



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness:
A Convergent Mixed Method Study
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

Pregamol Rutchanagul* ปรีภัยกมล รัชชกุล*
Wipada Sangnimitchaikul** วิภาดา แสงนิมิตรชัย

Abstract

Quality of life for school-aged children with chronic illnesses requires holistic care from family, school, and healthcare professionals. This descriptive study used a mixed-methods, convergent triangulation design aimed at examining the quality of life of school-aged children living with chronic illness. The participants consisted of school-aged children who visited the outpatient department or were admitted to the pediatric ward at one study hospital. The first phase was quantitative and used a survey method. The participants in this phase comprised 184 school-aged children. Participants were selected using a convenience sampling method based on predetermined criteria. Data were collected using the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQLTM 4.0) and a demographic questionnaire. Descriptive statistics and chi-square test were employed for analyzing quantitative data. The second phase employed a qualitative method, utilizing semi-structured interview questions for in-depth interviews. Purposive sampling was employed to select 16 school-aged children. Content analysis was used for qualitative data analysis.

Results of the quantitative study showed the overall quality of life of school-aged children with chronic illnesses at a good level, with 57.6% classified as having normal quality of life and 42.4% as having lower quality of life. The domains of quality of life—physical, emotional, and social functioning—were at a normal level, while the school functioning domain was at a lower level. When comparing illnesses and quality of life levels, no significant difference was found between different chronic diseases and PedsQL scores. The results of the qualitative data analysis revealed three major aspects of the quality of life of school-aged children living with chronic illnesses, including: 1) living a normal life within limitations – a perspective from children with good quality of life; 2) a life different from others – a reflection from children with poor quality of life; and 3) the burden of managing their own health.

The results of this study provide a deeper understanding of the quality of life among school-aged children living with chronic illnesses. These insights can serve as a foundation for developing structured support interventions, especially in the education domain, and for formulating strategies to support their adaptation to illness.

Keywords: Chronic illness; Quality of life; School-aged children

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: wipada@nurse.tu.ac.th

Received 2 June 2025; Revised 26 August 2025; Accepted 29 August 2025



บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรที่มีสุขภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณทำการสำรวจในเด็กวัยเรียนจำนวน 184 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (PedsQLTM 4.0) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ chi-squared test ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยร้อยละ 57.6 เป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 42.4 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ หากจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม อยู่ในระดับปกติ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบโรคที่เจ็บป่วยและระดับคุณภาพชีวิตพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน และผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ใช้ชีวิตปกติภายใต้ข้อจำกัด: มุมมองจากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตดี 2) ชีวิตที่ไม่เหมือนคนอื่น: ภาพสะท้อนของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ และ 3) ภาระที่ต้องจัดการสุขภาพ

ผลการศึกษาทำให้เข้าใจคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบการช่วยเหลือเด็ก โดยเฉพาะด้านการเรียน และการกำหนดกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิต เด็กวัยเรียน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: wipada@nurse.tu.ac.th

วันที่รับบทความ 2 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 26 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 29 สิงหาคม 2568



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรัง คือ โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานเป็นปีหรือตลอดชีวิต การดำเนินการของโรคที่ความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาในระดับโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ไว้ว่าแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กจะเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน เป็น 20 ล้านคน ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (Barthel et al., 2018) และพบว่า อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กวัยเรียนก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยประมาณร้อยละ 30 ของเด็กจะมีการเจ็บป่วยทางร่างกายอย่างน้อย 1 โรค (Hall et al., 2019) จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงปี ค.ศ. 2011- 2023 พบว่า อัตราความชุกของโรคเรื้อรังในกลุ่มเด็กอายุ 3-17 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.8 เป็นร้อยละ 31.0 (Forrest et al., 2025) ประเทศไทยมีจำนวนเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในเด็กอายุ 5-14 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.17 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 47.33 ในปี พ.ศ. 2563 (Health Information System Development Office, 2020)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพียงแต่จะมีอาการทุเลาหรือควบคุมโรคได้หากรักษาอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะของอาการที่กำเริบและทุเลาสลับกัน (World Health Organization, 2005) ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีอาการก็ต้องเฝ้าระวัง ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กได้รับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งในด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรคทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า ตัวเล็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เช่น โรคธาลัสซีเมียทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างจากเด็กปกติ อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการรักษา เช่น ความเหนื่อยล้า ปวดเรื้อรัง เป็นต้น (Sinlapamongkolkul & Surapolchai, 2020; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากโรคที่เป็น หรือจากการรักษา ทำให้เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรู้สึกกว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ไม่แข็งแรงเหมือนเพื่อน เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของตนเองกับบุคคลอื่น เด็กวัยนี้จะมีความกลัวว่าแตกต่างจากเพื่อนเป็นอย่างมาก (Hockenberry et al., 2021) เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางลบ มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง กลายเป็นเด็กที่มีปมด้อย แยกตัวเอง ไม่พึงพอใจกับชีวิตของตนเอง รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และมีความกลัวต่ออนาคตกลายเป็นปัญหาด้านจิตใจ เช่น ไม่มีความสุข อับอาย หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า (Salih, 2019; Tekin et al., 2022)

การเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องแยกจากครอบครัวหรือเพื่อนเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาล ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะทางวิชาการร่วมกับเพื่อน ทำให้รู้สึกแปลกแยก ไม่มั่นใจในตัวเอง เกิดปัญหาพฤติกรรมปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (Lum et al., 2017; Sudhawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021) เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอัตราการขาดเรียนสูงกว่าเด็กทั่วไป โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการกำเริบ ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง (Lum et al., 2017) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีเด็กป่วยก็ได้รับผลกระทบเช่นกันจากภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากของโรคเรื้อรัง มีภาระการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เหนื่อยล้าจากภาระการดูแลและวิตกกังวลในครอบครัวซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็ก (Salih, 2019; Sudhawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ผลกระทบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในเด็กที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากครอบครัว โรงเรียนและบุคลากรที่มสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์



กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และกฎเกณฑ์ของบุคคลนั้น ๆ (The WHOQOL Group, 1994) คุณภาพชีวิตจึงเป็นการสะท้อนการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นหนึ่งในผลลัพธ์การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้มุ่งแต่เพียงการให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่สามารถอยู่กับโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดลงและน้อยกว่าเด็กสุขภาพปกติ ซึ่งเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหืด ธาลัสซีเมีย โรคไต มะเร็ง หัวใจพิการตั้งแต่เกิด ก็ล้วนมีคุณภาพชีวิตลดลงต่ำลงหากมีอาการของโรครุนแรงมากก็จะยิ่งคุณภาพชีวิตลดน้อยลง (Silva et al., 2019; Tekin et al., 2022) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของจิตใจ อารมณ์ และการทำหน้าที่การเรียนของเด็ก (Salih, 2019) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนหลายปัจจัย ได้แก่ อายุของเด็ก (Barthel et al., 2018) ระดับอาการซึ่งประเมินจากจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลหรือการนัดพบแพทย์ (Barthel et al., 2018; Sudnawa et al., 2024) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน (Lum et al., 2017) ระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของเด็กและผู้ปกครอง (Tekin et al., 2022) รายได้ของครอบครัว (Ahmed Meelad et al., 2023; Barthel et al., 2018) และการจัดการของครอบครัว (Barthel et al., 2018; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากได้ศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมของโรคเรื้อรัง และเฉพาะเจาะจงในโรคบางกลุ่ม โดยมีการพัฒนาองค์ความรู้ตั้งแต่ระดับเชิงพรรณนา ศึกษาหาความสัมพันธ์หรือทำนาย จนถึงนำไปใช้ในการจัดโปรแกรมที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาเชิงพรรณนาในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่ยังมีข้อค้นพบว่า เด็กบางกลุ่มโรค เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีได้ (Amodeo et al., 2022; Moreno-Medina et al., 2020) จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตของเด็กโดยเฉพาะในบริบทของเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาอัตมโนทัศน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม

อีกทั้งหลายงานวิจัยที่ผ่านมาทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในประเทศตะวันตก ซึ่งอาจไม่สะท้อนลักษณะเฉพาะของบริบทสังคมไทยที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงบริบทของโรงเรียนที่แตกต่างออกไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความละเอียดสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นำไปสู่ความเข้าใจที่รอบด้านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กไทยวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ข้อค้นพบที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิด โดยคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลนั้นได้อาศัยอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่



1) มิติด้านสุขภาพกาย (physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (environmental) (The WHOQOL Group, 1994) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้ระเบียบการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน (convergent mixed method study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนอายุ 7-12 ปีที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังโดยมีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ไม่มีความพิการด้านสติปัญญาหรือพัฒนาการช้า สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กที่มีคะแนนสูงหรือคะแนนต่ำ และมีเวลาเข้าร่วมการสัมภาษณ์ คุณสมบัติคัดออก คือ เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยอื่นที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul et al., 2009) กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติ chi-square ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ตามข้อเสนอของ โคเฮน (Cohen, 1988) ในการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และสุขภาพ ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 ค่า power เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา (Polit & Beck, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 183 ราย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 184 คน สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Morse, 1991) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ให้ข้อมูล 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (Pediatric Quality of Life Inventory TM 4.0: PedsQLTM) พัฒนาโดย วาร์นิ และคณะ (Varni et al., 2001) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ (Sritipsukho et al., 2013) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) แบบ known-group technique พบว่า มีอำนาจการจำแนกรายข้อสูงในระดับสูง และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะสุขภาพดีและเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ (Sritipsukho et al., 2013) มีคำถาม 23 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) ด้านอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านสังคม (5 ข้อ) และด้านโรงเรียน (5 ข้อ) การให้คะแนนเป็น 5 ระดับแบบ Likert scale (ค่าคะแนนจาก 0 ถึง 4) คือ ไม่เคยมีปัญหาเลย (0) = 100 คะแนน, เกือบไม่เคยเลย (1) = 75 คะแนน, เป็นบางครั้ง (2) = 50 คะแนน, บ่อย ๆ (3) = 25 คะแนน, มีปัญหาเกือบตลอดเวลา (4) = 0 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้คะแนนรวมจะมีคะแนน 0-100 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่า แสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า คะแนนจุดตัด (cut-off score) ของคุณภาพชีวิตระดับปกติ อยู่ที่มากกว่า 69.71 คะแนน และคะแนน



คุณภาพชีวิตระดับต่ำ อยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 69.71 คะแนน แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพและการพยาบาลครอบครัว ปรับแก้ไขเพื่อความครอบคลุมของแนวคำถาม แล้วนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ราย เพื่อตรวจสอบภาษาที่ใช้ ระยะเวลา ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) หนูรู้หรือไม่ว่าหนูไม่สบายเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไรบ้าง 2) หนูรู้สึกอย่างไรกับอาการที่เป็นอยู่ เพราะอะไรหนูถึงรู้สึกอย่างนั้น 3) ตอนนี้อนุรู้สึกพึงพอใจในการใช้ชีวิตเพียงใด พึงพอใจในเรื่องอะไร อะไรที่ไม่พึงพอใจ

4. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกอารมณ์ สีหน้า กิริยาท่าทาง บรรยากาศ และการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่สัมภาษณ์ นอกจากนี้มีอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 018/2564 อนุมัติวันที่ 19 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลอธิบายงานวิจัย (Information sheet) โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจของเด็กและผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตกลงเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติรับรองการทำวิจัยในคนและได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาล และหัวหน้าของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หัวหน้าของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลของเด็กที่มารับบริการ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปกติ (คะแนนรวม 100 คะแนน) และระดับต่ำจากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ครอบคลุม และสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยจะทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของทั้งสองกลุ่มสลับกันไป กล่าวคือ เริ่มจากกลุ่มที่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง ตามด้วยกลุ่มที่มีคะแนนต่ำ และสลับกลับไปยังกลุ่มที่มีคะแนนสูงอีกครั้ง จนกว่าจะสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

2. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ (Consent Form) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่งกลับแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและพิจารณาคะแนนรวม เมื่อพบว่า เป็นกลุ่มที่มีคะแนนเต็มหรือระดับต่ำ ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอีกครั้งเพื่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองเป็นผู้เลือกช่วงเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ตามความสะดวก โดยหากเป็นกรณีผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เลือกเป็นช่วงเวลาก่อนหรือหลังเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ส่วนในกรณีที่เด็กพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย การสัมภาษณ์ดำเนินการในช่วงเช้า กลางวัน หรือเย็น โดยทำการสัมภาษณ์ใน



ห้องที่เป็นส่วนตัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

5. เริ่มสัมภาษณ์โดยการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึกภาคสนามเพื่อแยกแยะความรู้สึกของผู้วิจัย การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลา 30-50 นาที สัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง มีการสัมภาษณ์ซ้ำในผู้ให้ข้อมูล 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ 16 คนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation of data) จึงสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ chi square test เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของ แวน คัม (Van Kaam, 1966 as cited in Oumtane, 2016) คือ อ่านข้อมูลจากการถอดเทปสัมภาษณ์ พร้อมจัดกลุ่มโดยใช้คำพูดจากบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลมาสกัดสาระสำคัญ กำหนดประเด็นหลักและประเด็นย่อย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่วิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล 4 คน ตรวจสอบความถูกต้อง (member check) 2) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน (peer debriefing) 3) ตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลว่าสอดคล้องกันทั้งการสัมภาษณ์และสิ่งที่สังเกตจากการบันทึกภาคสนาม และ 4) จดบันทึกสะท้อนความรู้สึกและความคิด (reflexive journal) ของผู้วิจัยขณะสัมภาษณ์ (bracketing) เพื่อไม่นำความรู้สึกของผู้วิจัยไปตีความ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 184 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 10 ปี (SD 1.5 ปี) มีอายุในช่วง 11-12 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.3) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.9 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี 3 เดือน (SD 3 ปี 2 เดือน) มีระยะเวลาเจ็บป่วยในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 24.5) ป่วยเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น หืด ภูมิแพ้ มากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 39.1) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.7) มีอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.6) มียาที่ต้องใช้เป็นประจำโดยส่วนใหญ่เป็นยาชนิดรับประทาน (ร้อยละ 72.8)

คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับที่ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.9 (SD 15.8) โดยเป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตระดับปกติ เท่ากับ ร้อยละ 57.6 และมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เท่ากับร้อยละ 42.4 หากจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม อยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.3, 71.3, และ 81.4 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.2 (SD 19.9) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ตารางแสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (n = 184 คน)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน						
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	M	SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
ภาพรวม	0-100	30.4-100	72.9	15.8			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70.6-100			106	57.6	
- ระดับต่ำ	0-69.71	30.4-69.7			78	42.4	
ด้านร่างกาย	0-100	12.5-100	73.3	19.3			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	71.9-100			111	60.3	
- ระดับต่ำ	0-69.71	12.5-68.8			73	39.7	
ด้านอารมณ์	0-100	10-100	71.3	19.7			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			96	52.2	
- ระดับต่ำ	0-69.71	10-65			88	47.8	
ด้านสังคม	0-100	20-100	81.4	18.6			ระดับปกติ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			145	78.8	
- ระดับต่ำ	0-69.71	20-65			39	21.2	
ด้านโรงเรียน	0-100	0-100	65.2	19.9			ระดับต่ำ
- ระดับปกติ	69.72-100	70-100			83	45.1	
- ระดับต่ำ	0-69.71	0-65			101	54.9	

การวิเคราะห์เปรียบเทียบโรคที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและระดับคุณภาพชีวิตพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคในกลุ่มใดก็ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในแต่ละโรค (n = 184 คน)

โรค	จำนวนคน (ร้อยละ)	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน						chi-square	p-value
		ค่าที่ได้	M (SD)	ระดับปกติ		ระดับต่ำ			
				(คน)	(%)	(คน)	(%)		
ทางเดินหายใจ: หืด ภูมิแพ้	72 (39.13)	42.39 - 100	75.56 (13.07)	45	62.5	27	37.5	11.832	.066
โรคหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว	28 (15.22)	30.43 - 100	72.49 (19.02)	17	60.7	11	39.3		
ระบบเลือด: ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย	22 (11.96)	36.96 - 96.74	62.99 (18.08)	7	31.8	15	68.2		
โรคไต เช่น เนฟโรติก ไตวายเรื้อรัง	12 (6.52)	50.00 - 86.96	70.82 (13.69)	5	41.7	7	58.3		
ระบบประสาท เช่น ชัก	15 (8.15)	39.13 - 93.48	74.13 (17.99)	9	60.0	6	40.0		
ทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง	5 (2.72)	73.91 - 90.22	84.05 (8.85)	5	100	0	0		
ต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน	30 (16.30)	31.52 - 100	73.22 (14.99)	16	53.3	14	46.7		
รวม				104	56.5	80	43.5		



ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คนเป็นเด็กที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปกติ 9 คน มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ 7 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50) เพศหญิง (ร้อยละ 50) มีอายุเฉลี่ย 9 ปี 10 เดือน (SD 1.5 ปี) อายุในช่วง 10-11 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 25.0) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปี 1 เดือน (SD 2 ปี 5 เดือน) เป็นโรคหืด 5 คน โรคไต เช่น เนฟโรติก ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 คน โรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย จำนวน 3 คน โรคเบาหวาน 2 คน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 คน โรคลมชัก 1 คน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับสูง (คะแนนรวม 100 คะแนน) และระดับต่ำ จากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่หลากหลายครอบคลุมในแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปเป็น 3 ประเด็นหลัก 7 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ใช้ชีวิตปกติภายใต้ข้อจำกัด: มุมมองจากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตดี ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ 1) ใช้ชีวิตอย่างไม่แตกต่างจากเพื่อน 2) ทัศนคติบวกและยอมรับตนเอง เป็นประเด็นที่ได้จากเด็กที่มีคุณภาพชีวิตปกติทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน

1.1 ใช้ชีวิตอย่างไม่แตกต่างจากเพื่อน

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตปกติส่วนใหญ่ (จำนวน 6 คน) ระบุว่าถึงแม้ตนเองจะมีอาการป่วย แต่ยังคงใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ไม่แตกต่างจากเพื่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาไปผีดุที่โรงเรียน ก็ไปเรียนตามปกติไม่ได้มีอะไร ช่วงเช้าหนูก็จะผีดุจากที่บ้านไป แล้วก็ไปกินข้าวที่โรงเรียน ช่วงเจาะเลือดผีดุก็จะทำที่บ้านแล้วก็ค่อยไปโรงเรียน ถ้าเป็นช่วงกลางวันหนูก็อาจจะเดินไปทำที่ห้องน้ำ หรือไม่หนูก็ทำกลางห้องเลย ถ้าเราไม่อายุ...หนูคิดว่าหนูเป็นแล้วก็ไม่ค่อยอาย แล้วก็ก็มีเพื่อนบางคนที่มีมันอ้วนมันก็อาจจะเป็นก็ได้... เพราะหนูอ้วนหนูก็เป็น ถ้ามีเพื่อนล้อ ก็ไม่เป็นไรที่เราเป็นไปแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 07)

“ไม่ได้กังวลอะไรเรื่องโรค ไม่มีปัญหาเรื่องการเรียนเพราะก็เรียนทันเพื่อน เรียนวิชาพลก็ไม่ได้มีปัญหาอะไร เพราะไม่ได้เรียนอะไรที่มันวิ่งเยอะ ๆ จะเรียนแค่ว่ายน้ำ แต่ก็วิ่งได้ ตีปิงปองได้ไม่เหนียวมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 13)

1.2 ทัศนคติบวกและยอมรับตนเอง

เด็กกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตปกติระบุว่าอาการป่วยจากโรคเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม แต่ก็ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และมีความหวังว่าตนเองจะหายจากอาการป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เกิดปัญหาอะไรกับหนู ไม่เป็นยังไง...ก็จะเป็นไปก่อน พอเดี๋ยวรักษาเดี๋ยวก็หายคะ...รู้สึกイヤแล้วมันหายขึ้น มันดีก็เลยอยากมา...อาการดีขึ้นไม่ค่อยหอบ มันรู้สึกเหมือนเริ่มหายไปแล้ว มันเหมือนคนปกติ ไม่ค่อยหอบ เวลาขึ้นบันได 4 ชั้นก็ไม่เป็นไรไม่หอบ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 04)

“ถ้าผมไม่พยายามวิ่งก็จะเป็นไม่เป็น คือปีนี้ผมยังไม่เป็นเลย เพราะผมไม่พยายามวิ่ง ไปไหนมาไหนผมก็จะเดิน ๆ เอา...จะมีอาการตอนที่ออกกำลังกาย เวลาที่ใช้แรงเยอะ ๆ ปกติก็แค่ออกกำลังกายนิดหน่อย แล้วก็ให้ฝึกซ้อมส่งบอลเล่นแฮนด์บอล อาจจะเหนื่อยนิดหน่อย เพื่อน ๆ ก็ทำเต็มที่ เพราะมันไม่ได้เป็นหอบที่เหมือนผม... ผมก็ได้เสียใจ เพราะว่าเล่นเยอะมันก็เหนื่อย ผมก็รับได้” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 03)

ประเด็นหลักที่ 2 ชีวิตที่ไม่เหมือนคนอื่น: ภาพสะท้อนของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น คือ 1) ร่างกายที่ไม่เหมือนเพื่อน 2) ขาดโอกาสในการเรียนรู้เหมือนเพื่อน 3) ใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมือนคนอื่น เป็นประเด็นที่ได้จากกลุ่มเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

2.1 ร่างกายที่ไม่เหมือนเพื่อน

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ล้วนรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของร่างกายไม่สมบูรณ์เหมือนคนอื่น บางคนมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคหรือการรักษาทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เด็กผู้ให้ข้อมูลเกือบ



ทุกคน อยากหายจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อยากแข็งแรงเหมือนคนอื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเป็นเหมือนเดิม คือ ไม่มีโรคอะไรเลย เพราะจะได้เล่นกับเพื่อน ไม่ต้องมานอน...หมอบอกว่า หอบหืดถ้าหนูรักษาก็จะหายแล้ว...ไม่รู้ว่าต้องฉีดยากี่ปี หมอบอกว่าเดี๋ยวก็หาย เค้าว่า 4 ปี” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02)

“เล่นกับเพื่อนนาน ๆ ไม่ได้ มันรู้สึกที่เราเล่นได้ไม่นาน เหมือนกับว่าเพื่อนจะน้อยใจหรือเปล่าที่เรา เล่นไม่ได้...หอบง่ายมาก วิ่งนิดเดียว วิ่งนานมากก็หอบ วิ่งประมาณสิบกว่านาทีก็หอบ บางทีก็แน่น ๆ เริ่มอาการ เหนื่อยแล้วก็เริ่มหายใจไม่ออก แล้วก็มีอาการจุกนิดหน่อย” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 05)

“หนูก็เล่นกับเพื่อน ๆ ได้ แต่เพื่อน ๆ ชอบล้อหนูว่าดำ เพราะเพื่อนรู้ว่าหนูเป็นไต ล้อหนูว่าดำ ชอบ มาล้อหนูว่าทำไมเอ็งดำจิง ดำ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

“ตอนที่หนูเป็นโรคนี้อีก ๆ หนูก็อายเขา...อายเพื่อนกลัวเพื่อนล้อ...กลัวเพื่อนจะล้อว่าเป็นโรคไต... ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าทำไมกลัวว่าเขาจะล้อ แค่ว่าตอนนี้หนูจะไปโรงเรียน ค็นนี้หนูก็คิดหนักเลย คิดว่าเพื่อนจะล้อไหม เพื่อนจะเล่นด้วยไหม ก็คิดหนักเลย จนตัวร้อนเลยอะ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 10)

2.2 ขาดโอกาสในการเรียนรู้เหมือนเพื่อน

เด็กผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ได้ไปโรงเรียน หากแต่เด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถในการเรียนลดลง อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ ต้องขาดเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน ทำให้ผลการเรียนไม่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เวลาไม่สบายไม่ได้เล่นกับเพื่อน แล้วก็ไม่ได้ทำงานค้างด้วย ข้อสอบ งานวิชา แล้วก็งานกลุ่ม เวลา หนูไม่สบายหนูก็จะไม่ได้ทำ...มาหาหมอมันผลกับเรื่องเรียนนิดนึง แบบขาดเรียน เคลียร์วิชา งานค้างเยอะ เพื่อนก็ ล้อนิดนึงบอกว่าทำไมได้คะแนนน้อยจัง หนูก็บอกว่าจะไม่ได้มาโรงเรียนนี้...ต้องมาโรงพยาบาลเดือนนึง ก็วันพฤหัสบดี วันนึง มาเดือนละครั้งในวันพฤหัสบดี หนูหยุดเรียน วันนี้นี้หนูก็ต้องขาดเรียน วันนี้นี้หนูก็ต้องไปสอบอีก” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02)

“ผลการเรียนเมื่อก่อนก็ดีเพราะเรียนออนไลน์ไม่ขาดเรียน เพราะโควิดเลยเรียนออนไลน์ได้เรียน ตลอดก็ได้ประมาณที่ 6 ตอน ป.5 ได้เกรด 4 ทุกวิชาไม่เคยสอบตก แต่ตอนนี้ไม่ได้ไปโรงเรียนทุกวันถ้าต้องมาหมอบอก ก็น่าจะจะได้เกรดประมาณ 3 สอบได้ที่ 16 เพราะบางทีไม่ได้ทำกิจกรรมในห้อง” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

2.3 การใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมือนคนอื่น

เด็กวัยเรียนที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 10 คน) รับรู้ว่าตนเองใช้ชีวิตไม่เหมือนคนอื่น ต้องถูกจำกัด การทำกิจกรรม เช่น ไม่สามารถเล่นกีฬา ต้องป้องกันการติดเชื้อมากกว่าปกติ ต้องใช้ยาทุกวัน ไม่สามารถเล่นหรือ รับประทานอาหารตามปกติกับเพื่อน เพื่อควบคุมอาการไม่ให้โรคกำเริบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกแบบยาก อยากจกข้าวเหนียวหมูทอดเข้าปากก็มันกินไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้...ก็ต้องรอให้หมอบอกว่า หายก่อนแล้วถึงจะกินได้ ถ้าเพื่อนเขากินขนมกัน หนูก็ไปกินผลไม้ ที่โรงเรียนมีขนมหวานด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11)

“ผมจะไม่สบายบ่อยกว่า เพื่อนก็นานเป็นทีหรือไม่ก็ไม่เป็นเลย ส่วนผมก็เป็นมากกว่า...รู้สึกว่าจะ ไม่สบายหนักกว่าเค้า ต้องดูแลตนเองมากกว่าเค้า ...ออกกำลังกายมากกว่าเค้า ไม่สบายก็ต้องไม่กินน้ำที่เย็นจัด ไม่ กินน้ำแข็ง กินอาหารที่มีประโยชน์ ไม่เข้าใกล้หมาแมวเพราะแพ้ขนหมาขนแมว แล้วก็ไม่ออกนอกบ้านตอนฝนตก ไม่ให้เปียกฝน แล้วเวลาน้องไม่สบายก็ไม่ต้องไปยุ่งกับน้องเพราะว่าน้องไม่สบายเพื่อติดขึ้นมาจะทำให้หอบ” (ผู้ให้ ข้อมูลรหัส 08)

ประเด็นหลักที่ 3 ภาวะที่ต้องจัดการสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ 1) ความเบื่อหน่าย จนเหนื่อยล้า 2) เป็นภาวะของครอบครัว ประเด็นหลักนี้ได้จากกลุ่มเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

3.1 ความเบื่อหน่ายจนเหนื่อยล้า

เด็กวัยเรียนที่ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกเบื่อหน่ายที่ตนเองมีอาการเจ็บป่วย เป็นโรคประจำตัวที่ต้องมา ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเบื่อที่มีอาการป่วย เบื่อที่ต้องทำตามแผนการ



รักษา เช่น เบื่อการใช้ยา เพื่อที่ต้องรับประทานอาหารตามโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ จำนวน 3 คน รู้สึกเหนื่อยกับการที่ต้องจัดการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยเบื่อที่ต้องมาหาหมอ เพราะงานแต่ละวันมันก็เยอะ แล้วก็เดินทางไกลประมาณ 3-4 ชั่วโมงกว่าจะมาถึงนี่... แม่บอกว่าต้องมาหาหมอเพื่อมาฉีดกระตุ้นภูมิ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 03)

“หนูต้องพกยาไปโรงเรียนทุกวัน... รู้สึกว่ามันต้องทำอะไรเยอะมากเลย อย่างต้องพกยาเช้า-เย็น กินยาก่อนนอน มันรู้สึกน่าเบื่อต้องใช้ยา รู้สึกว่าไม่อยากทำ... มันยาก ยากตรงต้องคอยพกยา คอยกินยา ออกห่างจากฝุ่น จากขนสัตว์เพราะหนูเป็นคนชอบแมวด้วยแต่ก็เล่นกับมันไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 05)

“ถ้ามันกำเริบมันก็จะเหมือนมีความกดดัน กดดันว่าทำไมยังไม่หาย หรือว่าเราไม่กินน้ำเปล่านะ มันถึงกำเริบอีก (เสียงสั่น มีน้ำตาคลอ) ก็กดดันไม่ได้ไปโรงเรียนด้วย ก็อยากไปเล่นกับเพื่อนด้วย หนูมีเพื่อนเยอะ... ชอบเล่นก็เล่นของเล่นที่เพื่อนเอามาก็เล่นด้วยกัน... ก็เบื่อ เบื่อกินนอนเล่นโทรศัพท์ หนูชอบเล่น เล่นกับเพื่อนบางวันก็มีเพื่อนในซอยมาเล่นตลอด ชอบเล่นขายของ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11)

“ตอนนี้อยู่โรงพยาบาล อาหารที่โรงพยาบาลยังกินไม่ได้ เห็นแล้วจะอ้วกเลย ตอนนี้อยู่ไม่ได้กินข้าว รอมแม่ ข้าวโรงพยาบาลไม่อร่อยเปิดมาแล้วจะอ้วก รอมแม่จะซื้ออะไรมาให้กิน หนูไม่ค่อยกินข้าวโรงพยาบาล... เมื่อก่อนโตขึ้นอยากเป็นหมอ แต่ตอนนี้ไม่เอาแล้วอยู่โรงพยาบาลเข้าโรงพยาบาลจนเบื่อ ไม่อยากเจอโรงพยาบาล... เข้าโรงพยาบาลที่กินนาน เบื่อ ไม่รู้อะไรเลย หนูก็เบื่อที่เป็นแบบนี้ ต้องล้างไตทุกวัน หมอก็ให้กินอาหารบางอย่าง ต้องไม่กิน ก็ไม่รู้จะทำยังไงบอกแม่ แม่ก็บอกให้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06)

3.2 เป็นภาระของครอบครัว

เด็กวัยเรียนที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นภาระของครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวต้องมีการเพิ่มขึ้นในการดูแลตนเองที่เจ็บป่วย และยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“หนูว่าแม่ก็เครียดแหละ ต้องทำงาน ต้องดูแลหนูอีก จนบางทีก็หงุดหงิดทั้งหนูทั้งแม่” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 16)

“อยู่ที่โรงพยาบาล 5 เดือน หมอก็ให้กลับบ้าน แล้วก็ไปหาหมอรอบต่อ มา ไปตรวจดูผนังหน้าท้อง หมอก็บอกว่าติดเชื้อที่ผนังหน้าท้องที่ล้างไต หมอก็ให้ออนโรงพยาบาลต่อ ก็นอนโรงพยาบาลต่อยาวเลย ก็รักษาที่โรงพยาบาลมา 5 เดือนกว่า ๆ แล้วก็ย้ายมารักษาที่นี่เพราะค่ารักษามันเยอะ เสียค่ารถเยอะ แล้วแม่ก็ต้องเอาเงินไปใช้หนักก็ต้องย้ายมารักษาที่นี่ เพราะรักษาที่ (ชื่อโรงพยาบาลหนึ่ง) เสียเงินไปเยอะประมาณ 2 ล้าน 2 ก็เลยขอย้ายมานี่เพราะใกล้บ้านกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 01)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.6) มีคุณภาพชีวิตระดับปกติ ในขณะที่ร้อยละ 42.4 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (Silva et al., 2019; Tekin et al., 2022) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในโรคระบบหายใจ เช่น หืด ภูมิแพ้ จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 39.13) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต และกลุ่มตัวอย่างทุกคนยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ อีกทั้งมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี ซึ่งถือว่านานพอสมควรทำให้ครอบครัวและเด็กได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางการจัดการกับอาการ จึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์เธล และคณะ (Barthel et al., 2018) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่สับสน และจะมีความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



แม้ว่าผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับที่ปกติ แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านการเรียน อันหมายถึง การรับรู้ความสามารถในการเรียน เช่น ความตั้งใจหรือสมาธิในการเรียน ความสามารถทำตามการเรียนการสอน และการที่ต้องขาดเรียนบ่อย (Varni et al., 2001) จึงทำให้เด็กวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงวัยที่เด็กต้องเข้าโรงเรียน แต่การเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อย ขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อมาพบแพทย์ตามนัดหมาย จึงมีเวลาเรียนไม่พอ เรียนไม่ทันเพื่อน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงหรือไม่ดีนัก ทำให้เด็กรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Lum et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า เด็กวัยเรียนได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาการเรียน ต้องขาดเรียน เรียนรู้ไม่ทันเพื่อน กล่าวได้ว่าปัญหาด้านการเรียนจัดเป็นปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียน ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่การเรียนลดต่ำลงเมื่อเทียบกับเด็กวัยอื่น ๆ (Barthel et al., 2018; Rasha Gamal-El-Din et al., 2021; Silva et al., 2019)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ มีจำนวนน้อยที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามชีวิต หรือโรคที่มีการรักษาซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถไปโรงเรียนได้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปีซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ยังมีอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมียาที่ต้องใช้เป็นประจำ โดยส่วนใหญ่เป็นยาชนิดรับประทาน (ร้อยละ 72.8) ด้วยลักษณะดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจึงอาจเป็นเหตุให้ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละโรคไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิลวา และคณะ (Silva et al., 2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัย 8-18 ปี ที่เจ็บป่วยทางร่างกายไม่ว่าจะเป็นในระบบใดก็ล้วนทำให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง นั่นคือ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ หากแต่ทำให้เกิดอาการป่วยเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้มีคุณค่าในตนเองลดลงและมีภาพลักษณ์ในทางลบ

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน นั่นคือ ในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปกติจากการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ให้ข้อค้นพบที่แสดงให้เห็นว่ามีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ยอมรับในอาการป่วยและมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ในขณะที่กลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อเด็กในด้านร่างกาย เนื่องจากรู้ว่าตนเองมีการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์มีความแตกต่างไม่เหมือนคนอื่น ใช้ชีวิตที่แตกต่างแปลกจากคนทั่วไป ต้องจำกัดกิจกรรม มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ขาดโอกาสในการเรียนรู้ มีปัญหาการเรียน จึงอยากหายเป็นปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะผิดปกติ จึงไม่สามารถทำกิจกรรมตามช่วงวัยที่ควรจะได้ด้วยมีข้อจำกัดด้านร่างกายต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังบางรายถูกจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ ขาดโอกาสด้านการเรียนรู้ ขาดโอกาสพัฒนาทักษะและความสามารถ บกพร่องในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน จึงส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตลดลง และต้องการหายป่วยเพื่อใช้ชีวิตตามปกติ (Lum et al., 2017; Rasha Gamal-El-Din et al., 2021; Silva et al., 2019)

โรคเรื้อรังยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์เช่นกัน ตามที่พบว่า เด็กมีความเบื่อหน่ายทั้งต่ออาการที่เป็น การรักษา การใช้ยา และทำตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการตามวัยของเด็กที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างของตนเองกับบุคคลอื่นโดยเฉพาะเพื่อน ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรู้สึกหงุดหงิด กังวล เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ง่าย (Hockenberry et al., 2021) รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ครอบครัวต้องเผชิญปัญหามากมายในการดูแลเด็ก ต้องมีการจัดการให้เด็กได้รับการรักษาที่เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นภาระการดูแล หากครอบครัวมีรูปแบบ



การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม หรือมีการจัดการที่ยากลำบาก จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ มีปัญหาด้านอารมณ์ ซึมเศร้า หรือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Sudnawa et al., 2024; Sutthisompohn & Kusol, 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กรวมถึงครอบครัวเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือ อีกทั้งพยาบาลโรงเรียนควรวางแผนการช่วยเหลือเด็กป่วยโรคเรื้อรังตามข้อจำกัดเฉพาะของแต่ละราย เช่น จัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในเด็กที่มีแนวโน้มประสบปัญหาทางด้านจิตใจหรือการปรับตัวต่อโรค

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรังและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของเด็ก บทบาทของพยาบาลเด็กและงานอนามัยโรงเรียนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน เช่น ปัจจัยในบริบทของโรงเรียน เนื่องจากโรงเรียนเป็นบริบทที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็ก

References

- Ahmed Meelad, R., Abd Hamid, I. J., Zainudeen, Z. T., Hashim, I. F., Azizuddin, M. N. A., Mangantig, E., Taib, F., Mohamad, N., Ismail, I. H., Abdul Latiff, A. H., & Mohd Noh, L. (2023). Health-related quality of life of patients and families with primary immunodeficiency in Malaysia: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Immunology*, 43(5), 999-1006. <https://doi.org/10.1007/s10875-023-01463-1>
- Amodeo, G., Ragni, B., Calcagni, G., Piga, S., Giannico, S., Yammine, M. L., Drago, F., Ciofi Degli Atti, M. L., Rossi, A., De Stasio, S., & Grimaldi Capitello, T. (2022). Health-related quality of life in Italian children and adolescents with congenital heart diseases. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02611-y>
- Barthel, D., Ravens-Sieberer, U., Nolte, S., Thyen, U., Klein, M., Walter, O., Meyrose, A. K., Rose, M., & Otto, C. (2018). Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.005>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *About chronic diseases*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. <https://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness:
A Convergent Mixed Method Study
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

- Forrest, C. B., Koenigsberg, L. J., Harvey, F. E., Maltenfort, M. G., & Halfon, N. (2025). Trends in US children's mortality, chronic conditions, obesity, functional status, and symptoms. *JAMA*, *34*(6), 509-516. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.9855>
- Hall, C., Donza, C., McGinn, S., Rimmer, A., Skomial, S., Todd, E., & Vaccaro, F. (2019). Health-related quality of life in children with chronic illness compared to parents: A systematic review. *Pediatric Physical Therapy*, *31*(4), 315-322. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000638>
- Health Information System Development Office (HISO). (2020). *Thai health statistics*. <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/system/index.php?t=01>
- Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., & Wilson, D. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: A systematic meta-review. *Child: Care, Health & Development*, *43*(5), 645-662. <https://doi.org/10.1111/cch.12475>
- Moreno-Medina, K., Barrera-Castañeda, M., Vargas-Acevedo, C., García-Torres, A. E., Ronderos, M., Huertas-Quiñones, M., Cabrera, S., Domínguez, M. T., Sandoval Reyes, N., & Dennis, R. J. (2020). Quality of life in children with infrequent congenital heart defects: Cohort study with one-year of follow-up. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1265-z>
- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Sage.
- Oumtane, A. (2016). *Qualitative research in nursing*. Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Rasha Gamal-El-Din Abu-El-Goud, Ahmed M Hegab, Fouad M A. Yousef, & Eman Abdel-Baset Mohamed. (2021). Health-related quality of life in children and adolescents with chronic kidney diseases at Sohag, Egypt: A case-control study. *Journal of Medicine in Scientific Research*, *4*(4), 320-327.
- Salih, K. M. A. (2019). The impact of sickle cell anemia on the quality of life of sicklers at school age. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(2), 468-471. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_444_18
- Silva, N., Pereira, M., Otto, C., Ravens-Sieberer, U., Canavaro, M. C., & Bullinger, M. (2019). Do 8-to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? A meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. *Quality of Life Research*, *28*(7), 1725-1750. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02189-7>



Quality of Life of School-aged Children Living with Chronic Illness:
A Convergent Mixed Method Study
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนาน

- Sinlapamongkolkul, P., & Surapolchai, P. (2020). Health-related quality of life in Thai children with thalassemia as evaluated by PedsQL and EQ-5D-Y: A single-center experience. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 12(1), e2020036. <https://doi.org/10.4084/mjhid.2020.036>
- Sritipsukho, P., Wisai, M., & Thavorncharoensap, M. (2013). Reliability and validity of the Thai version of the pediatric quality of life inventory 4.0. *Quality of Life Research*, 22(3), 551–557. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0190-y>
- Sudnawa, K. K., Yeepae, J., Photia, A., Rujkijyanont, P., Traivaree, C., & Monsereenusorn, C. (2024). Health-related quality of life and its determinant factors in Thai children with cancer: Parents vs. children perspectives. *BMC Pediatrics*, 24(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05010-8>
- Sutthisompohn, S., & Kusol, K. (2021). Association between caregivers' family management and quality of life in children with chronic disease in Southern Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2165–2174. <https://doi.org/10.2147/PPA.S327553>
- Tekin, M. N., Düşünsel, R., Şahin, N., Dursun, I., Sözeri, B., Çiçek, S. Ö., Kısaarslan, A. P., & Poyrazoğlu, M. H. (2022). Assessment of factor affecting the quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis. *The Journal of Pediatric Academy*, 3(3), 125-131. <https://doi.org/10.51271/jpea-2022-163>
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800–812. <https://www.jstor.org/stable/3767969>
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43314>