ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568
Vol. 31 No. 3 September – December 2025

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

พรรณทิพา ขำโพธิ์, พย.ม.[1*]
ชนิตา แป๊ะสกุล, พย.ม.[1]
กฤชมน เมธาธิรัตน์, พย.บ.[1]

(วันที่ส่งบทความ: 2 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 5 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 11 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 - มิถุนายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 120 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 137.41, SD = 31.71) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (M = 178.34, SD = 27.13) โดยความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .34, p < .01) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จึงควรได้รับการส่งเสริมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียด และรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในการมองโลก, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: พรรณทิพา ขำโพธิ์, อีเมล: punthipakhumpho@gmail.com

The Relationship Between the Sense of Coherence and Quality of Life among Caregivers of Children with Cancer

Punthipa Khumpho, MNS [1*]
Chanita Paesakul, MNS [1]
Kitchamon Maythathirat, BNS [1]

(Received: May 2nd, 2025; Revised: December 5th, 2025; Accepted: December 11th, 2025)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between a sense of coherence and the quality of life among caregivers of children with cancer receiving treatment. Data collection was conducted from August 2022 to June 2023. The sample consisted of 120 caregivers of pediatric cancer patients receiving treatment at the outpatient and inpatient departments of a tertiary hospital in Nakhon Ratchasima Province, selected through convenience sampling. Research instruments included a personal information questionnaire, as well as the Sense of Coherence Scale and the Quality of Life Assessment, which had Cronbach's alpha coefficients of .85 and .81, respectively. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Pearson's correlation coefficients. The results revealed that average caregivers' sense of coherence was at a moderate level (M = 137.41, SD = 31.71) and their quality of life was also at a moderate level (M = 178.34, SD = 27.13). Their overall sense of coherence was positively correlated with quality of life at a statistically significant level (r = .34, p < .01). These findings suggest that the sense of coherence is a key factor influencing caregivers' quality of life. Promoting the sense of coherence may enhance caregivers' ability to cope with caregiving demands, reduce stress, and maintain long-term well-being.

Keywords: the sense of coherence, the quality of life, caregivers of children with cancer

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province
[*] Corresponding Author: Punthipa Khumpho, Email: punthipakhumpho@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็ก เป็นโรคที่มีความซับซ้อน แม้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเด็กจะต่ำกว่าผู้ใหญ่ แต่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากเด็กเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางและต้องการการดูแลเฉพาะทาง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งประมาณ 160,000 ราย โดยโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเนื้องอกในสมอง (Siegel et al., 2017; Ward et al., 2014) ข้อมูลจากระบบทะเบียนมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทยระบุว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเด็กชายอยู่ที่ 21.7, 16.6 และ 10.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 0–4 ปี, 5–9 ปี และ 10–14 ปี ตามลำดับ ส่วนในเด็กหญิงอยู่ที่ 14.1, 10.5 และ 9.4 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Imsamran et al., 2015; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2024) จากข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 300, 415 และ 375 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2567) สะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งต้องเผชิญกับความท้าทายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดจากการรักษา การเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการรับมือกับแผนการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานหลายปี (เขมวดี เพ็งละคร และคณะ, 2561; Garassini, 2025) การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการจัดการอาการและผลข้างเคียงที่บ้าน ซึ่งเพิ่มภาระในการดูแล (Ullrich et al., 2017) หลายครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การลาออกจากงาน สูญเสียรายได้ และเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความเหนื่อยล้า ความสิ้นหวัง รวมถึงความผิดปกติของการนอนหลับและการแยกตัวทางสังคม (Katz et al., 2018; Kelada et al., 2020; Mader et al., 2020) ภาระในการดูแลที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันของครอบครัว โดยผู้ดูแลอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ การเผชิญกับความเครียดเรื้อรังอาจนำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น ภาวะจิตเภทในบางราย (Amin et al., 2025)

จากการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญเด็ก 3 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจำนวนมากมีภาวะท้อแท้ หดหู่ และรู้สึกผิดต่อลูกที่เจ็บป่วย รวมถึงมีความกลัวต่ออนาคตและการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น (เกวดี ฐามณี และคณะ, 2561; Garassini, 2025) ความรู้สึกเหล่านี้สะท้อนถึง

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence) ที่ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์วิกฤต แม้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ยังขาดงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบ จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลและส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลในระยะยาว

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence) พัฒนาโดย Antonovsky (1987) ได้อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการรับมือกับความเครียดและความกดดันในชีวิต โดยเชื่อว่าชีวิตมนุษย์เต็มไปด้วยความเครียดและความไม่แน่นอน การที่บุคคลสามารถรักษาสุขภาวะที่ดีไว้ได้จึงขึ้นอยู่กับระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นกรอบความคิดที่บุคคลใช้ในการรับรู้โลกและชีวิตของตนเองในภาพรวม ไม่จำกัดเฉพาะสถานการณ์หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการทำความเข้าใจ (Comprehensibility) การที่บุคคลสามารถรับรู้และเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่มีเหตุผล มีแบบแผน และสามารถคาดการณ์ได้ 2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอในการจัดการกับสถานการณ์หรือความเครียดที่เผชิญอยู่ 3)ความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าและความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และมีแรงจูงใจที่จะเผชิญและจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ชีวิต บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมักมีศักยภาพในการปรับตัว เผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทาย เช่น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นภาระที่ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้และการประเมินค่าความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ขึ้นอยู่กับบริบททางสิ่งแวดล้อม ความเชื่อทางวัฒนธรรม ค่านิยมส่วนบุคคล รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา โดยคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงความสมดุลและความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่มีผลต่อความเป็นอยู่โดยรวมของบุคคล (Ferrell et al., 1996) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความผิดปกติทางร่างกายที่เกิดจากอาการของโรค ผลจากการรักษา หรือผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต 2) ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกทางจิตใจ ความรู้สึกด้านบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตน การมีสมาธิในการตัดสินใจ และความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ความสุขและความรู้สึกด้านบวก 3) ความผาสุก

ด้านสังคม เป็นความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด การทำหน้าที่ในครอบครัว และการมีความสุขหรือความทุกข์ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน 4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ถึงความหวัง ความเชื่อ หรือความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนในชีวิต และการแสวงหาความหมายของการดำรงอยู่ องค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง (Teepapal & Wirojratana, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคออทิสติก หรือโรคทางพฤติกรรม ซึ่งมีลักษณะการดูแลที่แตกต่างจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทั้งในด้านความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาการรักษา และผลกระทบทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยการศึกษาของ Lawoko and Soares (2003) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคอื่น ๆ และเด็กสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคออทิสติกและโรคหัวใจพิการ (นัทธ์ชนัน จรัสจรุงเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ, 2556; มัสลิน จันทน์ผา และคณะ, 2561) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งมีลักษณะการดูแลที่เข้มข้นและต่อเนื่องมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการทางร่างกายที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด เช่น อ่อนเพลีย มีไข้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา นอกจากนี้ แม้จะมีงานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; แต่ผลการศึกษายังมีความขัดแย้งกันในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1987) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล งานวิจัยในต่างประเทศ เช่น Liu et al. (2025) และ Barrera et al. (2021) ได้แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงปีแรกหลังการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดและความไม่แน่นอนสูง ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่ส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

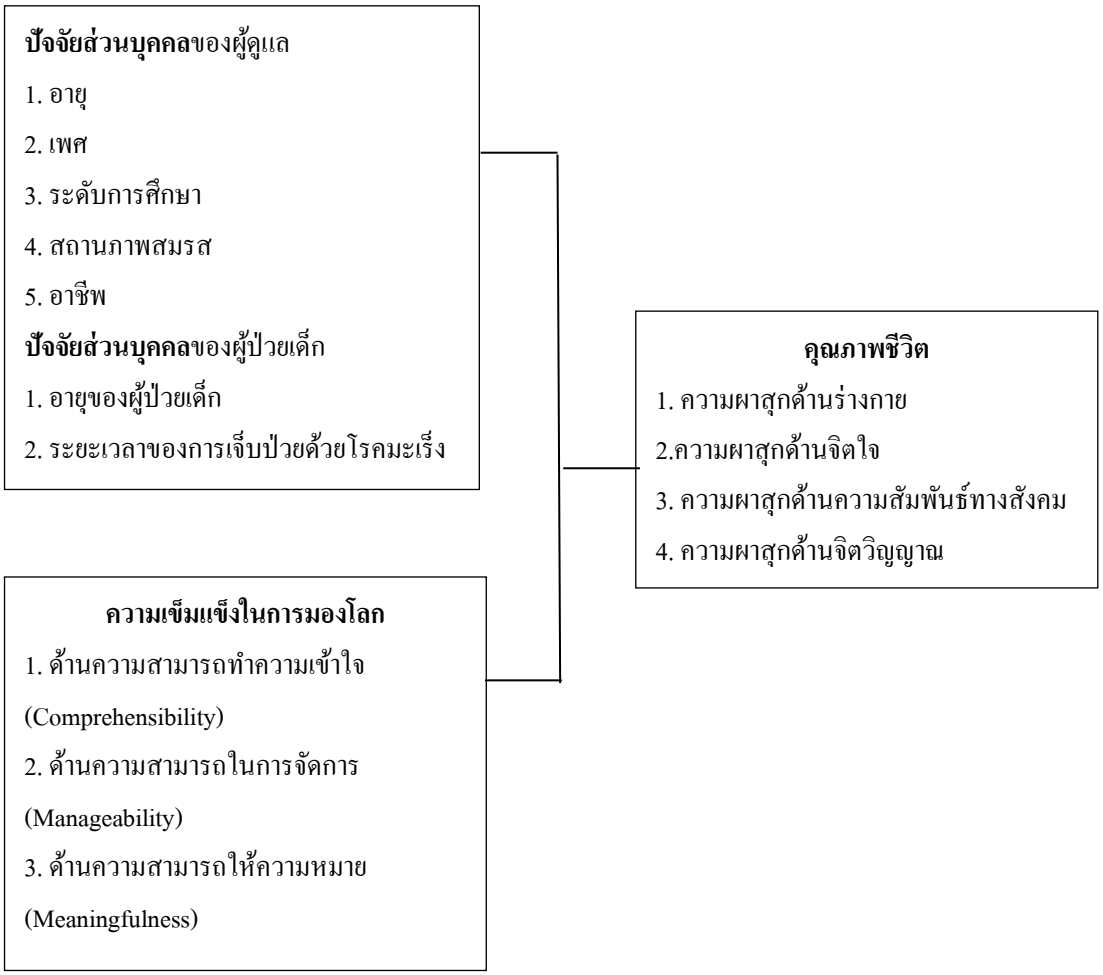
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Quality of Life Model Applied to Family Caregivers) ของ Ferrell et al (1991) ซึ่งได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งและนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษา ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางร่างกาย (Physical well being) ความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well being) ความผาสุกทางด้านสังคม (Social well being) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well being)



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิด*

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 - มิถุนายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุ 1-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1) ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

3) ถ้าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีผู้ดูแลหลายคน กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยตรงมากที่สุด โดยพิจารณาจากเวลาที่ใช้ในการดูแล

4) ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ

6) ผู้ดูแลไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ

7) ผู้ดูแลไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท

8) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ดูแลที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) แล้วพบว่า ความเครียด > 8 คะแนน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ซึ่ง

ถือเป็นขนาดปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โดยมีเหตุผลว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมักอยู่ในระดับปานกลาง และการเลือกขนาดอิทธิพลระดับนี้ช่วยให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (1- β) ที่ร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 120 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 083/2022 วันที่รับรอง 21 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาวิจัย ความปลอดภัยของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และอธิบายให้เข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา หรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลหรือตีพิมพ์งานวิจัย ทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ (2551) เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ <4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีความเครียด <4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5-7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด $\geq$ 8 คะแนน คัดกรองเพื่อควบคุมตัวแปรกวน คือความเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงเราจึงคัดออกจากการวิจัยนี้

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน สิทธิค่ารักษาพยาบาล ลักษณะของครอบครัว

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่

เจ็บป่วยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม (นับระยะเวลาเป็นเดือน) ระยะความรุนแรงของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีต และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย

3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก Antonovsky, 1987

ได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล มีทั้งหมด 29 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 (Guttman scale) แต่ละข้อมีคำตอบในลักษณะตรงกันข้าม มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง บุคคลยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2532) และพัฒนาโดยจรินทร รัตนวาณิชกุล (2554) จำแนกเป็นข้อความวัดความสามารถด้านความ เข้าใจ 12 ข้อ ด้านการจัดการ 8 ข้อ และด้าน การให้ความหมาย 9 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มี ความหมายทางบวก 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ การแปลผลค่าคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน คะแนนรวมยิงสูง หมายถึง บุคคลยิงมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และกำหนดระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ดังนี้ 29-87 คะแนน แสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ 88-145 คะแนน แสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง 146-203 คะแนน แสดงว่ามีความเข้มแข็งไนการมองโลกระดับสูง เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .92 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแล (Quality of Life Family Version) ของ Ferrell et al (1991) ซึ่งเขมวดี เพ็งละครและคณะ (2561) ได้นำมาแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86 ข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งหมด 37 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ความผาสุกทางด้านร่างกาย 5 ข้อ ความผาสุกทางด้านจิตใจ 16 ข้อ ความผาสุกทางด้านสังคม 9 ข้อและความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับด้วยโดยที่ปลายสุดของเส้นตรง 2 ด้านประกอบด้วยคำ 2 คำ ที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนน จากไม่มีเลย ให้ 0 และมีอย่างเต็มที่ให้ 10 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านลบ 21 ข้อ ด้านบวก 16 ข้อ สำหรับคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนรวมกับคะแนนของข้อคำถามด้านบวก การแปลความหมายคะแนนคุณภาพชีวิตใช้คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ดังนี้ 108 - 169 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 170 - 231 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับป่านกลาง 232 – 292

คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก โดยการนำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach' s alpha coefficient: α) ได้เท่ากับ 0.85

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach' s alpha coefficient: α) ได้เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและขออนุญาตเข้าดำเนินการเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงข้อมูลการวิจัย การเข้าศึกษาข้อมูล และการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วยเด็กแต่ละราย พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ดูแลตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนด

2. ผู้วิจัยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างพบกันที่ห้องประชุมประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยให้เอกสารชี้แจงการเป็นอาสาสมัครแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และลงนามในหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเด็กจำนวน 120 คน อายุเฉลี่ย 7.7 ปี ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 1.9 ปี ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 120 คน อายุเฉลี่ย 40.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.16 เพศชาย ร้อยละ 5.83 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ โสด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 19.17 และลักษณะของอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 54.17 ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=120)*

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ผู้ป่วยเด็ก		
อายุเฉลี่ย 7.7 ปี	7.7 ปี	
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง	1.9 ปี	
ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง		
อายุเฉลี่ย	40.6 ปี	-
เพศ		
- หญิง	113	94.16
- ชาย	7	5.83

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	40	33.33
- มัธยมศึกษา	56	46.66
- อื่น ๆ (ถ้ามี)	24	20.00
สถานภาพสมรส		
- สมรส	90	75.00
- โสด	23	19.17
- อื่น ๆ (หย่า/หม้าย)	7	5.83
ลักษณะของอาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	65	54.17
- ประกอบธุรกิจส่วนตัว	19	15.83
- อื่น ๆ (รับจ้าง/ข้าราชการ)	36	30.00

3. ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 137.41, SD = 31.71) เมื่อพิจารณาผลรายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการจัดการ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M = 49.59, SD = 11.82) ด้านความสามารถทำความเข้าใจ (M = 45.28, SD = 11.25) ด้านความสามารถในการจัดการ (M = 49.59, SD = 11.82) และด้านความสามารถให้ความหมาย (M = 42.54, SD = 10.46) ตามลำดับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 178.34, SD = 27.13) เมื่อพิจารณาผลรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M = 66.14, SD = 14.11) รองลงมาได้แก่ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (M = 43.71, SD = 6.57) ความผาสุกด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (M = 43.32, SD = 8.62) และความผาสุกด้านร่างกาย (M = 26.56, SD = 7.24) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและของความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง (n=120)*

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ความเข้มแข็งในการมองโลก	**137.41**	**31.71**
- ความสามารถในการทำความเข้าใจ	45.28	11.25
- ความสามารถในการจัดการ	49.59	11.82
- ความสามารถในการให้ความหมาย	42.54	10.46
คุณภาพชีวิต	**178.34**	**27.13**
- ความผาสุกด้านร่างกาย	26.56	7.24
- ความผาสุกด้านจิตใจ	66.14	14.11
- ความผาสุกด้านสังคม	43.32	8.62
- ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	43.71	6.57

4. ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .34) เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบ พบว่าแต่ละด้านของความเข้มแข็งในการมองโลก ได้แก่ ความสามารถในการทำความเข้าใจ (r = .33), ความสามารถในการจัดการ (r = .32) และความสามารถในการให้ความหมาย (r = .35) ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง (n=120)*

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความเข้มแข็งในการมองโลก	**.34**
- ความสามารถในการทำความเข้าใจ	.33*
- ความสามารถในการจัดการ	.32*
- ความสามารถในการให้ความหมาย	.35*

หมายเหตุ *p < .01

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .34) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (comprehensibility) มองเห็นว่าการรักษา เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง หรือการผ่าตัด เป็นกระบวนการที่มีเหตุผลและมีเป้าหมายเพื่อยืดอายุและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังสามารถจัดการกับความเครียดและภาระในการดูแลได้ (manageability) โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหา และสุดท้าย ผู้ดูแลที่มี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะ

มองเห็นคุณค่าและความหมายของบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (meaningfulness) ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่และมีความสุข

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al. (2025) ซึ่งศึกษาผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบทางจิตใจของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และยังพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก ให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ Barrera et al. (2021) ยังชี้ให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพจิตในระยะแรกหลังการวินิจฉัยโรคมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว โดยผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวและมีมุมมองเชิงบวกต่อสถานการณ์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Antonovsky (1987) ที่ระบุว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นกลไกสำคัญในการจัดการกับความเครียดและการปรับตัวในสถานการณ์วิกฤต และงานวิจัยของ Dadashi et al. (2024) ยังสนับสนุนผลการวิจัยในครั้งนี้ โดยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีและมีความสามารถในการเผชิญกับความท้าทายอย่างมั่นใจ ในบริบทของการดูแลเด็กโรคเรื้อรัง งานวิจัยของ Broll et al. (2025) พบว่า การจัดการรายกรณี (case management) ที่เน้นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นและ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องเผชิญกับภาระการดูแลระยะยาว ดังนั้น ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียด และรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

สรุปผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลกทำหน้าที่เป็นทรัพยากรทางจิตใจ (Psychological resource) ที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินและเผชิญกับความเครียดและความท้าทายอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น องค์ประกอบหลักของความเข้มแข็งในการมองโลก ได้แก่ ความรู้สึกเข้าใจได้ (Comprehensibility) ต่อสถานการณ์และความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการ (Manageability) ต่อภาระและความต้องการในการดูแล และการรับรู้ถึงความหมาย (Meaningfulness) หรือคุณค่าของการทุ่มเทในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ามีความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ดีกว่า มีความเครียดและความวิตกกังวลน้อยกว่า และสามารถรักษาสภาวะทางจิตใจและสังคมที่เป็นบวกได้ดีกว่า ซึ่งนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ด้านการพยาบาล

- ควรมีการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ของโรคได้ดีขึ้น มีทักษะในการจัดการกับความเครียด และมองเห็นคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย

- ควรมีการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม โดยผลการวิจัยสนับสนุนให้พยาบาลให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

- ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาวะของผู้ดูแล โดยเฉพาะการประเมินระดับความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย

2. ด้านการวิจัย

- ควรมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก การวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

- ควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างและบริบทการศึกษา การวิจัยในอนาคตควรครอบคลุมผู้ดูแลในโรงพยาบาลต่าง ๆ หรือในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำไปใช้ได้ในวงกว้าง

- ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

- ควรมีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตในหลักสูตรการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยในบริบทที่มีความซับซ้อนทางอารมณ์

- ควรมีการกระตุ้นให้ทำวิจัยต่อยอด โดยเฉพาะในด้านจิตวิทยาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาวะ และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ขอบคุณครอบครัว และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อช่วยให้ข้อมูลอันจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เกวดี ฐามณี, อัจฉรียา ปทุมวัน, และจอนผะจง เพ็งจาด. (2561). ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว, *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 24*(3), 295-312.

เขมวดี เพ็งละคร, อัจฉรียา ปทุมวัน, และกมล เผือกเพ็ชร. (2561). คุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษา**,** *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 24*(2), 122-136.

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2567). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.* โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.

จรินทร รัตนวาณิชกุล. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

นัทธ์ชนัน จรัสจรุงเกียรติ, และอลิสา วัชรสินธุ. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคในกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58*(3), 233-244.

บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัสลิน จันทร์ผา, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ป่วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 36*(1), 73-86.

วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุล, ประกอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุธวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล, 3*, 169-190.

อรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16*, 177-85.

Amin, S. M., Khedr, M. A., Mansy, A. M. A., El-Monshed, A. H., Malek, M. G. N., & El-Ashry, A. M. (2025). Correction: Assessing caregiver stress and resource needs in pediatric cancer care. *BMC*

nursing, *24*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02695-9

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (2nd ed.). Jossey-Bass.

Barrera, M., Solomon, A., Desjardins, L. Chung, J., & Hancock, K. (2021). Predicting quality of life in caregivers of children with cancer within one year post-diagnosis. *J Child Fam Stud, 30*, 2215–2224. https://doi.org/10.1007/s10826-021-02008-z

Broll, J., Schafer, S. K., Stoffers-Winterling, J., Holzen, S., Helmreich, I., & Lieb, K. (2025). Case management for enhancing wellbeing, resilience, and quality of life in caregivers of children and adolescents with chronic illnesses and disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Nursing & health sciences*, *27*(2), e70096. https://doi.org/10.1111/nhs.70096

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Dadashi, N., Pazokian, M., Yadollahzade, N., Kamian, S., Taheri, M., Velayatimehr, M. (2024). Sense of Coherence: A Predictor of Quality of Life in Caregivers of Cancer Patients. *International Journal of Cancer Management, 17*(1), e145910. https://doi.org/10.5812/ijcm-145910.

Ferrell, B., Grant, M., Padilla, G., Vemuri, S., & Rhiner, M. (1991). The experience of pain and perceptions of quality of life: Validation of a conceptual model. *The Hospice Journal*, *7*(3), 9–24. https://doi.org/10.1080/0742-969x.1991.11882702

Ferrell, B.R., Grant, M., Dean, G.E., Funk, B., & Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and its impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, *23*, 1539-1547.

Garassini M.E. (2025). The family caregiver's experience of oncology patients. *Hos Pal Med Int Jnl*, *8*(2):35-42. https://doi.org/10.15406/hpmij.2025.08.00269

Imsamran, W., Chaiwarawattana, A., Wiangnon, S., & Pongnikorn, D. (2015). *Cancer in Thailand Vol VIII, 2010-2012*. National Cancer Institute, Thailand.

Katz, L. F., Fladeboe, K., Lavi, I., King, K., Kawamura, J., Friedman, D., & et al. (2018). Trajectories of marital, parent-child, and sibling conflict during pediatric cancer treatment. *Health Psychology*, *37*(8), 736–745. https://doi.org/10.1037/hea0000620

Kelada, M., Anto, A., Dave, K., & Saleh, S. N. (2020). The role of sex in the risk of mortality from covid-19 amongst adult patients: A systematic review. *Cureus*, *12*(8), e10114.

https://doi.org/10.7759/cureus.10114

Lawoko, S., & Soares, J. J. F. (2003). Social support among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *10*, 177–187.

Liu, C. Y., Wang, F., Lv, H. T., & Ni, Z. H. (2025). Factors influencing sense of coherence in caregivers of children with acute leukaemia. *BMC Nursing, 24*, Article 618. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03273-9

Mader, L., Hargreave, M., Frederiksen, L. E., Bidstrup, P. E., Dalton, S. O., Kjaer, S. K., Nielsen, T. T., Kroyer, A., Winther, J. F., & Erdmann, F. (2020). The impact of childhood cancer on parental separation, divorce, and family planning in Denmark. *Cancer*, *126*(14), 3330–3340.

National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer.* https://www.nccn.org/guidelines/category_1

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *67*(1), 7–30. https://doi.org/10.3322/caac.21387

Teepapal, T., & Wirojratana, N. (2014). Factors predicting health-related quality of life in older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Nursing Research*, *18*(3), 195–204.

Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, *16*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0206-z

Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *64*(2), 83–103. https://doi.org/10.3322/caac.21219