

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี The Relationships among Personal Factors and Health Literacy with Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Chonburi Cancer Hospital

ธานี ขามชัย, ร.ด. (ยุทธศาสตร์และความมั่นคง)¹

Thanee Khamchai, D.Pol.Sc. (Strategy and Security)¹

ลาวัลย์ รักษาเนาศ, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)²

Lawan Raksanaves, M.N.S. (Nursing Administration)²

จันทร์เพ็ญ อุ่งอำรุง, วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)³

Chanpen Ungumrung, M.Sc. (Counseling Psychology)³

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)⁴

Patchanok Witheethammasak, M.N.S. (Adult Nursing)⁴

Received: October 24, 2021 Revised: November 3, 2021 Accepted: November 4, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 125 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .97 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .89

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

¹ Registered Nurse, Professional Level, Chonburi Cancer Hospital

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: the.masterkey@hotmail.com

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

^{2,3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Chonburi Cancer Hospital

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r_s = .238, p < .01$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = .281, p < .01$) และความฉลาดทางสุขภาพ ($r = .420, p < .001$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r_s = -.245, p < .01$) และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ($r_s = -.240, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the relationships among personal factors and health literacy with quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy. The samples were 125 breast cancer patients receiving chemotherapy in Chonburi Cancer Hospital. The research instruments included the personal factors questionnaire, the health literacy questionnaire with reliability as .97, and the quality of life questionnaire with reliability as .89. Data were collected from September, 2018 to May, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that variables positively statistically significant related to quality of life of breast cancer patients were education level ($r_s = .238, p < .01$), average income ($r_s = .281, p < .01$), and health literacy ($r = .420, p < .001$). In addition, variables negatively statistically significant related to quality of life of breast cancer patients were age ($r_s = -.245, p < .01$) and number of receiving chemotherapy ($r_s = -.240, p < .01$).

This research suggests that nurse executives should set policy for quality of life promotion of breast cancer patients receiving chemotherapy as well as provide activities enhancing health literacy.

Keywords: Health literacy, Quality of life, Breast cancer, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ถูกจัดว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกับประเทศที่ประชาชนมีรายได้ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง เนื่องจากพฤติกรรมการเรียนรู้ของประชาชนในยุคนี้เปลี่ยนแปลงไป มีช่องทางการเรียนรู้หรือการรับข้อมูลข่าวสารที่ง่าย รวดเร็ว แต่อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด จึงเสี่ยงต่อการเชื่อและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (World Health Organization, 2015) องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้ประเทศสมาชิกพัฒนาประชาชนให้มีความฉลาดทางสุขภาพ หรือทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ สมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำจะส่งผลให้เกิดอัตราการตาย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพ และกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2560) ทั้งนี้ หนึ่งในทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ซึ่งการจัดกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนก็ยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพได้ดีพอ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากข้อมูลการสำรวจปัญหาและผลการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพพบว่า คนไทยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15–59 ปี มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 49 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 45.50 และระดับดีมาก เพียงร้อยละ 5.50 ส่วนผลการขับเคลื่อนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าได้ผลผลิตที่สำคัญ คือ การมีคลังความรู้และเครื่องมือการวัดด้านความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มวัย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเป็นปัญหาเรื่องภาระโรค (burden of disease) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอาการไม่พึงประสงค์ และส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในระยะก่อนเสียชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพได้น้อย (Halverson et al., 2015; Schmidt et al., 2015; Song et al., 2012) ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้เผชิญกับความทุกข์ทรมาน ภาระของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ (Wandell et al., 2015) และความฉลาดทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพในเชิงเหตุผลมากที่สุด (Halverson et al., 2015)

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 90,654 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2,592 ราย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจำนวน 602 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 ปี มาพบแพทย์ในระยะที่ 2 ร้อยละ 56.20 ระยะที่ 3 ร้อยละ 18.50 และระยะที่ 4 ร้อยละ 5.80 (งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2561) วิธีการรักษาที่ใช้บ่อย คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีทั้งรูปแบบการให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวและรูปแบบการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมน ทั้งนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 248 ราย 219 ราย และ 239 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2561) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ และมากกว่าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ อาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เชื้อราช่องปากอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กดการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ผลต่อผิวหนัง ขน ผมห และเล็บ และผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Gail & Margaret, 2006) ทั้งนี้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีการสนับสนุนองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและลดผลกระทบด้านจิตใจ แต่ก็ยังคงพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความฉลาดทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับอาการระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถออกแบบการจัดการตนเอง และเผชิญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นได้ หากต้องการ

ให้ประชาชนมีการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ต้องส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) เช่นเดียวกับประเทศไทย ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษาได้ (มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และกุลธรเทพมงคล, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (สุรัชย์ มณีเมตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตหลังสิ้นสุดการรักษา (ภัสสินท์ กุลลา, สุสิทธิ์กร ด่านยุทธศิลป์, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2558) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะหาคำตอบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นอย่างไร เพื่อนำผลที่ได้

ไปปรับใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ ปรับปรุงข้อมูลและการบริการสุขภาพในลักษณะที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พัฒนาทักษะผู้ป่วยให้ทำทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

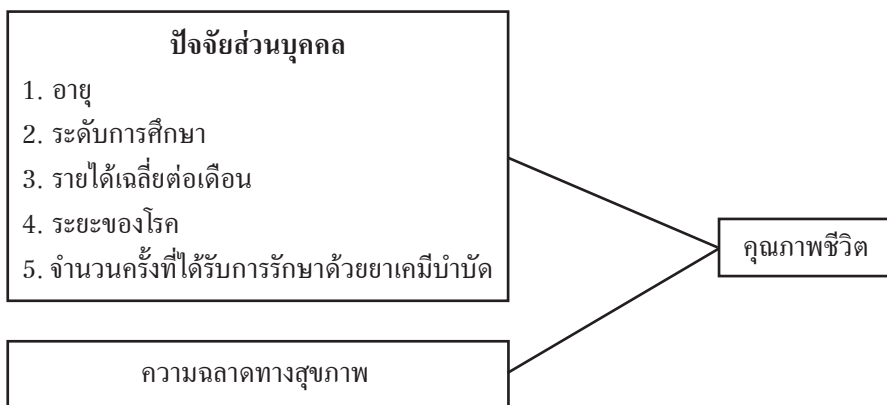
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด) และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
2. อายุ ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยศึกษาและเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และความฉลาดทางสุขภาพ เนื่องจากอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัชวฤติ ขศธาสุโรดม, 2559) ทั้งนี้ ความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (González-Chica et al., 2016) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2-4 2) อยู่ระหว่างการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัด 3) มีการรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ 6) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตประสาท และ 7)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 125 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะงานหรืออาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะของโรคนิคมของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ทางสุขภาพของคนไทยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวน 47 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ มีความเป็นจริงน้อยที่สุด มีความเป็นจริงน้อย มีความเป็นจริงปานกลาง มีความเป็นจริงมาก และมีความเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับภาษาไทย FACT-B ที่แปลโดยนุจรี ประทีปะวงษ์ จอห์นส (2552) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ และคำถามเฉพาะของโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับน้อยที่สุด (0-0.80 คะแนน) ในระดับน้อย (0.81-1.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.61-2.40 คะแนน)

ในระดับมาก (2.41–3.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.21–4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .97 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 12/2561 วันที่ 17 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2561 ถึงเดือน

พฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพ และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะของโรค กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.78 ปี ($SD = 10.86$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.80 มีลักษณะงานหรืออาชีพเป็นพนักงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.40 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.60 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 92 ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด AC (adriamycin + cyclophosphamide) คิดเป็นร้อยละ 66.40 และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในช่วง 1–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.20

2. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.83, SD = .54$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 3.75, SD = .67$) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ($M = 3.99, SD = .72$) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 3.96, SD = .64$) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ($M = 3.91, SD = .60$) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ($M = 3.65, SD = .63$)

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับมาก ($M = 2.84, SD = .44$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับมากทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ($M = 2.88, SD = .70$)

ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ($M = 3.05, SD = .63$) ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ ($M = 3.13, SD = .57$) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($M = 2.74, SD = .70$) และคำถามเฉพาะของโรคมะเร็งเต้านม ($M = 2.57, SD = .57$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา ($r_s = .238, p < .01$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = .281, p < .01$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r_s = -.245, p < .01$) และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ($r_s = -.240, p < .01$) ส่วนระยะของโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 125$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	r	p
อายุ	-.245	.006
ระดับการศึกษา	.238 (r_s)	.007
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.281 (r_s)	.002
ระยะของโรค	-.098 (r_s)	.279
จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	-.240	.007

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .420, p < .001$) เมื่อ

จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 125$)

ความฉลาดทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิต	
	r	p
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.391	< .001
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	.399	< .001
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	.371	< .001
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	.320	< .001
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	.351	< .001
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม	.420	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 54.40) ยังไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่มีปัญหาทางสายตาหรือการได้ยิน รวมทั้งยังไม่มีภาวะหลงลืม ส่งผลให้ยังทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ่มทองกุล (2557) ที่พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา คือ กลุ่มอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า อายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด (ร้อยละ 29.60) จึงมีความเข้าใจในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพต่างๆ และสามารถ

เลือกใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเอง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khan and Tahir (2014) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสถานะการศึกษามีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า การศึกษาระดับต่ำมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Panagioti et al. (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้

ผลการวิจัยพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 49.60) แม้จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 26.40) แต่ผู้ป่วยร้อยละ 23.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท จึงสามารถนำมาสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายทั่วไปได้ ทำให้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรณชาติ (2558) ที่พบว่า รายได้สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan and Tahir (2014) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการจ้างงานมีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า ระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตาม

สมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะอยู่ในระยะใดของโรค ก็มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 51.20) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 92) ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยเรื่องมะเร็งเต้านมในลักษณะเดียวกัน ระยะของโรคจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) ที่พบว่า การมีอาการด้านความรุนแรงสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในช่วง 1-5 ครั้ง (ร้อยละ 75.20) จึงยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ น้ำหนักลด ทำให้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการถ่ายทอดความรู้

จากพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และพยาบาลจัดให้ผู้สมัคร ญาติ หรือผู้ช่วยเหลือร่วมรับทราบข้อมูล มีการแจกเอกสารแผ่นพับ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลที่สงสัย ประกอบกับผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 47.78 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด เป็นพนักงานโรงงาน หรือบริษัทเอกชน มากที่สุด และระยะของโรครออยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสืบค้นข้อมูลเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพได้ และสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, นภาพร วาณิชยกุล, และชลเวช ชวศิริ (2560) ที่พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา คำห่อ และคณะ (2561) ที่พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Panagioti et al. (2018) ที่พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่เป็นโรครื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่เหมาะสม กำหนดแนวทางการเสริมพลังการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี การดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ รวมทั้งควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการหรือเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การเสริมสร้างองค์ความรู้ และการเสริมพลังการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20190329105418_1_.pdf
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2562-2564)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2561). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี*. สืบค้นจาก [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/hos_2559be_2016ad%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/hos_2559be_2016ad%20(1).pdf)

- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, และมณฑา ลิ้มทองกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 85–93.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีโอ อินเตอร์ มีเดีย.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 199–216.
- ภัสรินทร์ กุลลา, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตหลังสิ้นสุดการรักษา จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 117–127.
- มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และกุลธร เทพมงคล. (2561). โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษา. *Journal of Nursing Science*, 36(2), 54–66.
- มุกิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(พิเศษ), 18–29.
- ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, นภาพร วาณิชย์กุล, และชวลเวช ชวศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *Journal of Nursing Science*, 35(3), 82–93.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2560). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560–2564) และแผนปฏิบัติการ 4 ปี (พ.ศ. 2561–2564)*. สืบค้นจาก <https://www.senate.go.th/assets/portals/1/files/plan%2060.PDF>
- สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัยวุฒิ ยศลาสุโรดม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *Journal of Nursing Science*, 34(suppl. 1), 94–106.
- สุรัชย์ มณีเนตร, และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24–35.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Gail, M. W., & Margaret, B. B. (2006). *Oncology nursing drug handbook*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- González-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P., ... Stocks, N. (2016). Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PLoS One*, 11(3), e0151079. doi:10.1371/journal.pone.0151079

- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., ... Trentham-Dietz, A. (2015). Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *Journal of Health Communication, 20*(11), 1320–1329. doi:10.1080/10810730.2015.1018638
- Khan, A. R., & Tahir, I. (2014). *Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia*. Retrieved from <https://benthamopen.com/contents/pdf/MEDJ/MEDJ-1-29.pdf>
- Panagioti, M., Skevington, S. M., Hann, M., Howells, K., Blakemore, A., Reeves, D., & Bower, P. (2018). Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: A large cohort study in UK general practice. *Quality of Life Research, 27*(5), 1257–1268. doi:10.1007/s11136-017-1775-2
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537–541. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02640361>
- Schmidt, M. E., Wiskemann, J., Armbrust, P., Schneeweiss, A., Ulrich, C. M., & Steindorf, K. (2015). Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Cancer, 137*(2), 471–480. doi:10.1002/ijc.29383
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J.-Y., Kang, J., Baek, Y.-J., Mo, H.-N., ... Lee, O. K. (2012). Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer. *Psycho-oncology, 21*(11), 1158–1166. doi:10.1002/pon.2027
- Wandell, K. K., Lustberg, M. B., Reinbolt, R. E., Orchard, T., Andridge, R., Schade, H. W., ... Conlan, T. (2015). *Effects of chemotherapy on quality of life in breast cancer survivors*. Retrieved from https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2015.33.28_suppl.112
- World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheet to empower communities and strengthen health systems*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>