



ความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเพิ่ญความเครียด และคุณภาพชีวิต
ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก

Visual Impairment, Coping Strategies, and Vision-related Quality of Life among Elders with Cataract

นพมาศ	อุตะมะ	พย.ม.*	Nopphamat	Utama	M.N.S.*
โรจณี	จินตนาวัฒน์	พย.ด.**	Rojanee	Chintanawat	Ph.D.**
สมสงวน	อัญญคุณ	พญ.***	Somsanguan	Ausayakhun	MD.***
ภารดี	นานาศิลป์	พย.ด.****	Paradee	Nanasilp	Ph.D.****

บทคัดย่อ

ความบกพร่องทางการมองเห็นเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้ม่วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเพิ่ญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก มารับบริการตรวจและรักษาที่ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 236 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดวิธีการเพิ่ญความเครียด และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบวัดวิธีการเพิ่ญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .91 ด้านการเพิ่ญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .88 .80 และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .88 รวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและคะแนนสัมพัทธ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มี ความบกพร่องทางการมองเห็น ร้อยละ 65.25 รองลงมาคือมีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง ร้อยละ 30.51 ตามอด ร้อยละ 2.97 และมีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง ร้อยละ 1.27 ตามลำดับ
2. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทุกระดับใช้วิธีการเพิ่ญความเครียดทั้งสามด้านโดยใช้ด้านการบรรเทาความเครียดมากที่สุด รองลงมาคือด้านการเพิ่ญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

* Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai province

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Professor, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



3. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกือบทุกระดับมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นตาบอดมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก

คำสำคัญ: ความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก

Abstract

Visual impairment is a major problem that impacts the quality and daily life of the elderly. This descriptive research study aimed to describe visual impairment level, coping strategies, and vision-related quality of life among the elders with cataracts. The samples consisted of 236 elders with cataracts who attended the Ophthalmological Medicine Clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The instruments used in this study were the Demographic Data Record Form, the Jalowiec Coping Scale and the Vision-related Quality of Life Questionnaire. Reliability was assessed by Cronbach's coefficient alpha. The reliability coefficient of the overall Jalowiec Coping Scale and confrontive coping, emotive coping, and palliative coping scales were .91, .88, .80, and .80, respectively. The overall Vision-related Quality of Life Questionnaire was .88. Data were collected after the research project was approved by the ethic committee. The data were analyzed using descriptive statistics and relative scores.

The research study revealed that

1. More than half of the elders had either mild visual impairment or normal vision (65.25%), followed by moderate visual impairment (30.51%), blindness (2.97%), and severe visual impairment (1.27%).

2. Elders with all levels of visual impairment used all coping styles. Palliative coping style was the most frequently used, followed by confrontive coping style, and emotive coping style, respectively.

3. Elders in almost all levels of visual impairment had a high level of vision-related quality of life both overall and within each domain, excluding blind elders, who had low to moderate levels of vision-related quality of life.

These research findings can be used as basic information for health providers to develop nursing interventions that promote appropriate coping and high quality of life for elders with cataracts.

Key words: Visual Impairment, Coping Strategies, Vision-Related Quality Of Life, Elders With Cataract



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความบกพร่องทางการมองเห็นเป็นความเสื่อมเรื้อรังของสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่มีความชุกมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Heyl, Wahl, & Mollenkopf, 2007) ปัจจุบันพบว่าประชากรที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั่วโลกถึง 285 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรทั่วโลกตาบอดเพิ่มขึ้นเป็น 46 ล้านคน (The European Academy of Optometry and Optics, 2011) ในประเทศไทยจากผลการสำรวจความชุกของความบกพร่องทางการมองเห็นในปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่ามีประชากรที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั้งหมด 3,964,969 คน โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,837,728 คน โดยมีต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางการมองเห็น (วัฒนีย์ เยนจิตร และคณะ, 2551) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีความสามารถในการทำกิจกรรมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Polack, Kuper, Wadud, Fletcher, & Foster, 2008) มีภาวะซึมเศร้า (Hayman, Kerse, La Grow, Wouldes, Robertson, et al., 2007) รู้สึกเครียดจากการรอผ่าตัดต้อกระจก (กนกวรรณ หอมจันทนากุล, 2544) และมีบทบาททางสังคมลดลงตามความรุนแรงของความบกพร่องทางการมองเห็น (Thurston, Thurston, & Mcleod, 2010)

ผลกระทบจากความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบทบาททางสังคมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกิดความเครียด จึงต้องใช้กระบวนการเผชิญความเครียดเพื่อชดเชยและคงไว้ซึ่งความสามารถของตนเองให้เร็วที่สุด (Baltes & Carstensen, 1996) โดยแต่ละบุคคลจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของตนเอง ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดกรกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าว จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพใน 3 ด้าน ได้แก่ การ

ทำหน้าที่ทางสังคม (social function) มีขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพที่ดี (somatic health) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต (Lazarus & Folkman, 1984) ทั้งนี้ Chan และคณะ (Chan, Wong, Chan, Wong, Tam et al., 2003) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ได้นิยามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต้อกระจกว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ที่ต้องใช้การมองเห็นระยะไกล การมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีความบกพร่องทางการมองเห็นมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตลดลง (Polack et al., 2008) โดยผู้ที่ตาบอดจะมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Nutheti, Shamana, Nirmalan, Keefe, Krihnaiah et al., 2006)

แม้ว่าจะมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น แต่ไม่สามารถนำผลการวิจัยมาอ้างอิงในผู้สูงอายุไทยได้ เนื่องจากบริบทการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่ต่างกัน (วัฒนีย์ เยนจิตร และคณะ, 2551) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงระดับความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น จึงควรมีความเข้าใจถึงระดับความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เพื่อที่จะให้การดูแลได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก
2. ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่



เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ

3. ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ

คำถามการวิจัย

1. ความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกมีมากน้อยเพียงใด

2. ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร

3. ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2003) ในการแบ่งระดับความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกเป็น 4 ระดับ คือ มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง มีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง และตาบอด ใช้กรอบแนวคิดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) และกรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของชานและคณะ (Chan et al., 2003) เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด จึงพยายามบรรเทาสถานการณ์และรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจโดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันตามสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อให้มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพตามระดับความบกพร่องทางการมองเห็นและมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่ดีใน 4

ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็นระยะไกล ความสามารถในการมองเห็นระยะใกล้ การทำหน้าที่และบทบาทในสังคม และความไม่สุขสบายจากอาการของต่อกระจก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นต่อกระจกและไม่มีโรคร่วมทางตา มีระดับสายตาเท่ากับหรือมากกว่า 6/18 ถึงมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างที่อยู่ในระหว่างรอการผ่าตัด มารับบริการตรวจและรักษาที่ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนมกราคม 2556 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของโคครัน (Cochran, 1977) โดยมีค่าสัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่มจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 0.21 (วันนี้อยินจิตร และคณะ, 2551) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 236 คน ซึ่งสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินการรู้คิด (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของ คาคัน โกลด์ฟาร์บ พอลแลค และเพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) และต้องได้ 8 ใน 10 คะแนนขึ้นไป ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของปราณี มิ่งขวัญ (2542) แปลมาจากแนวคิดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนรวม 36-180 คะแนน แปลผลคะแนนใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) เพื่อลดอคติในการแปลผลเนื่องจากคะแนนรวมแต่ละด้านไม่เท่ากัน โดยนำคะแนนรายข้อของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านรวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นได้ค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน



หารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้าน ได้คะแนนสัมพัทธ์ บอกลึงสัดส่วนการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 หากคะแนนสัมพัทธ์ เฉลี่ยด้านใดมากแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้าน นั้นมาก (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987) และแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของ ทองคุณ ยุบัวภา (2551) แพลและประยุกต์มาจาก แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของ ชานและคณะ (Chan et al., 2003) มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวม 24-96 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี โดยแบ่งระดับคุณภาพ ชีวิตเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับดี ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลอง ใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบวัดวิธีการเผชิญ ความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .91 ด้าน การเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และ ด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .88 .80 และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการ มองเห็นได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .88

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจตา ผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ภายหลังจากแพทย์ตรวจผู้ป่วยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว กับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการ สัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยและญาติเห็นยินยอมให้ความร่วมมือ ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะวัดสายตาผู้ป่วยและสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการอ่านคำถามแล้วให้ผู้ป่วยตอบ ใช้ เวลาประมาณ 25 นาที ภายในห้องพักหัวหน้าห้องตรวจ ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว แล้ววิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความบกพร่องทางการมองเห็น และคะแนน

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลวิธีการเผชิญ ความเครียดด้วยคะแนนสัมพัทธ์

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.27 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 44.49 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.22 และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 70.76 มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่สามัคคีกันดี ร้อยละ 96.19 ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 44.49 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 72.03 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.03 และได้รับการศึกษาร้อยละ 97.88 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเพียงพอในการใช้จ่ายที่จำเป็น และมีสิทธิการรักษาที่เป็นหลักประกันสุขภาพต่างๆ ถึงร้อยละ 99.58 โดยกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัดร้อยละ 65.68 ส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 48.31 และใช้สายตาในชีวิตประจำวันระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ในขณะที่ใช้สายตาในการทำงานประจำ ร้อยละ 80.08 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 74.58 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 61.44 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.39 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.12 ตามลำดับ

2. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 65.25 รองลงมาคือมีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง ร้อยละ 30.51 ตามลำดับ ร้อยละ 2.97 และมีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง ร้อยละ 1.27 ตามลำดับ

3. ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทุกระดับมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านโดยใช้วิธีการบรรเทาความเครียดมากที่สุด รองลงมาคือการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกจำแนกตามระดับความบกพร่องทางการมองเห็น และวิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ย							
	บกพร่องทางการมองเห็น		บกพร่องทางการมองเห็น		บกพร่องทางการมองเห็น		บกพร่องทางการมองเห็น	
	ระดับ 1 (n = 154)		ระดับ 2 (n = 72)		ระดับ 3 (n = 3)		ระดับ 4 (n = 7)	
	S.D		S.D		S.D		S.D	
การเผชิญหน้ากับปัญหา	.358	1.022	.338	.997	.323	.850	.337	.897
การจัดการกับอารมณ์	.230	.444	.242	.495	.274	.464	.252	.543
การบรรเทาความเครียด	.412	.651	.420	.550	.404	.087	.411	.689

4. ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มี ความบกพร่องทางการมองเห็น ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.05 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็นระยะไกล ด้านการมองเห็นระยะใกล้ ด้านการมองเห็นระยะใกล้ ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต่อกระจก และด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.05 97.40 98.05 80.52 และ 69.48 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.22 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.06 93.06 100.00 70.83 และ 54.17 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี ร้อยละ 100.00 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็นระยะไกล ด้านการมองเห็นระยะใกล้ ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต่อกระจก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.67 66.67 100.00 และ 66.67 ตามลำดับ ยกเว้นด้านอารมณ์และจิตใจมีคุณภาพชีวิตทั้งระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี ร้อยละ 33.33 เท่ากัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตาบอด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็นระยะไกล ด้านการมองเห็นระยะใกล้ ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต่อกระจก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.14 71.43 42.86 และ 57.14 ตามลำดับ ยกเว้นด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.86 ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกจำแนกตามระดับความบกพร่องทางการมองเห็น และคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น (n = 236)

คะแนนคุณภาพชีวิต	ระดับความบกพร่องทางการมองเห็น							
	ระดับ 1 (n = 154)		ระดับ 2 (n = 72)		ระดับ 3 (n = 3)		ระดับ 4 (n = 7)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม								
ระดับต่ำ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	28.57
ระดับปานกลาง	3	1.95	2	2.78	0	0.00	4	57.14
ระดับดี	151	98.05	70	97.22	3	100.00	1	14.29
ด้านการมองเห็นระยะไกล								
ระดับต่ำ	0	0	0	0.00	0	0.00	2	28.57
ระดับปานกลาง	3	1.95	5	6.94	1	33.33	4	57.14
ระดับดี	151	98.05	67	93.06	2	66.67	1	14.29
ด้านการมองเห็นระยะใกล้								
ระดับต่ำ	0	0	0	0.00	0	0.00	2	28.57
ระดับปานกลาง	4	2.60	5	6.94	1	33.33	5	71.43
ระดับดี	150	97.40	67	93.06	2	66.67	0	0.00
ด้านการทำหน้าที่และบทบาทในสังคม								
ระดับต่ำ	0	0	0	0	0	0.00	2	28.57
ระดับปานกลาง	3	1.95	0	0.00	0	0.00	3	42.86
ระดับดี	151	98.05	72	100.00	3	100.00	2	28.57
ด้านความไม่สุขสบายจากอาการของต้อกระจก								
ระดับต่ำ	0	0	1	1.39	0	0.00	1	14.29
ระดับปานกลาง	30	19.48	20	27.78	1	33.33	4	57.14
ระดับดี	124	80.52	51	70.83	2	66.67	2	28.57
ด้านอารมณ์และจิตใจ								
ระดับต่ำ	3	1.95	2	2.78	1	33.33	3	42.86
ระดับปานกลาง	44	28.57	31	43.05	1	33.33	2	28.57
ระดับดี	107	69.48	39	54.17	1	33.33	2	28.57

การอภิปรายผล

ความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือมีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง ตามมาคือมีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง ตามลำดับ ซึ่งผล

การศึกษานี้มีลักษณะทำนองเดียวกับหลายการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น (ทองคุณ ยุบัวภา, 2551; วัฒนีย์ เยนจิตร และคณะ, 2551; Nutheti et al., 2006) เนื่องจากต้อกระจกเป็นโรคทางตาที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามอายุ เมื่อเป็นต้อกระจกระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจมีความบกพร่อง



ทางการมองเห็นเล็กน้อย ซึ่งในการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีความบกพร่องทางการมองเห็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีรายได้พอเพียงต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและมีสิทธิการรักษา ทำให้มีความสะดวกทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทางในการเข้าถึงการบริการตรวจรักษาได้สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 97.88 จึงมีการใช้บริการสุขภาพในเชิงรุก โดยมารับบริการตรวจรักษาสุขภาพตาตั้งแต่วัยยังไม่มีอาการบกพร่องทางการมองเห็น หรือมีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เมื่อมารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางจึงมีการคัดกรองและส่งต่อเพื่อตรวจตาประจำปี อีกทั้งการมีคณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการที่มีการกำหนดนโยบายลดสภาวะคนตาบอดด้วยการรณรงค์ทำผ่าตัดต้อกระจก การฝึกอบรมการดูแลรักษาโรคตาเบื้องต้นครอบคลุมทั่วประเทศ ร่วมกับการที่รัฐบาลมีนโยบายในการดูแลสุขภาพตาของประชาชนโดยจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพตาต่างๆ และการสร้างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความชุกของตาบอดจากต้อกระจกลดลง (วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ, 2551)

วิธีการเพิกถอนความเครียดผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ ในการศึกษาค้างนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั้ง 4 ระดับ เลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดทั้งสามด้าน โดยเลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดมากที่สุด รองลงมาคือด้านการเพิกถอนหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ผลการศึกษาค้างนี้มีลักษณะในทำนองเดียวกับการศึกษาของกนกวรรณ หอมจันทนากุล (2544) ที่ทำการศึกษาค้างเครียดของผู้ป่วยต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด พบว่า

กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดทุกด้าน โดยเลือกใช้วิธีการยอมรับในโชคชะตามากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 97.03 จึงมีการน้อมนำแนวคำสอนทางพระพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิตด้วยการยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพราะผลของกรรมหรือการกระทำที่ทำได้ ดังนั้นในระหว่างรอการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดด้วยการยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริงมากที่สุด ส่วนวิธีการเพิกถอนความเครียดด้านการเพิกถอนหน้ากับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีอาการบกพร่องทางการมองเห็น แพทย์จึงชะลอการรักษาด้วยการผ่าตัดออกไปและนัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะเพื่อติดตามการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับวิธีการเพิกถอนความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุดในการศึกษาค้างนี้คือวิธีการเพิกถอนความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 97.88 ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาดีจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทำให้มีการตอบสนองที่ดี ช่วยให้มีความสามารถในการเรียนรู้ มีการคิดวิเคราะห์ด้วยเหตุและผล (Orem, 1991) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกใช้วิธีการเพิกถอนความเครียดด้วยการกังวลใจมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวและใช้สายตาในการทำงานประจำ จึงมีความกังวลใจเนื่องจากไม่สามารถใช้สายตาในการทำงานหารายได้เหมือนก่อน ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน 3 อันดับแรก (n = 236)

ลำดับที่	วิธีการเผชิญความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการบรรเทาความเครียด		
1	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	234 (99.15)
2	สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ	217 (91.95)
3	บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	193 (81.78)
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา		
1	พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	169 (71.61)
2	พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	161 (68.22)
3	พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม	156 (66.10)
ด้านการจัดการกับอารมณ์		
1	กังวลใจ	130 (55.08)
2	อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ	109 (46.19)
3	กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	101 (42.80)

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็นถึงมีความบกพร่องทางการมองเห็นปานกลาง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และมีสิทธิการรักษาถึงร้อยละ 99.58 โดยเป็นการใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด ร้อยละ 65.68 ในทำนองเดียวกับการศึกษาหนูเอติ และคณะ (Nutheti et al., 2006) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีรายได้มากและมีฐานะทางสังคมที่ดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีรายได้น้อยและมีฐานะทางสังคมไม่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อยหรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพ

สมรสคู่ มีสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่สามัคคีกันดี และมีบุตรคอยดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและช่วยเหลือ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรง พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านอารมณ์และจิตใจที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทั้งระดับต่ำ ปานกลาง และดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ตาบอดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษานี้มีลักษณะทำนองเดียวกับหลายการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นระดับปานกลางถึงตาบอดมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากความรุนแรงที่มากขึ้นของความบกพร่องทางการมองเห็นส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ทองคุณ ยุบัวภา, 2551; Nutheti et al., 2006) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สายตาในชีวิตประจำวันระดับปานกลาง และใช้สายตาในการทำงานประจำ เมื่อความบกพร่องทางการมองเห็นมีความรุนแรงมากขึ้นจึงไม่



สามารถใช้สายตาในชีวิตประจำวันและทำงานประจำได้ตามปกติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นลดลงตามไปด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า วิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่ความรุนแรงของระดับความบกพร่องทางการมองเห็นที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นลดลง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาต่อกระจก รวมทั้งมารับบริการตรวจ รับคำปรึกษา และรักษาเชิงรุกตั้งแต่เริ่มแรกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็น ต่อกระจกได้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตัวเองให้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างรอผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติงาน เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียด ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย

2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุไทยที่เป็นต่อกระจก ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นแต่ละระดับ

3. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเรียนการสอนเกี่ยวกับความบกพร่องทางการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุไทยที่เป็นต่อกระจก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจก ที่มารับบริการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการรักษาโดยการผ่าตัดต่อกระจก และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงประชากรได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีระดับความบกพร่องทางการมองเห็นรุนแรงถึงตาบอด เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นต่อกระจกที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างแท้จริง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ หอมจันทนากุล. (2544). ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะรอผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทองคุณ ยุบัวภา. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกระยะก่อนและภายหลังผ่าตัด ต้อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัฒน์ ยืนจิตร, ฤศ หายอุตสาหะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, อุดมศิริ ปานรัตน์, ผ่องพักตร์ ชูศรี และ นิวัตรณ เย็นจิตร. (2551). รายงานผลการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนราง โรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขครั้งที่ 4 ในประเทศไทย และการประเมินสมรรถภาพของผู้พิการทางการมองเห็น พ.ศ. 2549-2550. สืบค้นวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2554, เข้าถึงได้จาก http://www.healthyability.com/new_version5/detail_new.php?content_id=521



- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Chan, C. W. N., Wong, J. C. C., Chan, K. S. K., Wong, W.-K., Tam, K. C. K., & Chau, P. S. Y. (2003). Evaluation of quality of life in patients with cataract in Hong Kong. *Journal of Cataract Refractive & Surgery*, (29), 1753-1760.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Son.
- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, M. C., & Campbell, A. J. (2007). Depression in older people: Visual impairment and subjective ratings of health. *Optometry & Visual Science*, 84(11), 1024-30.
- Heyl, V., Wahl, H., & Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Research on Aging*, 12(2), 119-129.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In Waltz, C. F. & Strickland, O. L. (Eds.), *Measurement of nursing outcome: Measuring client outcome*, (pp. 287-308). New York: Springer.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. L., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal Psychiatric*, (October).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Nutheti, R., Shamanna, B. R., Nirmalan, P. K., Keeffe, J. E., Krishnaiah, S., Rao, G. N., et al. (2006). Impact of impaired vision and eye disease on quality of life in Andhra Pradesh. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 47, 4742-4748.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louise: Mosby-year book.
- Polack, S., Kuper, H., Wadud, Z., Fletcher, A., & Foster, A. (2008). *Quality of life and visual impairment from cataract in Satkhira district, Bangladesh*. Retrieved July 20, 2010, from <http://bj.o.bmj.com/content/92/8/1026.full>
- The European Academy of Optometry and Optics. (2011). *New World Health Organization estimates reveal downward trends in blindness and visual impairment worldwide*. Retrieved February 15, 2011, from <http://eaoo.info/en/news/index.cfm/WHO%20data%20february%202011>
- Thurston, M., Thurston, A., & Mcleod, J. (2010). Socio-emotional effects of the transition from sight to blindness. *The British Journal of Visual Impairment*, 28(2), 90-112.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Prevention of Blindness & Deafness: Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning*. Retrieved December 27, 2010, from <http://www.who.int/classifications/icd/en/>