JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e267656

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Health Literacy Affecting the Classification of Depression in Breast Cancer Patients

รังสันต์ ไชยคำ[1*], พรหมพิริยะ การภูมิ[1], พูลพงศ์ สุขสว่าง[1], ปริญญา เรืองทิพย์[1], ยุทธนา จันทะขิน[1]

Rangsan Chaikham[1*], Phrompiriya Karnpoom[1], Poonpong Suksawang[1],

Parinya Ruangtip[1], Yoottana Janthakhin[1]

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา[1]

Department of Research and Applied Psychology, Faculty of Education, Burapha University[1]

(Received: February 5, 2023; Revised: May 12, 2024; Accepted: October 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.98 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Discriminant Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 187.18, S.D. = 34.23) โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 86.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 และระดับรุนแรงน้อยที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.60 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 30.70, S.D. = 6.72) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 24.04, S.D. = 4.88) และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) สามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ รังสันต์ ไชยคำ email: rangsant2013@gmail.com

Journal of Nursing and Public Health Research

Abstract

The objective of this survey research was to investigate the impact of health literacy on the classification of depression in breast cancer patients. Participants consisted of 153 breast cancer patients receiving treatment at Chonburi Cancer Hospital, selected through simple random sampling based on specified criteria. The research instruments included personal information, a health literacy assessment for breast cancer patients with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.98, and a depression assessment for breast cancer patients with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and discriminant analysis.

The research results indicated that the participants had an overall mean health literacy score at a high level (Mean = 187.18, S.D. = 34.23). The majority of the participants (133 individuals, 86.90%) had very mild depression, followed by 16 individuals (10.50%) with moderate depression, and 4 individuals (2.60%) with severe depression, respectively. The mean scores for health literacy in accessing health information and services (Mean = 30.70, S.D. = 6.72), evaluating health information and services (Mean = 24.04, S.D. = 4.88), and communication and social support (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) were able to significantly classify depression levels in breast cancer patients at 60.10%, with a statistical significance level of 0.05. The results of this study can be used by nurses and others healthcare providers to plan the development of programs or health promotion activities aimed at enhancing health literacy. This, in turn, serves as a preventive measure against depression and contributes to an improved quality of life for breast cancer patients.

Keywords: Depressive, Breast Cancer Patients, Health Literacy

บทนำ

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าประมาณ 2 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งเป็นนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต และเป็นภัยเงียบของคนไทยในปัจจุบันที่พบบ่อย โดยสาเหตุภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสถานการณ์ด้านสังคมที่ต้องเผชิญอยู่ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งแต่ละบุคคลมีวิธีการป้องกันและจัดการแตกต่างกัน (จารุวรรณ สกุลคู, 2562) ภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2.58 เท่า (Tseng, Lee, Geng, & Chen, 2023) และส่วนใหญ่เกิดจากด้านการเงิน (Cheong, Degeras, Suliman, Selvaraju, & Subramaniam, 2022; Guan, Guariglia, Moore, Xu, & Al-Janabi,

2022; Heumann et al, 2023; Xia, van Wijngaarden, Huijsman, & Buljac-Samardžić, 2022) ความเครียด (Richter-Levin & Xu, 2018) การใช้ยาและอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ (Frank et al, 2023) รวมถึงอายุ การศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับอาการซึมเศร้า (Li, Sun, Luo, & Huang, 2022) เป็นต้น นอกจากนี้อาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและเรื้อรังนำไปสู่อาการซึมเศร้าตามมาได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย ความสามารถในทำงานลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง รายได้ลดลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้รู้สึกท้อแท้และไร้ค่า ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Thipprakmas, 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อัญชลี วิเศษชุณหศิลป์ และคณะ, 2562; Javan Biparva et al., 2023) ซึ่งพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง สอดคล้องกับอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ประมาณ 139,206 คน โดยพบ 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตามลำดับ สำหรับในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ (Rojanamatin et al, 2021) เห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมยังคงมีอัตราสูงและค่อนข้างคงที่ในเพศหญิง

ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Guo et al, 2023) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการดูแลตนเอง ความเครียด และวิตกกังวลต่อการรักษานำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด ภาวะซึมเศร้าจะเชื่อมโยงกับความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง ขณะเดียวกันการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Thongnopakun, Visanuyothin, Manwong, Rodjarkpai, Patipat, 2020; Zhong Schroeder, Gao, Guo, & Gu, 2021) ได้มีการศึกษาของ ธานี ชามชัย, ลาวัลย์ รักษนาเวศ, จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2564) ถึงปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อยู่ในระดับมาก และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคการปฏิบัติตัวขณะและหลังการรักษาสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong, 2019) นอกจากนี้ Flink, Lindblom, von Koch, Carlsson, & Ytterberg (2023) ได้ศึกษาผลของการรับรู้ด้านสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 5-8 (Brådvik, 2018) จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ นอกจากนี้การศึกษาของ Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong (2019) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยลดระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ดังนั้นความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูล และบริการสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) จึงมีความจำเป็นสำหรับการจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมได้

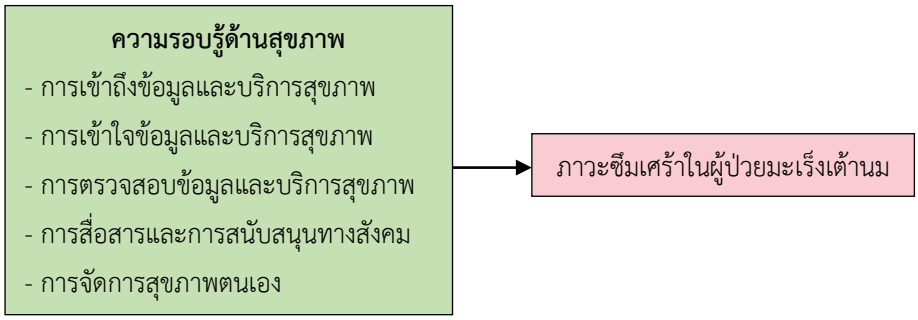
จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่เป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนบริหารจัดการ ป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้าเต้านม
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถที่บุคคลใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและ คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Nutbeam, 2000) องค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอน่าจะลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 153 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งงานวิจัยทางการพยาบาลโดยทั่วไปกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) ที่มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (Medium Size) ซึ่งเพียงพอสำหรับอำนาจในการทดสอบทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่าง 139 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 153 คน ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ โดยการจับฉลากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน (อนุวัติ คูณแก้ว, 2566) จนครบ 153 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะ ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สื่อสารรู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม หรือขณะตอบแบบสอบถามมีภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะของโรค สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของ ธานี ขามชัย, ลาวัลย์ รักษนาเวศ, จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2564) มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูล การสื่อสารและ

การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และ มากที่สุด 5 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ช่วง (Best, 1977) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 47.00-109.66 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 109.67-172.32 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 172.33-235.00 หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และการแปลผลรายด้านดังต่อไปนี้

2.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 8.00-18.66 หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 18.67-29.32 หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 29.33-40.00 หมายถึง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 5.00-11.66 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 11.67-18.32 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.33-25.00 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพออยู่ในระดับมาก

2.3 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 6.00-14.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 14.01-22.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22.01-30.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2.4 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ย 17.00-39.66 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 39.67-62.32 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 62.33-85.00 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

2.5 ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง คะแนนเฉลี่ย 11.00-25.66 หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 25.67-40.32 หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 40.33-55.00 คะแนน หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) มี 0-3 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน เป็นบางวัน 1-7 วันให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย > 7 วัน ให้ 2 คะแนน เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน < 7 หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ช่วงคะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน

≥ 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ขอบเขตเนื้อหา การใช้ภาษาที่รัดกุม การตีความหมายของข้อคำถามรวมถึงข้อเสนอแนะ ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้เท่ากับ 0.98 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้เท่ากับ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองทุกวันทั้งผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ในเวลาราชการตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างละเอียดก่อนให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยพร้อมลงนามรับทราบ โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติและอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์สมการพยากรณ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Multiple Discriminant Analysis

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 017/2563 โดยการวิจัยจะมีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment Process) แก่ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา แบบสอบถามใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุล และถูกเก็บอย่างมิดชิด และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นพร้อมส่งต่อให้จิตแพทย์ดูแลรักษาต่อไป เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารรู้เรื่อง และยินดีที่ให้เก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามอาจมีโอกาสเกิดความเสี่ยงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง หากเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น หน้ามืด ปวดแผลหรือก้อน คลื่นไส้ อาเจียน ขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดเก็บข้อมูลทันที โดยให้ผู้ป่วยพักจนกว่าจะดีขึ้น และได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (34.60%) อายุเฉลี่ย 46.05 ปี (S.D. = 10.04) ระยะของโรคพบในระยะที่ 1 มากที่สุด (38.60%) รองลงมา ได้แก่ ระยะที่ 2 (24.80%) และระยะที่ 3 (22.20%) ตามลำดับ ใช้สิทธิ์การรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด (52.90%) รองลงมา ได้แก่ สิทธิประกันสังคม (22.90%) และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (21.50%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (60.10%) และสถานภาพสมรส (66.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (อายุเฉลี่ย 46.05 ปี (S.D. = 10.04))		
20-40 ปี	53	34.60
41-60 ปี	87	56.80
61 ปีขึ้นไป	13	8.60

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	59	38.60
ระยะที่ 2	38	24.80
ระยะที่ 3	34	22.20
ระยะที่ 4	22	14.40
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	81	52.90
ประกันสังคม	35	22.90
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	21.50
จ่ายเงินเอง	4	2.70
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	92	60.10
ปริญญาตรี	59	38.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.30
สถานภาพสมรส		
โสด	29	19.00
สมรส	101	66.00
หม้าย	17	11.10
หย่าร้าง	4	2.60
แยกกันอยู่	2	1.30

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=187.18, S.D. = 34.23) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 30.70, S.D. = 6.72) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 19.20, S.D. = 4.31) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 24.04, S.D. = 4.88) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) และด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean = 44.26, S.D. = 8.41) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	187.18	34.23	ระดับมาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	30.70	6.72	ระดับมาก

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	19.20	4.31	ระดับมาก
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	24.04	4.88	ระดับมาก
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	68.88	12.24	ระดับมาก
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	44.26	8.41	ระดับมาก

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก จำนวน 133 คน (86.90%) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 16 คน (10.50%) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (2.60%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ช่วงคะแนน	แปลผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 7 คะแนน	ไม่มีอาการ/ระดับน้อยมาก	133	86.90
7 – 12 คะแนน	ระดับน้อย	16	10.50
13 – 18 คะแนน	ระดับปานกลาง	4	2.60
≥ 19 คะแนน	ระดับรุนแรง	0	0

4. วิเคราะห์อำนาจการจำแนกภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์อำนาจการจำแนกกลุ่มโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงปกติ มีความแปรปรวนเท่ากัน และไม่เกิด Multicollinearity พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม สามารถจำแนกภาวะระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์สมการพยากรณ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Multiple Discriminant Analysis) (n=153)

ตัวแปรต้น	b	Wilks' Lambda	F	P-value
ค่าคงที่	-6.19			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.08	0.71	30.39	<0.001*
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.10	0.71	30.83	<0.001*
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	0.02	0.73	28.17	<0.001*

**p-value < 0.05*

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก จำนวน 133 คน (86.90%) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 16 คน (10.50%) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (2.60%) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี ไม่จำเป็นต้องได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตทันที เนื่องจากผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องบ่อยครั้ง ทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการป้องกันสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี วิเศษชุณหศิลป์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่เกิด ภาวะซึมเศร้าต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาถึงร้อยละ 86.70 ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำเป็นข้อบ่งชี้ทางบวกเชื่อมโยงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น การสนับทางสังคมที่เพียงพอ การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ หรือการเข้าถึงทรัพยากรด้านความรอบรู้การสุขภาพ เป็นต้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและทางเลือกการรักษาของตนเอง ส่งผลให้ระดับความเครียดทางจิตใจน้อยลงได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้านโดยการศึกษาของ Hermans et al. (2021) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 ทั้งนี้หากพิจารณาด้านต่าง ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ โดยสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแห่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ และจากสื่อออนไลน์ เป็นต้น มีการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพอยู่เสมอ โดยสามารถค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่น และสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่มั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการกับปัญหาของตนเอง และสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ และที่สำคัญโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมีระบบสารสนเทศที่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทั้งช่องทางเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค หรือแอพลิเคชันไลน์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 60.10 แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสาร

พัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปรับตัวและเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรู้ความสามารถสูงในการเข้าถึงข้อมูล และได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพออาจมีโอกาสลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการดูแลสุขภาพของตัวเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vandraas, Reinertsen, Kiserud, Bøhn, & Lie (2022) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 19.30 มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยหรือไม่เพียงพอ และระดับการศึกษา รายได้ อายุที่ได้รับการวินิจฉัย ลักษณะบุคลิกภาพ และความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการศึกษาของ Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong (2019) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้

สำหรับด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ก่อนตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพผู้ป่วยจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน และจะเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านมก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม เมื่อมีข้อมูลสุขภาพใหม่เข้ามา เช่น วิธีการรักษาใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นหรือสอบถามกับบุคลากรทางการแพทย์ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม ซึ่งจะศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่น และรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใดเพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อและทำตาม ส่วนใหญ่มักสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่ถูกต้องเป็นความสามารถอีกด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่อาจช่วยลดความไม่แน่ใจหรือความกังวลใจที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองที่เป็นอยู่ (ปิยนาถ แก้วบัวพันธ์, 2562) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถลดหรือเพิ่มภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ตนเองได้ รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถเป็นที่ปรึกษาในช่วงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ไว้วางใจให้เป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาด้านสุขภาพ สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพได้ มีคนรอบข้างที่จะคอยช่วยเหลือได้ตลอดเวลา หากมีภาวะฉุกเฉินมีญาติหรือเพื่อนพร้อมจะให้การช่วยเหลือ มีคนคอยสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กำลังใจ ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยเมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน สามารถซักถามในสิ่งที่เป็นกังวลหรือต้องการทราบกับบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพกับบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น สามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้ากับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้หายข้อสงสัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอด

ข้อมูลด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจข้อมูลสุขภาพนั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการสื่อสารที่ดีและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพออาจมีโอกาสลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน พรรคโยพล (2561) และกฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565) การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Zhong Schroeder, Gao, Guo, & Gu (2021) พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับอาการซึมเศร้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2023) พบว่า ปัจจุบันอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างประมาณ 16% มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะโรคซึมเศร้าที่ลดลงถึงร้อยละ 55 การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูล และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกมีความสัมพันธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ดีที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการและด้านการศึกษาสำหรับผู้วิจัย นักวิชาการ อาจารย์และนักศึกษา และนำไปใช้สำหรับประกอบการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สำหรับจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและด้านการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารนำไปกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น ควรศึกษาถึงผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพในการจำแนกภาวะซึมเศร้าได้

2. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่อนุมัติให้โครงการวิจัยดำเนินจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่าน ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยนี้จงเกื้อกูลสนับสนุน เป็นพลังเสริมให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิตแข็งแรงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). *ป่วยซึมเศร้าเหยื่อสังคม ถูกปรักปรำคดีฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567 จาก https://shorturl.asia/RdS5T.

กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 4*(2), 15-26.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). อมรินทร์ พริ้นติ้ง.

จารุวรรณ สกุลคู. (2562). *ป่วยซึมเศร้าเหยื่อสังคม ถูกปรักปรำคดีฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก https://shorturl.asia/eiVaq.

ธานี ขามชัย, ลาวัลย์ รักษนาเวศ, จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 32*(2), 71-83.

ปิยนาถ แก้วบัวพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 13*(30), 63-75.

อนุวัติ คูณแก้ว. (2566). *การเลือกใช้สถิติพื้นฐานและสถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลลัพธ์*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพิน พรรคโยพล. (2561). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. (รายงานวิจัยการวิจัย). สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก https://shorturl.asia/BWZ2a.

อัญชลี วิเศษชุณหศิลป์ และคณะ. (2562). ความปวดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20*(3), 58-69.

Best, John W. (1977). *Research in Education*. United States: Prentice Hall.

Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(9), 2028. https://doi.org/10.3390/ijerph15092028

Cheong, W. S., Degeras, K., Suliman, K. R., Selvaraju, M., & Subramaniam, K. (2022). The prevalence of depression among students in higher education institution: A repeated cross-sectional study. *Journal of Public Mental Health, 21*(4), 331-340. https://doi.org/10.1108/JPMH-12-2021-0152

Choi, K. W., et al. (2023). Social support and depression during a global crisis. *Nature Mental Health, 1*, 428-435. https://doi.org/10.1038/s44220-023-00078-0

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155-159. https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39,* 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Flink, M., Lindblom, S., von Koch, L., Carlsson, A. C., & Ytterberg, C. (2023). Health literacy is associated with less depression symptoms, higher perceived recovery, higher perceived participation, and walking ability one year after stroke: A cross-sectional study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *30*(8), 865-871. https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2178133

Frank, P., et al. (2023). Association between depression and physical conditions requiring hospitalization. *JAMA Psychiatry, 80*(7), 690-699. https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0777

Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PloS One*, *17*(2), e0264041. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041

Guo, C., et al. (2023). Association between health literacy, depressive symptoms, and suicide-related outcomes in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *327*, 15-22. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.054

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis (8th ed.)*. Cengage.

Hermans, L., et al. (2021). Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: The role of health literacy. *BMC Public Health, 21*(1), 1365. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11437-w

Heumann, E., et al. (2023). Anxiety and depressive symptoms of German university students 20 months after the COVID-19 outbreak - A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, *320*, 568-575. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.158.

Javan Biparva, A., et al. (2023). Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *18*(7), e0287372. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287372

Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong, A. K. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, *102*(7), 1357-1363. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014

Li, L., Sun, W., Luo, J., & Huang, H. (2022). Associations between education levels and prevalence of depressive symptoms: NHANES (2005-2018). *Journal of Affective Disorders*, *301*, 360-367. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.010

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. http://doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Richter-Levin, G., & Xu, L. (2018). How could stress lead to major depressive disorder? *IBRO Reports*, *4*, 38-43. https://doi.org/10.1016/j.ibror.2018.04.001

Rojanamatin, J. et al. (2021). *Cancer in Thailand. Vol.X, 2016-2018.* Retrived December 20, 2023 from https://shorturl.asia/jdSvh.

Tang, J. & Zhang, T. (2022). Causes of the male-female ratio of depression based on the psychosocial factors. *Frontiers in Psychology, 13*, 1052702. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1052702

Thipprakmas, R. (2021). Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A systematic review. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, *15*(37), 325-338.

Thongnopakun, S., Visanuyothin, S., Manwong, M., Rodjarkpai, Y., Patipat, P. (2020). Promoting health literacy to prevent depression among workers in industrial factories in the eastern economic corridor of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13*, 1443-1453. https://doi.org/10.2147/JMDH.S272574

Tseng, H., Lee, J. I., Geng, J. H., & Chen, S. C. (2023). Sex difference in the associations among risk factors with depression in a large Taiwanese population study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1070827. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1070827

Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E., Bøhn, S. K., & Lie, H. C. (2022). Health literacy among long-term survivors of breast cancer; exploring associated factors in a nationwide sample. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(9), 7587-7596. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07183-3

Xia, W., van Wijngaarden, J. D. H., Huijsman, R., & Buljac-Samardžić, M. (2022). Effect of receiving financial support from adult children on depression among older persons and the mediating role of social participation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19), 12974. https://doi.org/10.3390/ijerph191912974

Zhong, Y., Schroeder, E., Gao, Y., Guo, X., & Gu, Y. (2021). Social support, health literacy and depressive symptoms among medical students: An analysis of mediating effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 633. https://doi.org/10.3390/ijerph18020633