คุณภาพชีวิตข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัว ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Quality of Life of Air Force Retirees and Families with Chronic illness Received Palliative care

วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์*, สิริพร บุญเจริญพานิช
Watcharaporn Paorohit*, Siriporn Booncharoenpanich
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220
Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ปัญหาทางร่างกายและจิตใจของข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประชากรจำนวน 153 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างแบบตามความสะดวกได้จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข WHOQOL–BREF–THAI มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟ่า เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง ๆ ร้อยละ 80 (88 ราย) ปัญหาด้านร่างกายที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวกับอาการปวดตามร่างกาย และปัญหาด้านจิตใจส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง คือรู้สึกท้อแท้ หดหู่ และซึมเศร้า ผลจากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ โรคเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research aimed to study quality of life level, physical and psychological problems of Air Force Retirees and families with chronic illness and received palliative care. Population was 153 Air Force Retirees and families with chronic illness. Convenient sampling was used to recruit 110 participants. Research instrument was WHOQOL–BREF–THAI questionnaires; Cronbach's alpha coefficient was 0.89. Descriptive statistic was used for data analysis.

The results revealed that the quality of life of Air Force Retirees and Family with Chronic illness and received palliative care was at medium level (80%, n = 88). The most common found related to physical problem was pain. Psychological problems mostly found in bed ridden patients were feeling downhearted and depression. The results of this study could be used as a guideline to promote a better quality of life of Air Force Retirees and family with chronic illness and received palliative care.

Keywords : Quality of life, Air Force Retirees, Chronic illness, Palliative care

Corresponding Author : *E-mail : rtafnc1@yahoo.com

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคที่มีการติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายมากขึ้น โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน[1] จากสถิติของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ปี 2558-2559 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเกินกว่า 30 วัน และกลับไปรักษาต่อที่บ้านมีจำนวน ในจำนวนนี้เป็นข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวประมาณ 153 ราย จากการสำรวจชุมชนรอบกองทัพอากาศร่วมกับหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อให้บริการวิชาการแก่สังคม และให้การดูแลให้คำแนะนำแก่ประชาชนซึ่งเป็นหน้าที่หนึ่งของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจากอาการกำเริบของโรคโดยเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วยเป็นระยะเวลานาน มักมีความทุกข์ เครียดเมื่อมีอาการเจ็บปวด และพบภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ปอดอักเสบเนื่องจากสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม ทำให้มีภาวะไข้ไอมีเสมหะมากบางราย มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย ขาดสารอาหาร ง่วงนอน ดื่มน้ำลดลง ร่างกายเสื่อมสภาพ[2]

จากการศึกษานำร่องในกลุ่มข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างเดือนสิงหาคม- ตุลาคม 2559 พบว่าผู้ป่วยบางรายนอนติดเตียงเป็นเวลานานไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ มักมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่า และยังว่าพบการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย และบรรเทาอาการของโรคเพิ่มขึ้น เช่น การซื้ออาหารเสริม การซื้อยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย นอกจากนั้นยังพบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแล และพบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ไม่เป็นระเบียบและไม่ค่อยสะอาด เช่นรอบเตียงนอน หมอน ผ้าห่ม เสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้านร่างกาย จิตใจ

คุณภาพชีวิต คือ ความสุข ความพอใจ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม แม้ว่าจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย[3] งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในโรงพยาบาลและบางพื้นที่ เช่นในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด[4] การศึกษาในกลุ่มข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มีผู้ศึกษา พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิด หากมีการติดตามดูแลและได้รับคำแนะนำจากบุคลากร ในทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านจะสามารถป้องกัน หรือลดปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยได้ การที่จะให้การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาจึงจำเป็นต้องศึกษาคุณภาพชีวิตข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเป็นแนวทางในการเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจของข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยเกินกว่า 3 เดือน ด้วยโรคไม่ติดเชื้อ และแพทย์ลงความเห็นว่าควรให้การรักษาและดูแลแบบประคับประคอง รู้สึกตัวดีและสามารถโต้ตอบได้

เกณฑ์คัดออก

เป็นข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรคปอด โรคเอดส์ และการป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อที่แพทย์คงไห้การรักษาเพื่อให้หายจากการเป็นโรค

คุณภาพชีวิต	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130
1. ด้านร่างกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40

ประชากร คือ ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัวที่ป่วยเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 153 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความคาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 110 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างความสะดวก โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แบบสอบถามที่สมบรูณ์คืนกลับมาร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเพื่อพิจารณาและได้รับการอนุมัติ IRB เลขที่ 70160 แล้วจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ก่อนทำการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุด หรือปฏิเสธและขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการวิจัยนี้คำนึงถึงความถูกต้อง สิทธิประโยชน์ และความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข WHOQOL–BREF–THAI[3] ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)[3] และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.89

เกณฑ์การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม[3]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน โดยใช้การแปลผลค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแปลผลคุณภาพชีวิต
3. วิเคราะห์ปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจของข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัว ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้าราชการบำนาญและครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.82 (จำนวน 68 ราย) รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.18 (จำนวน 42 ราย) อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 34.54 (จำนวน 38 ราย) อายุ 66-70 ปี ร้อยละ 30.90 (จำนวน 34 ราย) อายุ 71- 75 ปี ร้อยละ 19.10 (จำนวน 17 ราย) อายุ 75 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 15.46 (จำนวน17 ราย) ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.27 (จำนวน 30 ราย) รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.73 (จำนวน 36 ราย) มะเร็งร้อยละ 14.55 (จำนวน 16 ราย) เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า1 โรค ร้อยละ 25.45 (จำนวน 28 ราย) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตโดยรวมของข้าราชการบำนาญและครอบครัวที่ป่วยเรื้อรัง (n=110)

คุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 26 – 60 คะแนน	22	20.00
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ 61 – 95 คะแนน	88	80.00
คุณภาพชีวิตที่ดี 96 - 130 คะแนน	0	0.00
ด้านร่างกาย		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 7 – 16 คะแนน	10	9.09
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ 17 – 26 คะแนน	100	90.91
คุณภาพชีวิตที่ดี 27 – 35 คะแนน	0	00.00
ด้านจิตใจ		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 6 – 14 คะแนน	24	21.28
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ 15 – 22 คะแนน	84	76.36
คุณภาพชีวิตที่ดี 23 – 30 คะแนน	2	1.82
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 3 – 7 คะแนน	52	47.27
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ 8 – 11 คะแนน	56	50.91
คุณภาพชีวิตที่ดี12 – 15 คะแนน	2	1.82
ด้านสิ่งแวดล้อม		
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8 – 18 คะแนน	41	37.27
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ 19 – 29 คะแนน	67	60.91
คุณภาพชีวิตที่ดี 30 – 40 คะแนน	2	1.82

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของข้าราชการบำนาญและครอบครัวที่ป่วยเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 20.00 (จำนวน 22 ราย) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ ร้อยละ 80.00 (จำนวน 88 ราย) คะแนนคุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (7 – 16 คะแนน) ร้อยละ 9.09 (จำนวน 10ราย) มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (17 – 26 คะแนน) ร้อยละ90.91 (จำนวน 100ราย) ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (6 – 14 คะแนน) ร้อยละ 21.82 (จำนวน 24 ราย) มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (15 – 22 คะแนน) ร้อยละ 76.36 (จำนวน 84 ราย) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (23 – 30 คะแนน) ร้อยละ 1.82 (จำนวน 2ราย) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (3-7 คะแนน) ร้อยละ 47.27 (จำนวน 52 ราย) มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (8-11คะแนน) ร้อยละ 50.91 (จำนวน 56 ราย) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (12-15 คะแนน) ร้อยละ 1.82 (จำนวน 2 ราย)

ปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจของข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ และครอบครัว ซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1. จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ปัญหาด้านร่างกาย พบอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดกระดูก ปวดขา ปวดแขน คิดเป็นร้อยละ 56.36 (จำนวน 62 ราย) อ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 52.72 (จำนวน 58 ราย ง่วงนอน คิดเป็น ร้อยละ 33.07 (จำนวน 38 ราย) ขาดสารอาหาร รับประทานได้น้อย สำลักอาหารขณะรับประทานอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ดื่มน้ำลดลง คิดเป็น ร้อยละ 32.72 (จำนวน 36 ราย) มีแผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ พบในรายที่ป่วยนานและมีภาวะติดเตียง ร้อยละ 13.63 (จำนวน 15 ราย)

2. ปัญหาด้านจิตใจ พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ซึมเศร้า รู้สึกน้อยใจ คิดเป็นร้อยละ 29.09 (จำนวน 32 ราย) หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย รู้สึกอึดอัดไม่ได้อย่าง

ใจในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง คิดเป็น ร้อยละ 16.36 (จำนวน 18 ราย)

3. ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบผู้ป่วยต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมเยียนบ้าง ต้องการให้ลูกมีเวลาให้ คิดเป็นร้อยละ 21.81 (จำนวน 24 ราย)

4. ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม พบสภาพแวดล้อมภายในบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การจัดบ้านไม่เป็นระเบียบ สิ่งของวางไม่เป็นที่ คิดเป็น ร้อยละ 34.54 (จำนวน 38 ราย) เตียงนอนติดพื้น เมื่อลุกนั่งไม่สามารถห้อยเท้าได้ทำให้ลุกนั่งลำบากเคลื่อนย้ายตัวลำบาก ไม่มีที่ยึดเมื่อลุกนั่ง คิดเป็นร้อยละ 10.90 (จำนวน 12 ราย) ห้องน้ำเป็นแบบนั่งยอง คิดเป็นร้อยละ 7.27 (จำนวน 8 ราย) ไม่แยกส่วนระหว่างห้องน้ำและห้องส้วม เสี่ยงต่อการล้ม คิดเป็น ร้อยละ 6.36 (จำนวน 7 ราย) ผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการบำนาญและครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.82 (จำนวน 68 ราย) และเป็นเพศชายร้อยละ 38.18 (จำนวน 42 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 25581 พบว่าความชุกของโรคเรื้องรัง พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการบำนาญและครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค ร้อยละ 25.45 (จำนวน 28 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับ 5 คือ โรคเรื้อรังแต่ละโรคมีความสัมพันธ์กัน จึงสามารถพบโรคเรื้อรังได้หลายอย่างในคนเดียวกัน

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (17 – 26 คะแนน จากคะแนน 35) ร้อยละ90.91 (จำนวน 100 ราย) และพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (7 – 16 คะแนนจากคะแนน 35) ร้อยละ 9.09 (จำนวน 10 ราย) การวิเคราะห์รายข้อพบการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ และจำเป็นต้องไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean = 3.88, SD = 2.98) ซึ่งโรคเรื้อรังมีผลให้เกิดอาการปวด[6] การสูญเสียในการทำหน้าที่ของอวัยวะ และมีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้[7] พบว่าผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากนำไปสู่ความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ลดหรือบรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการทำหน้าที่ของอวัยวะให้สามารถทำหน้าที่คงไว้

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (15 – 22 คะแนน จากคะแนน 30) ร้อยละ 76.36 (จำนวน 84 ราย) มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (6–14 คะแนน จากคะแนน 30) ร้อยละ 21.82 (จำนวน 24 ราย) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (23 – 30 คะแนน) ร้อยละ 1.82 (จำนวน 2 ราย) จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่ามีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ระดับมาก (mean = 4.00, SD = 2.48) และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ซึมเศร้า รู้สึกน้อยใจคนรอบข้าง รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้ดูแล มีภาวะหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย รู้สึกอึดอัดไม่ได้อย่างใจในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง และจากการศึกษา คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานาน ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมัก พบว่ามีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตน้อย การส่งเสริมความผาสุกด้านจิตใจ ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกพอใจในตนเองจะช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น[8]

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (8-11คะแนน จากคะแนน 15) ร้อยละ 50.91 (จำนวน 56 ราย) การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 3 – 7 คะแนน ร้อยละ 47.27 (จำนวน 52 ราย) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (12-15 คะแนน) ร้อยละ 1.82 (จำนวน 2 ราย) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง การมีสัมพันธภาพที่ดีมักแสดงออกถึงความรักความห่วงใย มีความพึงพอใจต่อการอยู่ร่วมกัน[9] จากผลการศึกษานี้พบว่าการวิเคราะห์รายข้อด้านความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างเช่นที่ผ่านมา และพอใจกับการ ช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ระดับน้อย (mean = 2.50, SD = 3.61) ทำให้สัมพันธภาพไม่ดี ซึ่งการศึกษา พบว่าการมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี[10] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจะส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น[11]

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (19 – 29 คะแนน) ร้อยละ 60.91 (จำนวน 67 ราย) คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (8 – 18 คะแนน) ร้อยละ 37.27 (จำนวน 41 ราย) คุณภาพชีวิตที่ดี (30 – 40 คะแนน) ร้อยละ 1.82 (จำนวน 2 ราย) จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่าบางข้อมีระดับ

น้อยได้แก่ การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น (mean = 2.24 SD. 2.83) การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน (mean = 2.43, SD 3.27) มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด (mean = 2.35, SD 3.61) และการเดินทางไปไหนมาไหน (mean = 2.50, SD 1.76) และยังพบว่าค่าใช้จ่ายที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพคุณชีวิตให้ดีขึ้น[12]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำผู้ดูแลข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้สามารถทำหน้าที่ให้ได้นานที่สุด ลดการพึ่งพา การทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ดูแลข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้เป็นระเบียบ การส่งเสริมความปลอดภัยในที่พักอาศัย การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยที่จำเป็น การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบเพื่อน ญาติสนิท การคลายเครียด สามารถช่วยพัฒนาคุณภาพคุณชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

3. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับการเงินของข้าราชการบำนาญควรพัฒนาโปรแกรมการออมเงินเพื่อให้ข้าราชการบำนาญมีเงินสำรองเพื่อการใช้จ่ายเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เพื่อให้มีเงินที่เพียงพอ กับค่าใช้จ่ายสำหรับการยังชีพและรักษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยการจัดโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพื่อช่วยแก้ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

References

1. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Non Communicable Disease. Annual Report 2015. Bureau of Non Communicable Disease. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King Printing 2016. (in Thai).
2. Dickson GE, Clark D, & Sque M. Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. Nurse Education Today 2008; 28(2).
3. Department of Mental Health. WHOQOL–BREF–THAI. Minister of Public Health 2015. (in Thai).
4. Donovan KA, & Jacobsen PB. Fatigue, depression, and insomnia: evidence for a symptom cluster in cancer. In Seminars in oncology nursing 2007: 23 (2).
5. Thai Hypertension Society. Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension 2012 Update 2015. Bangkok: Thai Hypertension Society 2015. (in Thai).
6. Lubkin & Larsen. Chronic Illness: Impact and Intervention; Jones and Barret learning: Wall Street Burlington, MA. 2013
7. Wongbanjeadsang S. Relationship between health care agency and quality of life among older adult with chronic illness in the elderly club at the Health Science Center, Burapa University 2010; 18(4): 64-77
8. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, & Allore, HG. Trajectories of disability in the last year of life. New England Journal of Medicine 2010; 362(13): 1173-1180.

9. Glass E, Cluxton D, & Rancour P. Principles of patient and family assessment. In Ferrell B, & Coyle N. (Eds.), Oxford Textbook of palliative Nursing (pp.87-106). New York: Oxford University Press 2010.
10. Songkharmpukdee S. Quality of Life for Diabetic Patient Selaphum, Roi-Et. Mahasarakham Hospital Journal 2015; 9(1): 38-46. (in Thai).
11. Muksiritipanun B, & Monthaison D. Factors Related to Quality of Life in Patients with Diabetic Retinopathy. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014; 15(2): 395-404. (in Thai).
12. Wannachart M, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, & Taechaboonsermsak P. Quality of Life among Elderly People with Chronic Diseases in Ubon-RatchathanI Province. Journal of Public Health Special Issue 2015; (18-29). (in Thai).