

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
Persons with Advanced Cancer: A Study on Relationships between
Psychological Distress and Mental Health Literacy
Mental Health Literacy and Psychological Distress among Persons with Advanced Cancer

ณิชนันท์ วิชเนศรังสรรค์^{1*}, ขวัญพนมพร ธรรมไทย², สมบัติ สกุลพรรณ²

Nichanun Wikkanesrungsun^{1*}, Kwaunpanomporn Thummathai², Sombat Skulphan²

¹โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Kaeng khro hospital, ²Faculty of Nursing, Chiangmai University

(Received: January 21, 2024; Revised: June 8, 2024; Accepted: July 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 106 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความทุกข์ทางใจเคสเลอร์ 10 มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .95 โดยค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0 โดยค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .81 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($M = 8.94$, $SD = 1.98$) และมีความทุกข์ทางใจคะแนนเฉลี่ย 22.38 คะแนน ($SD = 7.67$) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางร้อยละ 37.70 รองลงมาคือมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.10 อยู่ในระดับค่อนข้างปกติ ร้อยละ 23.60 และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามเพื่อหาแนวทางในการจัดการกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในลำดับต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความทุกข์ทางใจ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nichanun2405@gmail.com)

Abstract

This correlational descriptive study aimed to investigate the relationships between mental health literacy and psychological distress in patients with advanced cancer. The sample was 106 patients with advanced cancer in Northeast Thailand, consulting in a Health Promoting Hospital. Multi-stage sampling was applied. Two research instruments were used for data collection: 1) The Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Experts confirmed the validity of the questionnaire; the IOC was equal to .95. Its reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of .89, and 2) The Mental Health Literacy Assessment. The validity of the questionnaire was validated by experts; the IOC yielded .80 - 1.0. Its reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .81 and .88 respectively. Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, including standard deviation and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis. Results showed as follows.

1. The overall mental health literacy was at a high level ($M = 8.94$, $SD = 1.98$), as well as psychological distress with advanced cancer ($M = 22.38$, $SD = 7.67$).

2. Patients were likely to have a moderate disorder (37.70%), a mild disorder (32.10%), to be well (23.60%) or to suffer from severe disorder, having to be followed by a mental health expert (6.6%).

3. Mental health literacy had a moderate-level negative correlation with psychological distress among persons with advanced cancer at the significance of .01 ($r = -.626$).

The results of this research might be used as basic information for healthcare professionals to develop mental health literacy and care management for psychological distress in persons with advanced cancer.

Keyword: Patients with Advanced Cancer, Psychological Distress, Mental Health Literacy, Correlations

บทนำ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกปี 2563 พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงเกือบ 10 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (World Health Organization, 2022) เช่นเดียวกับประเทศไทย จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 80,665 ราย และในปี 2565 พบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้น 83,334 ราย (Department of Medical Services Planning and Evaluation Working Group, 2019) โดยจะเห็นได้ว่าในประเทศไทยโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูก (Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan, 2020) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์แห่งตนจากการเจ็บป่วย โดยร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งด้านการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย หรือความเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ ความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยและความสามารถในการงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนเศร้าและสูญเสียจากการเป็นผู้เคยมีสุขภาพที่ดี (Sumneangsantor, 2013) โดย Kessler & Mroczek (1994) กล่าวถึงความทุกข์ทางใจว่าเป็นภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อยล้า สิ้นหวัง และความรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ที่เป็นมะเร็งประเมินสถานการณ์

การเจ็บป่วย และการบำบัดรักษามะเร็งว่าเป็นภาวะคุกคาม และเจ็บปวด คือความเครียด และประเมินสถานการณ์นี้เกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่ การขาดความรู้ ทักษะที่จะเผชิญสถานการณ์ และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ทั้งนี้การที่บุคคลต้องเผชิญสภาวะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียหรือโศกเศร้าของบุคคลโดยจะใช้ระยะเวลาเผชิญสภาวะดังกล่าวประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ซึ่งบุคคลจะต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียหรือโศกเศร้านี้ให้ได้ภายในเวลาไม่เกิน 12 เดือน หากบุคคลไม่สามารถเผชิญสภาวะดังกล่าวภายในระยะนี้ได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้ (Kongsuwan & Khongthong, 2013) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในช่วง 1 สัปดาห์ มักจะมีความทุกข์ทางใจในระดับสูง จากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Lu, Andersson, Hultman, Czene, Valdimarsdottir, & Fang, 2016) โดยระดับความทุกข์ทางใจดังกล่าวจะสามารถกลับมาสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระยะโรคหรือเมื่อถูกระบุว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในระยะลุกลาม (Henson, Brock, Charnock, Wickramasinghe, Will, & Pitman, 2019) จากการศึกษาความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ร้อยละ 75.45 มีความทุกข์ทางใจ โดยมีคะแนนความทุกข์ทางใจอยู่ระหว่าง 1 - 10 คะแนน เฉลี่ยที่ 4.08 คะแนน และร้อยละ 51.39 มีความทุกข์ใจระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ต้องพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเพื่อเข้ารับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม (Chaichompoo, Namvongprom, Pakdevong, Preechakoon, & Ounlam, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ รู้สึกถูกบีบคั้นทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล กลัวต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการพลาจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสภาวะที่เป็นผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ความเจ็บปวดทางร่างกายที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บปวด การสูญเสียสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง ความอ่อนล้าจากผลข้างเคียงของการรักษา ภาวะของโรคที่เรื้อรัง ยาวนานรวมทั้งความไม่แน่นอนของการรักษา ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้การที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ร่างกาย อารมณ์ สังคม อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบที่ชัดเจนและเพิ่มมากขึ้น เป็นวัยที่เริ่มสร้างครอบครัว การรับบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในค่าใช้จ่ายของครอบครัว การดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย และการเข้าสู่บทบาทหน้าที่สำคัญในสังคม ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยดังกล่าวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จึงเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องเผชิญ ขณะที่ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมที่ลดลง ทั้งปัญหาจากการเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาการเงิน หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (Likittrakankul, Anson, Chaiyasilp, Phetkan, Poolsawat, & Nueatet et al., 2016) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการทางกายรุนแรง ผลข้างเคียงจากการรักษา ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความทุกข์ใจ ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาและปัญหาการเงินในครอบครัว รายได้ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว การศึกษา และความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยความรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt, 1997) โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมพบว่าร้อยละ 55.6 กลัวและอับอายที่จะขอรับคำปรึกษาและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โดยเมื่อมีความทุกข์ทางใจจะยอมรับความช่วยเหลือจากครอบครัว มากกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและเมื่อเกิดความทุกข์ทางใจ วิตกกังวล มีความเครียด สะสมและขาดความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (Cheung, Ong, Tan, Fan, Chan, & Molassiotis, et al, 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา

เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งไขกระดูกและความสามารถในการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในการรักษาเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่นทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 100 คน และประชาชนทั่วไป 300 คน พบว่า ร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับเลือกวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกายแทนที่จะได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า อย่างไรก็ตามการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ เปรียบเสมือนการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจได้อย่างเหมาะสม (Okuyama, Nakane, Endo, Seto, Kato, Seki et al, 2006) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีเพียงการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและพบปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p\text{-value} < .001$) (Phosai, Bunchu, Wattraduly, Makkappalanon, & Tangkratok, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล โดยหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะส่งผลต่อการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Temtab & Nilmanat, 2017)

ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญความทุกข์ทรมานการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อันเนื่องมาจาก การรักษาที่มีโปรแกรมการรักษาที่หลากหลาย ต้องใช้ระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานในการดูแล โดยระหว่างรอรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องกลับมาพักฟื้นร่างกายที่บ้าน และอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์เพื่อการรักษา ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงนับว่าเป็นจุดบริการที่เป็นหัวใจสำคัญในการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง ในขณะที่กลับมาพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญความหวาดกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ความไม่สบายจากอาการลักษณะและภูมิคุ้มกันโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามต้องเปลี่ยนรูปแบบและวิถีการดำเนินชีวิตต้องเก็บตัวอยู่เฉพาะในบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวังในชีวิตที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เหมือนเดิม รู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว บางรายมีภาวะเครียด ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม วิตกกังวล นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามกลับมาพักฟื้นในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมช่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้ข้อมูลของโรคและการรู้เท่าทันความเจ็บปวดมีคุณภาพในการดำเนินชีวิต การเพิ่มคุณค่าในการมีชีวิต มีความมั่นใจในการรักษาและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ (Buajan, Phetnui, & Sawat, 2018)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยหาแนวทางเพื่อลดความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

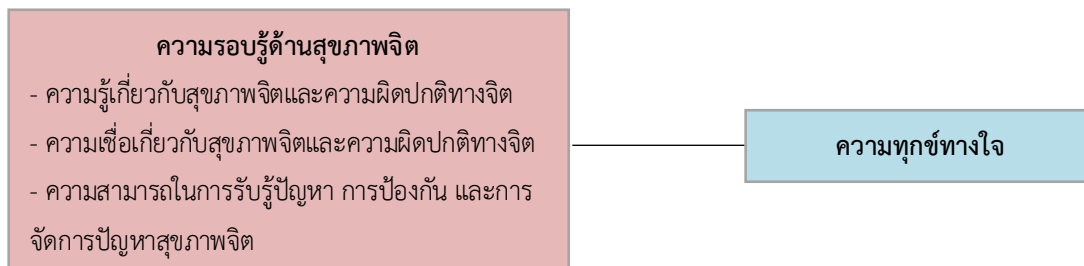
1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สมมติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าของสถานการณ์นั้น ตามแนวคิดของ Kessler & Mroczek (1994) ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับความทุกข์ทางใจว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้แก่ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกเหนื่อยล้า สิ้นหวัง กระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และจะประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าเกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่และสามารถเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์นั้นหรือไม่ หลังจากพบข้อมูลความรู้หรือมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนใหม่เข้ามาเพื่อที่จะสามารถหาวิธีเผชิญความเครียด ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนับเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนของบุคคลในการประเมินสถานการณ์และเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตใช้กรอบแนวคิดของ Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt (1997) มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการเมื่อมีปัญหาทางจิต ดังนั้นผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามหากรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่มาจัดการต่อสถานการณ์นั้น ทำให้มีความหวัง มีกำลังใจ ในการเผชิญความทุกข์ทางใจได้จะส่งผลให้เผชิญความเครียดที่ช่วยเยียวยาความทุกข์ทางใจได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในชุมชนใต้ความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 68,143 คน (Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ไม่เกิน 1 ปี ระบุเป็นมะเร็งระยะลุกลาม 5 ชนิด ได้แก่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ภายใต้ความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุ 20 ปี คัดเลือกประชากรโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) โดยเริ่มการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกตัวแทนระดับภาคคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ตัวแทนระดับเขตพื้นที่สุขภาพคือ เขตสุขภาพที่ 9 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับฉลากด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ จังหวัดชัยภูมิ

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับสลากด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ตัวแทน 2 อำเภอ จากฐานข้อมูลผลการสำรวจของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในปี 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซีและมอร์แกน (Chirawatkul, 2015) ซึ่งกำหนดความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ยอมรับได้ที่ระดับ .05 แทนค่าสูตรคำนวณ

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เนื่องจากขนาดกลุ่มประชากรมีจำนวนน้อย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จากข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Chirawatkul, 2015) โดยคำนวณจากสูตรคำนวณ Dropout Rate คือ $N = n/(1-R)$ กำหนดให้แทนค่าตามสูตร ได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ $N = 106$ คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตัวแทนประชากรแต่ละอำเภอ โดยใช้รหัสโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเรียงลำดับขึ้นต้นก่อนหลังจากนั้นเรียงลำดับชื่อกลุ่มตัวอย่าง ตามโปรแกรมประมวลผลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับสลาก (Lottery) แบบไม่แทนที่ด้วยอัตราส่วน 3:1 (Srisathitnarakun, 2007) จากรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า เพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ไม่เกิน 1 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม 5 ชนิด ได้แก่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ยังเข้ารับการรักษารักษาและพบแพทย์ตามนัด สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสามารถสื่อสารด้วยวิธีการ ฟัง พูด อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และอาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์คัดออก คือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชหรือกำลังได้รับการรักษาอาการทางจิตเวช และมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น อ่อนเพลียมากและตลอดเวลา หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมาก เจ็บปวดบริเวณรอยโรครุนแรง ไม่สามารถทำแบบทดสอบหรือสัมภาษณ์ต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาที่เคยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความทุกข์ทางใจของ Kessler & Mroczek (1994) มีจำนวน 10 ข้อคำถาม ซึ่งถามถึงความรู้สึกในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่บรรยายถึงความรู้สึกดังกล่าวดีที่สุด (1 หมายถึง ไม่มี, 2 หมายถึง มีน้อย, 3 หมายถึง บางครั้ง, 4 หมายถึง เกือบตลอดเวลา และ 5 หมายถึง ตลอดเวลา) ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวมีการใช้ศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในออสเตรเลีย (Banks, Byles, Gibson, Rodgers, Latz, & Robinson et al., 2010) และมีฉบับแปลภาษาไทยและนำมาใช้ในงานวิจัยในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ประเทศไทย โดย Rahman, Islam, Nitayawan, Inthong, Tungpunkom, & Thongyu et al., (2021)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นโดย Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob (2018) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป พัฒนามาตามกรอบแนวคิดของ Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt (1997) ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามทั้งหมดโดยไม่ได้แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อความ แบบประเมินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 48 ตัวบ่งชี้ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีทั้งหมด 15 ข้อ มี 3 คำตอบให้เลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

3) ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยหาค่าเฉลี่ย 4 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00	หมายถึง ระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ระดับไม่ดี

จากนั้นทำการคิดคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม 12 คะแนน คำนวณจาก 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 15 คะแนน ปรับคะแนนเต็ม 4 โดยหาร 3.75 จากคะแนนเต็ม องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 4 คะแนน และองค์ประกอบที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 4 คะแนน โดย 8.01 - 12.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง 4.01 - 08.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และ 0.00 - 04.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำหรือต้องปรับปรุง (Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob, 2018)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นโดย Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob (2018) ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) ซึ่งในข้อคำถามของแบบประเมินนี้ทุกข้อคำถามมี ตัวบ่งชี้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0 มีความสอดคล้องกันและยอมรับได้ แบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ทั้งหมดไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้ซ้ำ ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างการศึกษามีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความรู้ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .74 และส่วนแบบประเมินด้านความเชื่อ และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 และ .90 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความทุกข์ทางใจเคสเลอร์ 10 ของ Kessler & Mroczek (1994) เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้ได้ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและยังสามารถนำมาเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตได้ นิยมใช้ในการประเมินกลุ่มเสี่ยง ที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไปที่พบภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียในชีวิต กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งในกลุ่มผู้ที่เป็โรคเครียดในระยะต่าง ๆ และมีการศึกษาความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศออสเตรเลียซึ่งพบว่าความทุกข์ทางใจของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับระดับความพิการมากกว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (Banks, Byles, Gibson, Rodgers, Latz, Robinson, et al, 2010) ในประเทศไทยมีการนำมาตรวัดระดับความทุกข์ใจมาประเมินในกลุ่มที่หลากหลายทั้งในผู้ป่วยจิตเภทและยังมีการนำไปใช้ประเมินความทุกข์ทางใจในสมาชิก 17 ประเทศที่เผชิญปัญหาในช่วงสถานการณ์โควิด 19 มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 โดย Rahman, Islam, Nitayawan, Inthong, Tungpunkom, Thongyu, et al. (2021) ซึ่งมีความสอดคล้องกันและยอมรับได้

แบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ทั้งหมดไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือข้อคำถามผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้ซ้ำ ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างการศึกษามีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติ คือ เป็นเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต มีความสนใจในการเป็นผู้ช่วยวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือในการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยขอพิจารณาการรับรองทางจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงสาธารณสุขจังหวัดและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่กลุ่มตัวอย่างได้อยู่ในความดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประชุมพูดคุยถึงวิธีการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความเข้าใจของการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำในการเดินทางเพื่อเข้าพบผู้ป่วย เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของเครื่องมือ จากนั้นจัดเก็บแบบสอบถามไว้ในแฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างมิดชิด เพื่อเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะทำลายข้อมูลภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาที่เคยได้รับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งไม่ปกติ ค่า Kolmogorov-Smirnov Test ค่าเท่ากับ .001 ใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) ดังนี้

ค่า $r = 0$	แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่า $r = -/+ .01-.29$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับต่ำ
ค่า $r = -/+ .30-.69$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับปานกลาง
ค่า $r = -/+ .70-.99$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับสูง
ค่า $r = -/+ 1.00$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบอย่างสมบูรณ์

จริยธรรมวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 032/2566 Study code: 2565 – FULL023 วันที่ 27 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 อายุระหว่าง 20 - 60 ปี (ร้อยละ 52.84) สถานภาพสมรสหรือคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 61.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.10) ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.50) ประกอบอาชีพที่เกษตรกร (ร้อยละ 50.90) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 73.60) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 63.20) ผู้ดูแลหลักเป็นกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด เป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 50.94) ชนิดของมะเร็งพบมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 51.90) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 สัปดาห์ - 5 เดือน (ร้อยละ 75.47) และรักษาด้วยยา (ร้อยละ 49.10)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	10.60	2.58	ดี
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	3.15	8.43	ดีมาก
องค์ประกอบที่ 3 ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต	2.96	16.15	ดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม	8.94	1.98	สูง

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($M = 8.94, SD = 1.98$) โดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตพบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตในระดับดี ($M = 10.60, SD = 2.58$) 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตพบว่า มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดีมาก ($M = 3.15, SD = 8.43$) 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี ($M = 2.96, SD = 16.15$)

2.2 ความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	M	SD	ระดับความทุกข์ทางใจ (ร้อยละ)			
			ค่อนข้างปกติ	มีแนวโน้มผิดปกติเล็กน้อย	มีแนวโน้มผิดปกติปานกลาง	มีแนวโน้มผิดปกติอย่างรุนแรง
ความทุกข์ทางใจ	22.38	7.67	25 (23.60)	34 (32.10)	40 (37.70)	7 (6.60)

จากตาราง 2 แสดงถึงข้อมูลระดับคะแนนความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ย 22.38 คะแนน ($SD = 7.67$) ความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางร้อยละ 37.70 รองลงมา คือ มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.10 อยู่ทีระดับค่อนข้างปกติ ร้อยละ 23.60 และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

3. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะลุกลาม

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	ความทุกข์ทางใจ (r)	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	-.626**	<.001

**p-value < .01

จากตาราง 3 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ในผู้ที่เป็มะเร็งระยะลุกลามพบว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของผู้ที่เป็นโรคเมอเร็งระยะลุกลาม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่างอายุระหว่าง 20 - 60 ปี (ร้อยละ 52.84) ซึ่งอยู่กลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ร่างกาย อารมณ์ สังคม อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบที่ชัดเจนและเพิ่มมากขึ้น เป็นวัยที่เริ่มสร้างครอบครัว การรับบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในค่าใช้จ่ายของครอบครัว การดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย และการเข้าสู่บทบาทหน้าที่สำคัญในสังคม ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยดังกล่าวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งระยะลุกลามจึงเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องเผชิญ ทั้งปัญหาจากการเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาการเงิน หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (Likittrakankul, Anson, Chaiyasilp, Phetkan, Poolsawat, Nueatet, et al., 2016) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความทุกข์ทางใจที่มีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 37.70) รองลงมาคือมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 32.10) อยู่ที่ระดับค่อนข้างปกติ (ร้อยละ 23.60) และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ได้มีการส่งต่อข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เข้ารับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทางสุขภาพจิต โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 6 สัปดาห์ - 5 เดือน (ร้อยละ 75.47) ซึ่งระดับความทุกข์ทางใจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ จากผลการศึกษาของ Chengtawee & Sirilertrakul (2017) พบว่าระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีผลต่อระดับความทุกข์ทางใจ โดยจะเพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนแรกและจะค่อย ๆ ลดลง เมื่อบุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้คล้อยคลึงกับการศึกษาของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม หรือระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 รายพบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทางใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.3 ซึ่งเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบายของผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ตอบสนองต่อความเครียด อันเป็นภาวะที่สะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถเผชิญความเครียดได้และเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ยังมีความคล้ายคลึงกับบทความวิชาการของ Thasaneesuan & Nilmanat (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล ได้ระบุว่า การเกิดภาวะทุกข์ทางใจเกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์และตัดสินใจว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตราย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจัดการได้ ผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามจึงแสดงออกถึงภาวะทุกข์ทางใจในลักษณะ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอน ความสามารถในการประเมินปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามสามารถเผชิญสถานการณ์นั้นได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.40 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Namdej, Phongsakchal, & Sangournpak (2018) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง โดยรู้จักและสามารถจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตได้ร้อยละ 61.30 และการรับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องร้อยละ 67.60 และการศึกษาของ Sriwichai, Boonchiang, & Kreausukon (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความพึงพอใจและความเหงาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 20.40 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งประเทศสิงคโปร์โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็ง 89 ราย และกลุ่มควบคุมที่เป็นเนื้องอก 61 ราย พบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ($p\text{-value} < .001$) (Poon, Wang, Goh, Chan, & Lim, 2019) และมีการศึกษาของ Sauhem, & Banchonhattaki (2019) ที่กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สามารถเพิ่มขึ้นและพัฒนาได้จากทักษะหรือประสบการณ์ที่ได้รับโดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการมีแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก สามารถช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์ด้านลบและความทุกข์ทางใจได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบีบคั้นทางจิตใจกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย (Temtab, & Nilmanat, 2017) ที่พบว่ามีความวิตกกังวลทางจิตใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.66$, $p\text{-value} < .001$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์กันทางลบระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามพบว่าร้อยละ 75.45 มีความทุกข์ทางใจ โดยร้อยละ 51.39 มีความทุกข์ใจระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ต้องพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเพื่อเข้ารับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม (Chaichompoo, Namvongprom, Pakdevong, Preechakoon, & Ounlam, 2019) และงานวิจัยของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ รู้สึกถูกบีบคั้นทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล กลัวต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสภาวะที่เป็นผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ความเจ็บปวดทางร่างกายที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บปวด การสูญเสียภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความอ่อนล้าจากผลข้างเคียงของรักษา ภาวะของโรคที่เรื้อรัง ยาวนาน รวมทั้งความไม่แน่นอนของจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมที่ลดลง และมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมพบว่าร้อยละ 55.6 กลัวและอับอายที่จะขอรับคำปรึกษาและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โดยเมื่อมีความทุกข์ทางใจจะยอมรับความช่วยเหลือจากครอบครัว มากกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อเกิดความทุกข์ทางใจ วิตกกังวล มีความเครียดสะสมและขาดความช่วยเหลือจะส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิต (Cheung, Ong, Tan, Fan, Chan, Molassiotis, et al, 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งชาวญี่ปุ่นและความสามารถในการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในการรักษาเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่นทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 100 คน และประชาชนทั่วไป 300 คน พบว่า ร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับเลือกวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกายแทนที่จะรับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า อย่างไรก็ตามการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอเปรียบเสมือนการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจได้อย่างเหมาะสม (Okuyama, Nakane, Endo, Seto, Kato, Seki, et al., 2006) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะได้มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและพบปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484$, $p\text{-value} < .001$) (Phosai, Bunchu, Wattraduly, Makkappalanon, & Tangkratok, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล โดยหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะส่งผลต่อการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Temtab & Nilmanat, 2017) จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องตรงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่เชื่อว่าโดยเชื่อว่าความเครียดเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (Cognitive Appraisal Process) เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) ว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นความเครียดหรือไม่และอยู่ในระดับใดเป็นอารมณ์ในลักษณะคุกคาม (Treat Emotion) ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หรือ อารมณ์เจ็บปวด (Harm Emotion) ได้แก่ โกรธ เศร้า ผิดหวัง และ อารมณ์ท้าทาย (Challenge Emotion) ได้แก่ รู้สึกมั่นใจ ภาคภูมิใจ มีความหวัง ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) ควบคู่กันว่าสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นนั้นเกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่และสามารถเผชิญกับความเครียด

หรือสถานการณ์นั้นหรือไม่ เช่น มีแหล่งประโยชน์สนับสนุนอื่น ๆ ทำให้สามารถเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวได้หรือไม่ มีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้หรือไม่ โดยจะมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากพบแหล่งข้อมูลความรู้ สนับสนุนใหม่เข้ามา เพื่อช่วยหาวิธีเผชิญความเครียดได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเชื่อ และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การจัดการปัญหา และการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์แห่งตน ที่ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์และเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามรวมทั้งสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีผลต่อความสามารถในการประเมินสถานการณ์เจ็บป่วย และการบำบัดรักษา มะเร็งระยะลุกลามว่าเป็นความท้าทาย ผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามจะรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่นำมาจัดการสถานการณ์นั้น ได้ทำให้มีความหวัง มีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ทางใจได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดและช่วยเยียวยาความทุกข์ทางใจได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์แห่งตนในการประเมินค่าและเผชิญกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามได้
2. ควรมีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งก่อนจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
3. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดนโยบายในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและเป็นแนวทางในการจัดบริการ การคัดกรอง ส่งเสริม และป้องกันการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช อันเกิดจากความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาหรือพัฒนาโปรแกรมเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และมีความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจอันจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งในลำดับต่อไป

References

- Banks, E., Byles, J. E., Gibson, R. E., Rodgers, I. A., Latz, I. K., Robinson, A. B., et al. (2010). Is psychological distress in people living with cancer related to the fact of diagnosis, current treatment or level of disability? findings from a large Australian study. *The Medical Journal of Australia*, 193(5), S62-S67. doi:10.5694/j.13265377.2010.tb03931.x
- Buajan, A., Phetnui, T., & Sawat, T. (2018). Depression and Quality of Life among Cancer Patients in Chaiyaphum District area, Chaiyaphum Province. *Nakhon Phanom University Journal 25th Anniversary Academic Conference Issue*, 132-139. (in Thai)
- Chaichompoo, R., Namvongprom, A., Pakdevong, N., Preechakoon, P. & Ounlam, T. (2019). Relationship between symptom severity and distress in patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(4), 107-119. (in Thai)

- Chengtawee, P. & Sirilertrakul, P. (2017). Factors Related to depressive episode among the colorectal cancer patients receiving chemotherapy: A case study at oncology unit, Ramathibodi Hospital. *Srinakarin Medical Journal*, 32(1), 64-70. (in Thai)
- Cheung, Y. T., Ong, Y. T., Tan, Y. P., Fan, G., Chan, C. W., Molassiotis, A. et al. (2015) Assessment of mental health literacy in patients with breast cancer. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 1(1), 1-11. doi: 10.1177/1078155215587541
- Chirawatkul, A. (2015). “*Statistics for Health Science Research*. (2nd ed.)”. Bangkok: S. Asia Press (1989): Company Limited. (in Thai)
- Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan. (2020). *National Cancer Prevention and Control Plan 2020-2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services Planning and Evaluation Working Group. (2019). *Strategic Plan of the National Cancer Institute 2019-2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove’s the Practice of Nursing Research- E-Book: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Henson, K.E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 51-61.
- Inchaithep, S., Puasiri, S., Punsawat, M., Thungmepon, P., & Robkob, W. (2018). Development of mental health literacy indicators for the public. *Journal of Rajachonnani Uttaradit College of Nursing*, 10(2), 97-109. (in Thai)
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal Australia*, 166(4), 182-186.
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final Versions of Our Non-Specific Psychological Distress Scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kongsuwan, W. & Khongthong, S. (2013). “*Sad state*. In Nilmanat, K., Kongsuwan, W.” Common phenomena in the final stages of life and care. (pp. 100-120). Songkhla: Joy print. (in Thai)
- Lazarus & Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Likittrakankul, I., Anson, B., Chaiyasilp, P., Phetkan, R., Poolsawat, P., Nueatet, Y., et al., (2016). *Strategies to Promote Financial Saving in Adulthood to Prepare for Seniorhood*. Songkhla: Technical Promotion and Support Office 1-12, Songkhla. (in Thai)
- Lu, D., Andersson, T. M. L., Hultman, K. F., Czene, K., Valdimarsdottir, U., & Fang, F. (2016). Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncology*, 2(9), 1188-1196.
- Namdej, N., Phongsakchal, P. & Sangournpak, O. (2018). Mental health literacy among senior high school students in Saraburi province. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 125- 138. (in Thai)
- Okuyama, T., Nakane, Y., Endo, C., Seto, T., Kato, K., & Seki, N., et al. (2006). Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments- comparison with Japanese lay public. *Psycho-Oncology*, 16(9), 834-842. doi: 10.1002/pon.1119.

- Phosai, W., Bunchu, R., Wattraduly, D., Makkappalanon, K., & Tangkratok, P. (2020). Mental health literacy and quality of life among patients with stroke, *Chiang Mai Medical Journal*, 60(1), 63-74.
- Poon, S. H., Wang F. Q., Goh, J., Chan, Y.H., & Lim, C. L. (2019). Mental health literacy in cancer outpatients in Singapore. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(3), 91-94.
doi: 10.12809/ eaap1813
- Rahman, M. A., Islam, S. M. S., Nitayawan, S., Inthong, S., Tungpunkom, P., Thongyu, R., et al., (2021). COVID -19: Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries. *Global Health*, 17(117) 1-19.
- Srisathitnarakun, B. (2007). *The Methodology in Nursing Research (4th Edition)*. Bangkok: UANI Intermedia. (in Thai)
- Sriwichai, N., Boonchiang, W., & Kreausukon, P. (2021). The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the student at Chiang Mai university. *Humanities Journal*, 22(1), 143-161. (in Thai)
- Sumneangsator, T. (2013). Coping with loss and grief. *Journal of Science and Technology*, 21(7), 658-667. (in Thai)
- Temtab, S. & Nilmanat, K. (2017). The relationship between psychological distress and coping strategies in patients with advanced or terminal stage hepatocellular carcinoma: A cross-sectional descriptive study. *Songklanagarind Journal*, 35(4), 313-324. (in Thai)
- Thasaneesuan, S. & Nilmanat, K. (2019). Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(4), 110-119. (in Thai)
- World Health Organization. (2022) . *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.