

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาติน (carboplatin) ร่วมกับแพคลิตาเซล (paclitaxel) ที่มารับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหน่วยให้เคมีบำบัดผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายโดยมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 56 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.7 ปี (S.D.= 10.57, range=22-65) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.2 ปี (S.D.= 9.27, range=31-65) ช่วงอายุที่พบมากสุดในกลุ่มทดลองคือ 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมพบมากในช่วงอายุ ≤ 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 ระยะโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 56 ตามลำดับสำหรับระดับสมรรถนะการทากิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ the Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale [ECOG PS] พบว่าทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ 2 มากที่สุดคือ เหนือกว่าปกติทากิจวัตรประจำวันลดลงแต่นั่งหรือนอนพักน้อยกว่าร้อยละ 50 ของชั่วโมงทำงาน โดยพบร้อยละ 68 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 64 ในกลุ่มควบคุม ส่วนระดับการศึกษาพบว่าร้อยละ 68 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 56 ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษา และกลุ่มทดลองร้อยละ 64 ไม่มีรายได้ ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 48 ไม่มีรายได้ และส่วนใหญ่จะใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา คือ ร้อยละ 88 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลระดับนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ ระยะของโรค ระดับสมรรถนะการทากิจวัตรประจำวัน ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษา และข้อมูลระดับอันดับ คือ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ทดสอบโดยใช้สถิติไคว-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher exact probability test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลทุกตัวไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระยะของโรค สมรรถนะ
การทำกิจวัตรประจำวัน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิในการรักษา (n=50 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 25) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n= 25) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			1.00 ⁿ
ชาย	14 (56.0)	14 (56.0)	
หญิง	11 (44.0)	11 (44.0)	
อายุ (ปี) (range 22-65 ปี)	($\bar{X}$ =55.72, S.D.=10.57)	($\bar{X}$ =53.24, S.D.=9.27)	.669 ⁿ
≤ 50 ปี	6 (24.0)	9 (36.0)	
51-55 ปี	6 (24.0)	6 (24.0)	
56-60 ปี	3 (12.0)	4 (16.0)	
61-65 ปี	10 (40.0)	6 (24.0)	
ระยะของโรค			.069 ⁿ
Stage IIIB	5 (20.0)	11 (44.0)	
Stage IV	20 (80.0)	14 (56.0)	
ระดับสมรรถนะการทำกิจวัตรประจำวัน			1.00 ⁿ
ระดับ 1 เหนื่อยง่ายแต่ทำกิจวัตรได้ปกติ	5 (20.0)	5 (20.0)	
ระดับ 2 ทำกิจวัตรได้ลดลงแต่นอนพัก < ร้อยละ 50 ของชั่วโมงทำงาน	17 (68.0)	16 (64.0)	
ระดับ 3 เหนื่อยมากต้องนอนพัก > ร้อยละ 50 ของชั่วโมงทำงาน	3 (12.0)	4 (16.0)	
ระดับการศึกษา			.332 ⁿ
ไม่ได้เรียน	4 (16.0)	(28.0)	
ประถมศึกษา	17 (68.0)	14 (56.0)	
มัธยมศึกษา	2 (8.0)	2 (16.0)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (8.0)	-	

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระยะของโรค สมรรถนะ
การทำงานวัดประจำวัน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิในการรักษา (n=50 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 25)	กลุ่มควบคุม (n= 25)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			.666 ^๒
ไม่มีรายได้	16 (64.0)	12 (48.0)	
≤ 5,000 บาท	6 (24.0)	7 (28.0)	
5,001-10,000 บาท	2 (8.0)	3 (12.0)	
10,001 บาทขึ้นไป	1 (4.0)	3 (12.0)	
สิทธิในการรักษา			.847 ^๒
บัตรทอง	22 (88.0)	20 (80.0)	
ประกันสังคม	2 (8.0)	2 (8.0)	
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	1 (4.0)	3 (12.0)	

หมายเหตุ ^๑ = สถิติไคว์-สแควร์, ^๒ = สถิติฟีชเชอร์เอ็กแซค

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเท่ากับ 80.48 (S.D.= 4.95) และ 81.68 (S.D.= 5.83) ตามลำดับ ส่วนหลังทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ 96.16 (S.D.= 3.47) และ 83.36 (S.D.= 4.56) ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (t-test for independent sample) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4-2 ส่วนหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	80.48	4.95	81.68	5.83	.785	.218

ตารางที่ 4-3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
หลังทดลอง	96.16	3.47	83.36	4.56	-11.161	.000

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเท่ากับ 80.48 (S.D.= 4.95) และหลังทดลองเท่ากับ 96.16 (S.D.= 3.47)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง				t	df	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
กลุ่มทดลอง	80.48	4.95	96.16	3.47	-16.124	24	.000

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 69.24 (S.D.= 9.20) และ 69.76 (S.D.= 11.61) ตามลำดับ ส่วนหลังทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 86.88 (S.D.= 5.25) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงจากเดิมเล็กน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.76 (S.D.= 11.17)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (t-test for independent sample) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4-5 ส่วนหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	69.24	9.20	69.76	11.61	.176	.431

ตารางที่ 4-6

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
หลังทดลอง	86.88	5.25	67.76	11.17	-7.744	.000

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทดลองเท่ากับ 69.24 (S.D. = 9.20) และหลังทดลองเท่ากับ 86.88 (S.D. = 5.25)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-7

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	69.24	9.20	86.88	5.25	-9.034	.000

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนและ ให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ($\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 80.48$, S.D.=4.95 และ $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 96.16$, S.D.= 3.47) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ($\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 69.24$, S.D.= 9.20 และ $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 86.88$, S.D.= 5.25) ผลการวิจัยอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่ม ที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด หลัง ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยการดูแล ตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4-3) โดยก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4-2) สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อน และหลัง ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่ม ทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4-4) จากผลการวิจัยที่กล่าวมาเห็นได้ว่าสนับสนุนสมมติฐานที่ระบุไว้ทั้ง 2 ข้อ สามารถ อภิปรายได้ดังนี้

การที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน ซึ่ง เป็นวิธีการสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้หรือทักษะที่จำเป็น นำไปสู่การพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมี ส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง รับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าและเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

ปัญหา (Orem, 2001) ดังนั้น การสอนเกี่ยวกับเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ วิธีการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และวิธีการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนเป็นความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จึงช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นและนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 2001) นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยให้ความรู้กับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลโดยคำนึงถึงความพร้อม ความแตกต่างในการรับรู้และความต้องการข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประเมินความเข้าใจโดยการซักถามเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดส่งผลดีต่อการดูแลตนเองและการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย (McCaughan & Thompson, 2000) และอาจส่งเสริมให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจและตัดสินใจที่จะริเริ่มกระทำการดูแลตนเองได้

นอกจากนี้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุนร่วมกับชี้แนะกับกลุ่มทดลอง ซึ่งจากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) การสนับสนุนชี้แนะเป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ในทุกสถานการณ์ ทำให้มีกำลังใจ ความมั่นใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การที่ผู้วิจัยสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดคุยชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ชี้แนะวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อยังปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง มีการสัมผัสที่กระตุ้นให้กำลังใจ ร่วมกับการสนับสนุนด้านสิ่งของโดยการมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องที่สอนสามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้านได้ อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งคู่มือมีการใช้ภาพประกอบและขนาดตัวอักษรที่มองเห็นชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย มีการจดบันทึกข้อมูลผลการตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) ก่อนการได้รับเคมีบำบัดแต่ละชุด ทำให้ผู้ป่วยทราบจำนวนเม็ดเลือดของตนเองและอาจนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การแจกเอกสารคู่มือนี้จัดว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางด้านบริการสุขภาพที่ช่วยเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลดีต่อการคิดริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) สนับสนุนผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่าการมอบคู่มือและการสนับสนุนทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและส่งผลดีต่อการจัดการอาการที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา (McPherson, Higginson, & Hearn, 2001) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามสนับสนุนชี้แนะผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลและติดตามทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านในวันที่ 6 หลังได้รับเคมีบำบัดแต่ละชุด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้โทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้เมื่อเกิดอุปสรรคในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยมักเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดทั้งอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (ตารางที่ ข-1 ภาคผนวก ข) ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (ตารางที่ ข-2 ภาคผนวก ข) และปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ตารางที่ ข-3 ภาคผนวก ข) ทั้งนี้ผลจากการติดตามทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยไปริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ภาคผนวก ข) และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้โทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยเกี่ยวกับปัญหาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (ภาคผนวก ฉ) การสนับสนุนชี้แนะจึงเป็นเสมือนการติดตามประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาจช่วยให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจและความมั่นใจ รับรู้ความสำคัญและตั้งใจให้ริเริ่มและทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องแม้อยู่ในสถานการณ์ที่เครียดวิตกกังวล และต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ แครดด็อก, อัดัมส์, ยูซุย, และมิเชล (Craddock, Adams, Usui, & Michell, 1999) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 48 ราย ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางโทรศัพท์ขณะอยู่ที่บ้านภายหลังได้รับเคมีบำบัดชุดที่ 1-4 ชุดละหนึ่งครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที มีส่วนช่วยกระตุ้นและตั้งใจให้ผู้ป่วยริเริ่มทำการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผลการศึกษาของ ยาทีสส์และคณะ (Yates et al., 2005) ที่มีกลุ่มตัวอย่าง 109 ราย พบว่าการสนับสนุนทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้า ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น

นอกเหนือจากการสอน การสนับสนุนและการชี้แนะ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เคารพในความเชื่อและการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำการใช้แหล่งประโยชน์เพิ่มเติมและเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว กับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) กิจกรรมเหล่านี้เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงอาจช่วยให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้น มองเห็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อผสมผสานวิธีการช่วยเหลือซึ่งประกอบด้วย การชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สอนและให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเอื้อต่อการดูแลตนเอง จูงใจให้ผู้ป่วยริเริ่มและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองให้เพียงพอสำหรับการกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดใน 4 ประเด็น คือ 1) การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ 3) การคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และ 4) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนผลการศึกษาของอรทัย สนใจยุทธ (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย ที่พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดีขึ้น เอาใจใส่ติดตามผลการรักษาของตนเองอย่างต่อเนื่องและมีเหตุผลในการคิด ตัดสินใจ กระทำการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของสุภาวดี โสภณวัฒนกุล (2545) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองภายใต้การสนับสนุนชี้แนะจากผู้วิจัย ช่วยลดความวิตกกังวล ความสับสน กังวลใจเมื่อเกิดปัญหา ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผลการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และวรชัย รัตนธรร (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย ที่พบว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ ความมั่นใจ มีกำลังใจ และแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4-6) โดยก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4-5) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4-7) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 4

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ระบบการพยาบาลเป็นการใช้ความสามารถของพยาบาลในการวางแผนจัดระบบเพื่อปรับแก้ไขให้เกิดความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ดีและนำไปสู่การมีความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม โดยการดูแลตนเองด้านร่างกายจากการติดตามทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วยมีการเรียนรู้ที่จะสังเกต ติดตาม ประเมินอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งได้กระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน (ภาคผนวก ข) นอกจากนี้ การดูแลตนเองด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังเห็นได้จากการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ใจ หรือเบื่อหน่ายต่อการรักษา ผู้ป่วยได้แสวงหาทางออกโดยการพูดคุยระบายความรู้สึกหรือปรึกษากับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด หากิจกรรมหรืองานทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การสวนมนต์ การนั่งสมาธิ หรือไปทำบุญที่วัด เป็นต้น รวมทั้งการพยายามทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ปรับตัวยอมรับ

กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และพยายามนึกถึงข้อดีของการรักษาและเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ (ภาคผนวก ข) ส่วนการดูแลตนเองด้านสังคมและด้านการปฏิบัติกิจกรรม ผลจากการติดตามทางโทรศัพท์พบว่าเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ หรือปัญหาที่เกิดจากการรักษา และรับรู้ว่าจะไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกใช้แหล่งสนับสนุนอย่างเหมาะสม เช่น พுகุญปรึกษาครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ไว้ใจ การโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัย และการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพที่มีอยู่ (ภาคผนวก ข)

กล่าวโดยสรุป การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ช่วยให้มีการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองเหล่านี้ นำไปสู่การรับรู้ความผาสุกในชีวิตที่เป็นอยู่ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามแนวคิดของเซลลา (Cella, 1994)

ผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สนับสนุนผลการศึกษาของ อุบล จัวงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, และ รัชนิพร คนชุม (2542) ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดด้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ที่พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการติดตามประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและช่วยตอบสนองความต้องการที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ จุฬากานต์ กิ่งเนตร (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง พัฒนาและปรับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาจากโรคและการรักษาได้ดีขึ้น ทำให้มีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น