกระจก ได้แก่ ความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต่อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 ซึ่งระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดต่อกระจก นับตั้งแต่วันที่ตรวจวินิจฉัยจนถึงวันนัดผ่าตัด โดยเฉลี่ยประมาณ 44-54 วัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่



เป็นต้อกระจกชนิด blind cataract ส่วนใหญ่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและลงวันนัดผ่าตัด ร้อยละ 90-96

สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด คือ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และญาติพาไปรับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น ในขณะที่ประเด็นเรื่องการไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลพบในสัดส่วนต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ที่ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา⁽¹¹⁾ โดยการศึกษาดังกล่าว พบว่า สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยปฏิเสธการมารับการผ่าตัดต้อกระจกคือ ไม่มีคนเฝ้าดูแล ร้อยละ 56.09 ตามองไม่เห็นไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ร้อยละ 29.27 และอายุมากแล้วไม่ยอมผ่าตัด ร้อยละ 14.64 ข้อมูลจากการศึกษา ณ โรงพยาบาลศิริราช⁽¹⁴⁾ และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์⁽¹⁵⁾ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตา อยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลที่มีผู้ป่วยมีความต้องการ คือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด⁽¹⁴⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประมาณ 30 กิโลเมตร การมีญาติ/ผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถมารับบริการครบตามนัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัดส่วนใหญ่ระบุเหตุผลว่าไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด และมีญาติ/ผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกในช่วง 1 เดือนภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาตามนัด และประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดตามนัด และกลุ่มที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด แต่ไม่มาติดตามครบตามนัด ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในประเด็นโรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา และการมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด

การศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศอินเดีย ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ไม่รู้หนังสือในพื้นที่ของรัฐบาลประเทศ⁽¹⁶⁾ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ความกลัวที่จะสูญเสียการมองเห็น การกระทบการทำงาน และการเสียโอกาส โดยความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอาจเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด จากการศึกษาของ Kumar และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ณ เมืองมิโซรัม ประเทศ



อินเดีย⁽¹⁷⁾ พบว่า หนึ่งในอุปสรรคสำคัญ คือ ความยากลำบากในการเดินทางมารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ที่มีผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 จึงอาจมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลในการพามาใช้บริการ

ข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2566 ซึ่งอาจส่งผลความแม่นยำของข้อมูล อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต่อกระดูกจัดเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะยังคงสามารถให้เหตุผลที่ไม่สามารถมารับบริการได้ การศึกษาครั้งนี้อนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแล ที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูล หากผู้ป่วยไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย 30, 26 และ 30 รายต่อกลุ่ม ตามลำดับ เนื่องด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเป็นแบบย้อนหลังโดยติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ซึ่งพบปัญหา คือ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ข้อมูล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนสำหรับผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยบริการควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก นอกเหนือจากการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต่อกระดูกและการผ่าตัดรักษา
2. หน่วยงานภาครัฐในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้การสนับสนุนสำหรับผู้ที่ต้องการผู้ดูแลระหว่างที่ต้องพักฟื้นภายหลังจากผ่าตัดต่อกระดูก รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาภายหลังจากผ่าตัด เพื่อช่วยลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาติดตามการรักษาภายหลังจากได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ



เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคตา: การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Service Profile 2011-2014). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. VISION 2020. WHO Regional Office for South-East Asia. [Internet]. [Cited 2022 September 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206523>
3. Jenchitr W, Hanutsaha P, Iamsirithaworn S, Parnrat U, Choosri P, et al. The national survey of blindness low vision and visual impairment in Thailand 2006–2007. Thai J Pub Hlth Ophthalmol. 2007; 21: 11–94.
4. Isipradit S, Sirimaharaj M, Charukamnoetkanok P, Thonginnetra O, Wongsawad W, Sathornsumetee B, et al. The first rapid assessment of avoidable blindness (RAAB) in Thailand. PLoS One. 2014; 9(12): e114245.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ชุดอัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (Senile cataract) สถิติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลสรุปการคัดกรองและวินิจฉัยตาบอด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://vision2020thailand.org/rep-screen-summary.php>
7. Lansingh VC, Carter MJ, Martens M. Global cost-effectiveness of cataract surgery. Ophthalmology. 2007; 114(9): 1670-8.
8. National Health Service, United Kingdoms. Cataract surgery. [Internet]. [Cited 2022 September 1]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/cataract-surgery/recovery/>
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564.
11. ภัณฑิรา โมลิกะ. ศึกษาประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษา กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา. มหานครศรีธรรมราชเวชสาร 2563; 3(2): 1-7.



12. ดุจดาว ทัพเบิก. ผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม
ห่อผู้ป่วยตา หูคอ จมูก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/
91fd6bc4f410218084cfe996bb96dc59.pdf](http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/91fd6bc4f410218084cfe996bb96dc59.pdf)
13. สุรพิศ มาสมบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับ
การผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553. 166 หน้า.
14. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย
ก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช 2554; 4(1): 35-42.
15. วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ค้างแพง. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9(1): 1-12.
16. Kovai V, Paudel P, Stapleton F. Reasons for refusing cataract surgery in illiterate individuals
in a Tribal Area of Andhra Pradesh, India Ophthalmic Epidemiology 2014; 21(3): 144-52.
17. Kumar P, Mondal A, Vishwakarma P. Factor limiting the Northeast Indian elderly population
from seeking cataract surgical treatment: Evidence from Kolasib district, Mizoram, India.
Indian J Ophthalmol 2018; 66(7): 970-74.