

นิพนธ์ต้นฉบับ

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วันรับ : 31 สิงหาคม 2566
วันแก้ไข : 29 พฤศจิกายน 2566
วันตอบรับ : 30 พฤศจิกายน 2566

สุรางคณา ศุภฤทธิ, วท.ม.¹, ธาตุกร จันทประเสริฐ, ปร.ด.²,
นันท์ชิตส์สันท์ สกฤตพงศ์, ปร.ด.²
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อแปลและปรับแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวตามทฤษฎีของ Walsh (Walsh family resilience questionnaire: WFRQ) สำหรับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

วิธีการ : แปลแบบสอบถาม WFRQ เป็นภาษาไทยและปรับคำถามให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและวัยรุ่น 0 - 18 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมและสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผล : แบบสอบถาม WFRQ ที่แปลและปรับเป็นภาษาไทยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระบบความเชื่อในครอบครัว รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว และกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว มีข้อคำถาม 32 ข้อ การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นพบว่า มี 10 ข้อที่มีดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 และมี 3 ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 จึงตัดข้อคำถามดังกล่าวออก คงเหลือข้อคำถาม 19 ข้อ การทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนพบว่า แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และความเชื่อมั่น 0.84

สรุป : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ สามารถใช้ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยตนเอง เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการบริการทางจิตสังคมให้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ : การฟื้นคืนสภาพครอบครัว, เด็กและวัยรุ่น, แบบสอบถาม, ผู้ปกครอง, โรคมะเร็ง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุรางคณา ศุภฤทธิ; e-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

Original Article

The Thai version of the Walsh family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia

Received : 31 August 2023

Revised : 29 November 2023

Accepted : 30 November 2023

Surangkana Suparit, M.Sc.¹, Thasuk Junprasert, Ph.D.²,

Nanchatsan Sakunpong, Ph.D.²

Department of Pediatric, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University¹

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University²

Abstract

Objective: To adapt and validate the Walsh family resilience questionnaire (WFRQ) for Thai parents of children and adolescents with leukemia.

Methods: The WFRQ was translated into Thai and adapted to be contextually relevant to a family dealing with leukemia. The index of item-objective congruence (IOC) of each item was evaluated by three experts. The reliability of the questionnaire was tested among parents taking care of children and adolescents aged 0 - 18 years with leukemia by calculating the item-total correlation coefficients and Cronbach's alpha.

Results: The translated and adapted WFRQ consisted of 32 items with three domains (belief systems, organization patterns, and communication and problem-solving). Ten items with the IOC values less than 0.50 and three items with the item-total correlation coefficients less than 0.20 were removed due to redundancy and low discriminant power. The reliability testing among 30 participants revealed that the 19-item family resilience questionnaire for parents of children and adolescents with leukemia had the item-total correlation coefficients between 0.23 - 0.75 and Cronbach's alpha of 0.84.

Conclusion: The family resilience questionnaire developed in this study has acceptable validity and reliability. It could serve as a self-assessment tool and a guideline for services to promote psychosocial well-being among families of children and adolescents with leukemia.

Keywords: cancer, family resilience, parents, pediatric patients, questionnaire

Corresponding author: Surangkana Suparit; e-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

ความรู้เดิม : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ ใช้สำหรับครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตทั่วไปแต่ไม่เฉพาะเจาะจงสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัว อีกทั้งข้อคำถามยังเป็นประโยชน์ที่ไม่สมบูรณ์ส่งผลให้ผู้ทำแบบสอบถามเกิดความสับสนหรือไม่เข้าใจคำถามได้

ความรู้ใหม่ : แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่ได้รับการแปลและปรับเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และค่าความเชื่อมั่น 0.84 อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่มีเด็กและวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่สามารถประเมินด้วยตนเองได้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลด้านจิตสังคมของครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งของเด็กและวัยรุ่นอายุ 0 - 4 ปี, 5 - 9 ปี และ 10 - 14 ปีเป็น 21.3, 10.3 และ 12.3 ต่อประชากร 100,000 คนในเพศชาย และ 14.0, 9.5 และ 12.8 ต่อประชากร 100,000 คนในเพศหญิงตามลำดับ¹ สำหรับสถิติจากการจัดทำทะเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุระหว่างแรกเกิดถึง 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 576 คน, 647 คน และ 750 คน ตามลำดับ² โดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซต์ (acute lymphoblastic leukaemia: ALL) มีจำนวนการเข้ารับการรักษาสูงสุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้แก่ 127 ครั้ง, 152 ครั้ง และ 196 ครั้ง ตามลำดับ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อภาระงานเติบโตและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น และยังส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทาง และการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นมักมีสาเหตุการเกิดโรคและระยะเวลาการรักษาที่ไม่แน่นอน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวจากการพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะที่กดดันดังกล่าวนี้อาจส่งผลให้ผู้ปกครองตกอยู่ในความวิตกกังวล หงุดหงิด และควบคุมอารมณ์ไม่ได้³ ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกผิดที่บุตรเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเลี้ยงดูบุตรแบบปกป้องมากเกินไปเพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวหรือฟื้นคืนสภาพในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานอาจเกิดความโศกเศร้าตามมา⁴ ในทางกลับกัน ครอบครัวที่สามารถรักษาความสมดุลและฟื้นคืนสภาพทำให้สมาชิกผ่านวิกฤตร่วมกัน ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ แม้จะยังคงเหลือความเจ็บป่วยอยู่⁵ และยังทำให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน รวมทั้งยอมรับความเป็นจริงของชีวิตได้ดีขึ้น⁶ การฟื้นคืนสภาพครอบครัวจึงมีความสำคัญการรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัว

การฟื้นคืนสภาพครอบครัว (family resilience) เป็นความสามารถของครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวกับความทุกข์ยากหรือความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด ทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและมีไหวพริบมากขึ้น⁷ แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh อธิบายว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic)^{8,9} จำเป็นต้องทำความเข้าใจตัวแปรสำคัญที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของแต่ละบุคคลอันส่งผลให้ระบบการทำงานของครอบครัวดีขึ้นและส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกในบริบทของความทุกข์ยาก^{10,11} แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh มุ่งเน้นไปที่การฟื้นคืนสภาพของครอบครัวในฐานะหน่วยการทำงานแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อในครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการสร้างความหมายของความทุกข์ยาก

2) รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการรักษาความยืดหยุ่น รักษาความสัมพันธ์ และดึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคม และ 3) กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการรับมือกับความทุกข์ยากด้วยความชัดเจน สนับสนุนและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อความทุกข์ยากและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยกัน^{5,7-9,11-13} โดยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนั้นต้องอาศัยการโต้ตอบซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้งสามอย่างแยกจากกันไม่ได้^{14,15} ตัวอย่างเช่น เมื่อครอบครัวมีบุตรหลานเจ็บป่วยจะต้องเข้าใจและยอมรับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นผ่านการปรับความคิดความเชื่อของครอบครัวร่วมกับปรับรูปแบบของบทบาทหน้าที่ในการรับมือต่อการเจ็บป่วยของบุตรหลานซึ่งจะต้องคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดให้มากที่สุด โดยระหว่างเผชิญสถานการณ์ร่วมกันครอบครัวจะต้องสื่อสารชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ ทั้งการเจ็บป่วยของบุตรหลานและการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกเพื่อหาทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวตนเอง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวพบว่า มีการประเมินโดยใช้มาตราส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัว (the family hardiness index: FHI) ดัชนีเวลาและกิจวัตรของครอบครัว (the family time and routine index: FTRI) มาตราส่วนประเพณีครอบครัว (the family traditions scale: FTS) ดัชนีการเผชิญปัญหาครอบครัว (the family coping index: FAMCI) และดัชนีการเชื่อมโยงการเผชิญปัญหาครอบครัว (the family coping coherence index: FCCI)¹⁶ แบบสอบถามเหล่านี้วัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในแง่มุมต่าง ๆ แต่ไม่ครอบคลุมประเด็นโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั้งหมด ในขณะที่แบบสอบถามตามแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh พบเพียงแบบสอบถาม Walsh family resilience questionnaire (WFRQ)^{9,18-21} ที่ครอบคลุมลักษณะส่วนใหญ่ของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและนำเสนอโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่สมบูรณ์กว่าแบบประเมินอื่น ๆ โดยถามถึงการจัดการของครอบครัวกับวิกฤตและความท้าทายที่กำลัง

ดำเนินอยู่ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีการใช้แบบสอบถาม WFRQ สำหรับครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตทั่วไปเท่านั้น โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กและวัยรุ่น เช่น ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศอิตาลี¹⁸ ครอบครัวทหารในประเทศอิหร่าน¹⁹ ครอบครัวนักศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาทั่วไป²⁰ และครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย²¹ อีกทั้งข้อคำถามยังเป็นประโยชน์ที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามอาจเกิดความสับสนหรือไม่เข้าใจคำถามได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและปรับแบบสอบถาม WFRQ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการประเมินและการออกแบบบริการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

วิธีการ

การศึกษาเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด ในผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL ที่คลินิกโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและซับซ้อนและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยอายุแรกเกิด ถึง 18 ปี และ 3) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยการติดประกาศรับสมัครผู้ร่วมวิจัย ณ สถานที่วิจัยจนได้ผู้ร่วมวิจัยครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน จาก 15 ครอบครัว ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ พื้นที่หน่วยสาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (หมายเลข SWUEC-G-002/2564E) และจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (หมายเลข IRB 171/64) รวมถึงทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ลงนามของผู้ร่วมวิจัย พร้อมอธิบายการวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทุกคนทราบ และผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้แม้โครงการยังไม่สิ้นสุด โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของบุตรหลานหรือด้านอื่น ๆ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการรักษาความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล ผู้ร่วมวิจัยที่มีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ได้รับการแจ้งข้อมูลกลับและการแนะนำเพื่อเข้ารับคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถาม WFRQ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh⁹ และแบบสอบถาม WFRQ^{9,18-21}

2) กำหนดนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งได้จากการศึกษาแนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปนิยามของแต่ละองค์ประกอบให้ครอบคลุมแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh

3) ขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือ (Froma Walsh) ในการนำแบบสอบถาม WFRQ มาแปลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย ซึ่งได้รับอนุญาตเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2566

4) นำแบบสอบถาม WFRQ ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อมาแปลเป็นภาษาไทย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ระบบความเชื่อในครอบครัว 13 ข้อ รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 9 ข้อ และกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหา

ของครอบครัว 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่จริงที่สุด, 2 ไม่จริง, 3 ไม่แน่ใจ, 4 จริง และ 5 จริงที่สุด

5) ปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวไทย เนื่องจากแบบสอบถามต้นฉบับข้อคำถามเป็นรูปแบบวลีหรือประโยคที่ไม่สมบูรณ์ โดยปรับข้อคำถามให้มีทั้งข้อความบวกและลบและครอบคลุมนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ดังตารางที่ 1

6) ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก อาจารย์ด้านสถิติและการสร้างเครื่องมือ และอาจารย์ด้านสังคมวิทยา เพื่อวิพากษ์ข้อคำถามและพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5^{22,23}

7) นำแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (item-total correlation coefficient) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป¹²⁴⁻²⁷ และเป็นข้อคำถามที่สมบูรณ์ครอบคลุมตามโครงสร้างนิยามปฏิบัติการ

8) นำแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ตัดข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 ออกมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)²⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (WFRQ) ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ข้อคำถามจากต้นฉบับ	ข้อคำถามที่แปลเป็นภาษาไทย	ข้อคำถามที่ปรับตามบริบท
ระบบความเชื่อในครอบครัว 1. Family faces distress as a team 2. Distress is common and understandable 3. Shared effort in managing challenge 4. Try and make sense of stress 5. Maintain hopefulness 6. Encouraging toward each other 7. Maintain persistence 8. Have an accepting attitude 9. Share important values 10. Use spirituality 11. Challenge inspires creativity 12. Display compassion 13. Learn from challenges	ครอบครัวเผชิญกับความทุกข์ร่วมกันเป็นทีม ความทุกข์เป็นเรื่องปกติและเข้าใจได้ แบ่งปันความพยายามในการจัดการกับความท้าทาย พยายามทำความเข้าใจกับความเครียด รักษาความหวังไว้ เป็นกำลังใจให้กันและกัน รักษาความเพียร มีทัศนคติที่ยอมรับ แบ่งปันคุณค่าที่สำคัญ ใช้จิตวิญญาณ ความท้าทายเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แสดงความเห็นอกเห็นใจ เรียนรู้จากความท้าทาย	ครอบครัวของฉันรวมตัวกันต่อสู้ในดูแลบุตรหลานไปด้วยกัน ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ครอบครัวต้องเผชิญ ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดความเครียดได้ ครอบครัวของฉันมีความหวังว่าจะสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้ ครอบครัวของฉันเป็นกำลังใจให้กันและกันในการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันเชื่อมั่นว่าเราพยายามดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่ หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้ ครอบครัวของฉันไม่เคยหยุดยั้งสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยของบุตรหลานด้วยกันเลย ครอบครัวของฉันมีนิสัยที่ดีในชีวิตในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น ครอบครัวของฉันไม่ได้คิดว่าความเจ็บป่วยจะเป็นแรงบันดาลใจให้เรคิดสิ่งใหม่ ๆ ได้ ครอบครัวของฉันไม่เคยเห็นใจว่าทุกคนจะต้องปรับตัวในดูแลบุตรหลานอย่างไร ครอบครัวของฉันไม่ได้คิดว่าความเจ็บป่วยของบุตรหลานจะทำให้เราได้เรียนรู้อะไร
รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 14. Flexible when adapting to stress 15. Stable and reliable home environment 16. Parental leadership present 17. Reliance on family members 18. Respect for individual needs 19. Role models are present 20. Reliance on peers and the community 21. Financial stability is present 22. Community resources are present	มีความยืดหยุ่นเมื่อปรับตัวเข้ากับความคิด สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มั่นคงและเชื่อถือได้ ปัจจุบันเป็นผู้นำครอบครัว การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว การเคารพในความต้องการของแต่ละบุคคล มีแบบจำลองบทบาทอยู่ การพึ่งพาเพื่อนและชุมชน มีเสถียรภาพทางการเงินอยู่แล้ว มีทรัพยากรชุมชนอยู่	ครอบครัวของฉันพร้อมที่จะปรับสิ่งที่ตนเองในการดูแลบุตรหลาน สภาพแวดล้อมในบ้านเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ครอบครัวสับสน ครอบครัวของฉันคิดว่าผู้ที่สามารถเลี้ยงดูและปกป้องสมาชิกได้ ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย ครอบครัวของฉันไม่เข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิก ครอบครัวของฉันได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลาน จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในชุมชนได้
กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว 23. Family members clarify information 24. Family is clear and consistent in actions 25. Family members can express opinions 26. Family can share difficult feelings 27. Share positive feelings 28. Family members display understanding 29. Family collaborates in decision making 30. Goal setting is used 31. Family learns from mistakes 32. Family plans for the future	สมาชิกในครอบครัวชี้แจงข้อมูล ครอบครัวมีความชัดเจนและสม่ำเสมอในการกระทำ สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นได้ ครอบครัวสามารถแบ่งปันความรู้สึก แบ่งปันความรู้สึกเชิงบวก สมาชิกในครอบครัวแสดงความเข้าใจ ครอบครัวร่วมมือกันในการตัดสินใจ มีการใช้การตั้งเป้าหมาย ครอบครัวเรียนรู้จากความคิดเห็น แผนครอบครัวสำหรับอนาคต	หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันจะชี้แจงข้อมูลให้ทุกคนรับทราบอย่างละเอียด ครอบครัวของฉันมีการกระทำที่ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับคำพูด สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อบุตรหลานได้ สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแสดงความรู้สึกดีใจหรือความรู้สึกเชิงบวกได้ สมาชิกของฉันไม่เคยเข้าใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวของฉันตัดสินใจในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน ครอบครัวของฉันมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน ครอบครัวของฉันจะเรียนรู้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการดูแลบุตรหลานต่อไป ครอบครัวของฉันมีแผนสำรองในการป้องกันปัญหาจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน

ผล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนพบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0 - 1 โดยมี 10 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ได้แก่ ด้านระบบความเชื่อในครอบครัว 5 ข้อ ด้านรูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 1 ข้อ และด้านกระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว 4 ข้อ เนื่องจากมีความหมายซ้ำซ้อนกับข้ออื่น สำหรับข้อที่ไม่ได้ถูกตัดออกมีการปรับคำถามให้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้นจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 1 ครั้ง เช่น การระบุสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในข้อคำถามและการเปลี่ยนคำปฏิเสธที่ทำให้สับสนเป็นคำอื่นที่กระชับขึ้น คงเหลือข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 22 ข้อจากต้นฉบับ 32 ข้อ

การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม พบว่าแบบสอบถาม ฉบับ 22 ข้อ มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.04 - 0.75 โดยมี 3 ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 แบ่งเป็นด้านระบบความเชื่อในครอบครัว 2 ข้อ ได้แก่ “หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการของบุตรหลานทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้” มีอำนาจจำแนก 0.04 และ “ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ต้องเผชิญ” มีอำนาจจำแนก 0.12 และด้านรูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว 1 ข้อ คือ “ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน” มีอำนาจจำแนก 0.19 ซึ่งทั้ง 3 ข้อเป็นคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไปในทิศทางเดียวกัน จึงตัดข้อดังกล่าวออก โดยระหว่างการทดสอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาสายตา ผู้วิจัยจึงเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินไปที่ละข้อซึ่งไม่มีข้อใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ จึงไม่มีการปรับแก้ข้อคำถามเพิ่มเติม คงเหลือข้อคำถามที่สมบูรณ์ครอบคลุมตามโครงสร้างนิยามปฏิบัติการ 19 ข้อ มีอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.23 - 0.75 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ พบว่า แบบสอบถามมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษาแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวครั้งนี้ศึกษาในมิติของกระบวนการและคุณลักษณะเชิงบวกของครอบครัวที่เผชิญในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน และกำหนดนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว พร้อมทั้งขออนุญาตผู้พัฒนา WFRQ ในการนำมาแปลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา โดยข้อคำถามต้นฉบับมี 32 ข้อ พบว่าแต่ละข้อเป็นรูปแบบวลีหรือรูปประโยคที่ไม่สมบูรณ์ มีคำศัพท์ทางวิชาการ และไม่มีข้อคำถามเชิงลบหรือปฏิเสธ เช่น ข้อ 10 “ใช้จิตวิญญาณ (use spirituality)” ข้อ 13 “เรียนรู้จากความท้าทาย (learn from challenges)” ข้อ 17 “การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว (reliance on family members)” และข้อ 22 “มีทรัพยากรชุมชนอยู่ (community resources are present)” อาจทำให้เกิดความสับสนขณะทำแบบสอบถามและส่งผลต่อการประเมินที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แก้ไขคำที่เข้าใจยากและปรับปรุงประโยคให้มีประธานโดยระบุเจาะจงไปที่ครอบครัวของผู้ตอบ และเพิ่มส่วนขยายเพื่อแสดงถึงการกระทำหรือระบุบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานเข้าไปในข้อคำถาม เช่น ข้อ 10 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น” ข้อ 13 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันไม่คิดว่าการเจ็บป่วยของบุตรหลานจะทำให้เราได้เรียนรู้อะไร” ข้อ 17 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย” และข้อ 22 แก้ไขเป็น “ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลานจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในชุมชนได้” เมื่อปรับข้อคำถามให้ชัดเจนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางวิชาการ และมีการสร้างข้อคำถามปฏิเสธให้สมดุลกับข้อคำถามเชิงบวก ซึ่งไม่มีประโยคปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ทำให้ผู้ตอบอ่านคำถามอย่างละเอียด สามารถเข้าใจคำถามแต่ละข้อ และตอบได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสร้างข้อคำถามของเครื่องมือวิจัยที่ดี เช่น ข้อคำถามต้องครอบคลุมเนื้อหา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

ตารางที่ 2 ค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฉบับ 19 ข้อ

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความเชื่อมั่นรวม
รวมทั้งฉบับ		0.84
ระบบความเชื่อในครอบครัว		
ข้อ 1. ครอบครัวของฉันพูดคุยถึงวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยร่วมกัน	0.43	
ข้อ 2. ครอบครัวของฉันไม่เคยพูดคุยในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยของบุตรหลาน	0.56	
ข้อ 3. ครอบครัวของฉันเป็นกำลังใจให้กันและกันในการดูแลบุตรหลาน	0.75	
ข้อ 4. ครอบครัวของฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น	0.75	
ข้อ 5. ครอบครัวของฉันมีความหวังว่าจะเราสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้	0.57	
ข้อ 6. ครอบครัวของฉันเชื่อมั่นว่าเราจะพยายามดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่	0.34	
รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว		
ข้อ 7. ครอบครัวของฉันพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนหน้าที่ของตนเองในการดูแลบุตรหลาน	0.69	
ข้อ 8. ครอบครัวของฉันขาดผู้นำที่สามารถเลี้ยงดูและปกป้องสมาชิกได้	0.32	
ข้อ 9. ครอบครัวของฉันไม่เข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิก	0.46	
ข้อ 10. ครอบครัวของฉันมีการกำหนดกฎระเบียบและหน้าที่ภายในครอบครัว	0.44	
ข้อ 11. ครอบครัวของฉันได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน	0.23	
ข้อ 12. ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย	0.52	
ข้อ 13. ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลาน จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาล	0.31	
ภายในชุมชนได้		
กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว		
ข้อ 14. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันจะชี้แจงข้อมูลให้ทุกคนรับทราบอย่างละเอียด	0.24	
ข้อ 15. ครอบครัวของฉันจะใช้ความผิดพลาดที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานครั้งต่อไป	0.43	
ข้อ 16. สมาชิกในครอบครัวของฉันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน	0.60	
ข้อ 17. ครอบครัวของฉันไม่เคยเข้าใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นความรู้สึกต่าง ๆ	0.44	
ข้อ 18. ครอบครัวของฉันมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน	0.45	
ข้อ 19. ครอบครัวของฉันมีแผนสำรองในการป้องกันปัญหาจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน	0.50	

ถามให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการถามหลายประเด็นในข้อเดียวกัน ไม่มีประโยชน์ปฏิเสธข้อปฏิเสธและควรผสมผสานทั้งข้อคำถามเชิงบวกและลบหรือข้อความตรงกันข้ามไว้²⁸⁻³²

การตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อวิพากษ์ข้อคำถามและพิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ พบว่ามี 10 ข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 เนื่องจากข้อคำถามที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วมีความหมายใกล้เคียงกับข้ออื่นและไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการประเมิน³³ และมีการปรับข้อคำถามที่เหลืออยู่ 22 ข้อให้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 30 คน พบว่า มีข้อคำถาม 3 ข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมต่ำกว่า 0.20 ได้แก่ “หากฉันดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่แล้วแต่อาการของบุตรหลานทรุดลง ครอบครัวของฉันไม่สามารถยอมรับความจริงได้” “ครอบครัวของฉันเข้าใจว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกเป็นเรื่องปกติที่ต้องเผชิญ” และ “ครอบครัวฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน” ทั้ง 3 ข้อเป็นคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไปในทิศทางเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงบริบทสถานการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามในภาพรวมที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถยอมรับอาการทรุดลงของบุตรหลานได้ มองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลาน

ไม่ควรเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน และการเจ็บป่วยของบุตรหลานครั้งนี้ทุกครอบครัวมองว่าส่งผลกระทบต่อการเงิน อีกทั้งยังเป็นคำถามที่กำกวมระหว่างความรู้สึกและข้อเท็จจริง เช่น ทั้งกลุ่มที่มีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสูงและต่ำตอบคำถามข้อนี้ว่ามีปัญหาทางการเงินในระดับที่ใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ปกครองได้อย่างแม่นยำ³⁴ อาจเนื่องจากบริบทของไทยที่ถ่อมตนหากตอบว่าตนเองไม่มีปัญหาทางการเงินอาจเป็นการโอ้อวด อย่างไรก็ตามการพัฒนาแบบสอบถามนี้ในอนาคตอาจปรับข้อคำถามนี้เป็นการสอบถามข้อเท็จจริง เช่น ครอบครัวของฉันไม่มีการยืมหรือกู้เงินจากบุคคลอื่นในการดูแลบุตรหลานที่ป่วย

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พัฒนาขึ้น โดยมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 19 ข้อนี้ มีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84 ซึ่งต่ำกว่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม WFRQ ในการศึกษาของ Rocchi และคณะ¹⁸ ที่มีค่า 0.94 การศึกษาของ Duncan และคณะ²⁰ ที่มีค่า 0.94 และการศึกษาของวันเพ็ญ มานะเจริญ²¹ ที่มีค่า 0.93 แต่สูงกว่าการศึกษาของ Karaminia และคณะ¹⁹ ที่มีค่า 0.70 อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่อยู่เกณฑ์ที่ยอมรับได้³⁵

การศึกษานี้พบว่าแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริง³⁶ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อย่างไรก็ตามแบบสอบถามในการศึกษานี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในบริบทของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว การนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ อาจจำเป็นต้องปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากลักษณะอาการ ลักษณะการดูแลพยาบาลโรค รวมไปถึงมุมมองต่อโรคและการรักษาอาจมีความแตกต่างกันไป โดยในอนาคตควรมีการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ รวมทั้งครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อคำถามและ

ค่าความเชื่อมั่นระหว่างแบบสอบถาม นอกจากนี้ควรศึกษาความสอดคล้องขององค์ประกอบการฟื้นคืนสภาพครอบครัวระหว่างแบบสอบถามนี้กับแบบสอบถามใกล้เคียง¹⁶ และการวิเคราะห์หาค่าปกติและคะแนนจุดตัด (cut-off score) ของคนไทย เพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือในการคัดกรองและประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

สรุป

แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พัฒนาในการศึกษานี้มีข้อคำถาม 19 ข้อ มีอำนาจจำแนก 0.23 - 0.75 และค่าความเชื่อมั่น 0.84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยมีการปรับข้อคำถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินคะแนนด้วยตนเอง แบบสอบถามนี้สามารถประเมินการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันของครอบครัว การเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย และแนวทางการปรับตัวกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการทางจิตสังคมให้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565 สัญญาทุนเลขที่ 2565/D06

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand. Cancer in Thailand vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Thammasa Press; 2018.
2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สถิติข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง อายุระหว่างแรกเกิด ถึง 15 ปี [Statistics on individuals receiving cancer treatment between birth and 15 years old] [ซีดีรอม]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล; 2562.
3. บุขกร พันธเมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์, พิสมัย วัฒนสิทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่ [Quality of life of children with cancer: do caregivers perceive differently?]. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 2556;31(3):123-35.

4. Gordon J. An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatr Nurs*. 2009;35(2):115-9.
5. Walsh F. Family resilience: strengths forged through adversity. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012.
6. Sukcharoen P, Sakunpong N, Sripa K. Effectiveness of transformative learning on spirituality in palliative care among nursing students: a mixed methods study. *The Journal of Behavioral Science*. 2020;15(3):19-33.
7. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*. 2003;42(1):1-18. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x.
8. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process*. 1996;35(3):261-81. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x.
9. Walsh F. Strengthening family resilience. 3rd ed. New York: Guilford publications; 2015.
10. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62. doi:10.1111/1467-8624.00164.
11. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016;13(3): 313-24. doi:10.1080/17405629.2016.1154035.
12. Walsh F. Facilitating family resilience: relational resources for positive youth development in conditions of adversity. In: Ungar M, editor. *The social ecology of resilience*. New York: Springer; 2012. p. 173-85.
13. Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible. *Fam Process*. 2016;55(4):616-32. doi:10.1111/famp.12260.
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Target article: “posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence”. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
15. Tedeschi RG, Kilmer RP. Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Prof Psychol Res Pr*. 2005;36(3):230-7. doi:10.1037/0735-7028.36.3.230.
16. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin Publishers; 1996.
17. Walsh F. The “new normal”: diversity and complexity in 21st century family. In: Walsh F, editor. *Normal family processes*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2012. p. 4-27.
18. Rocchi S, Ghidelli C, Burro R, Vitacca M, Scalvini S, Della Vedova AM, et al. The Walsh family resilience questionnaire: the Italian version. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:2987-99. doi:10.2147/NDT.S147315.
19. Karaminia R, Haji MD, Salimi SH, Ahmadi Tahour MA. Translation and validation of the “Walsh family resilience questionnaire” for Iranian families. *Int J Behav Sci*. 2018;12(2):48-52.
20. Duncan JM, Garrison ME, Killian TS. Measuring family resilience: evaluating the Walsh family resilience questionnaire. *The Family Journal*. 2021;29(1):80-5. doi:10.1177/1066480720956641.
21. วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญภา กลุณภาดล, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาคณะกรรมการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา [A study and development of family resilience of patients with cerebrovascular disease through assimilative integrate family counseling]. *วารสารกองการพยาบาล*. 2560;44(1):62-81.
22. อรุณ ศรีสะอาด. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัดผลโดยผู้เชี่ยวชาญ [Verification of the accuracy of measurement instruments by experts]. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2538;1(1): 45-9.
23. สุนทรียา สุวรรณโคตร, อรุณ ศรีสะอาด. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาครูในศตวรรษที่ 21 [The construct validity varification of learning skills indicators of student teachers in 21st century model]. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2560;23(2):211-20.

24. สุวิมล ติรกานันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ [Creating measurement instruments for social science research: practical guidelines]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
25. กรุณา จันทุม. การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประเภทสเกล [Health-related quality of life measurement scale: guide to development]. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;24(3):11-21.
26. Ebel RL. Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*. 1951;16(4):407-24. doi:10.1007/BF02288803.
27. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. 5th ed. New Jersey: Englewood Cliffs; 1972.
28. Wong N., Rindfleisch A, Burroughs JE. Do reverse-worded items confound measures in cross-cultural consumer research? The case of the material values scale. *J Consum Res*. 2003;30(1):72-91. doi:10.1086/374697.
29. สุวิมล ติรกานันท์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ [Research methods in the social sciences: a guide to practice]. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
30. วรณี แกมเกตุ. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ [Research methodology in behavioral sciences]. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
31. ประสาท เนืองเฉลิม. วิจัยการเรียนการสอน [Teaching and learning research]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัททวีพริน (1991) จำกัด; 2556.
32. ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา [Educational research]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ตักศิลาการพิมพ์; 2559.
33. พิธิษฐ ตัณฑวนิช, พนา จินดาศรี. ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC [The real meaning of IOC]. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;24(2):3-12.
34. จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย [The quality of the instruments used in the research]. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. 2560;7(1):1-15.
35. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1978.
36. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.