

Symptom Experiences, Management Strategies, and Functional Status in Lupus Nephritis Patients*

Sirikarn Hanrop*, Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD¹,

Aurawamon Sriyuktasuth, RN, DSN¹, Suchai Sritippayawan, MD, PhD²

Abstract

Purpose: To explore the symptom experiences, management strategies, functional status in lupus nephritis and the relationships between symptom experiences and functional status in lupus nephritis patients.

Design: A descriptive correlation study design.

Methods: The sample consisted of 100 lupus nephritis patients who were 18 years or older. Data were collected using questionnaires on demographic characteristics, the Memorial Symptom Assessment Scale, management strategies, and the Thai-Modified function Living Index Cancer.

Main findings: The patients had a good functional status (mean = 47.74, SD = 7.79). Blurred vision, insomnia, fatigue, and headache were significantly negative correlated with functional status. ($r = -.32, -.31, -.49, -.49, -.23$, respectively; $p < .05$) The most common symptom management strategies by patients to manage the top five common symptoms (headache, sleeping difficulties, fatigue, arthralgia, and vision loss) were taking medication, trying sleep, rest, and seeing a doctor.

Conclusions and recommendations: Nurses should evaluate symptoms and plan effective care as well as provide knowledge to patients and families. Moreover, nurses should conduct research and develop program to retrieve symptoms and enrich functional status of Lupus Nephritis Patients.

Keywords: lupus nephritis, symptom experiences, management strategies, functional status

J Nurs Sci. 2015;33(4):65-75

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.pu@mahidol.ac.th

** Master Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

² *Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการกำหนดในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง*

ศิริกาญจน์ หานุส* วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินานิช, PhD¹ อรวณ ศรียุทศุท, DSN¹
สุชาย ศรีพิทยวรรณ, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังจำนวน 100 คนซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี (Mean = 47.74 SD = 7.79) ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ และปวดศีรษะ มีค่าความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32, -.31, -.49, -.49, -.23$ ตามลำดับ; $p < .05$) กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ/นอนยาก อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ และตามัว โดยกลวิธีการจัดการอาการใช้การรับประทานยาแก้ปวด การพยายามฝึนนอนหลับ การนอนพัก การทายาลดปวด/เมื่อย การไปพบแพทย์ ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรประเมินอาการ และวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลควรมีการทำวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเพิ่มภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

คำสำคัญ: ไตอักเสบเรื้อรัง ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ ภาวะการทำหน้าที่

J Nurs Sci. 2015;33(4):65-75

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.pu@mahidol.ac.th

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ไตอักเสบเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีร้อยละ 50-70 พยาธิสภาพของไตอักเสบเรื้อรังเกิดจากภูมิคุ้มกันคอมเพล็กซ์ไปเกาะที่บริเวณไตเพิ่มขึ้น นำไปสู่การกระตุ้นกลไกการทำงานของร่างกายต่อการตอบสนองของกระบวนการอักเสบ¹ สถิติของการเกิดโรคไตชนิดนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติโรงพยาบาลศิริราช² พบผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 จำนวน 831, 886 และ 1,009 ตามลำดับ โรคนี้พบในชาวเอเชียมากกว่าชาวยุโรป³ และพบในเพศหญิงที่มีอายุน้อย⁴

ไตอักเสบเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค และการรักษาที่ส่วนใหญ่เน้นการใช้ยา ทั้งในยาในกลุ่มสเตียรอยด์ และยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยที่ใช้ยาในการรักษาทั้งสองกลุ่มมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแพ้⁵ ใบหน้ากลมเหมือนพระจันทร์ หนอกที่หลัง กระดูกบาง และรูปร่างแคระแกรน⁵ นอกจากนี้ พยาธิสภาพของโรคเอสแอลอีเองยังกระตุ้นให้เกิดอาการที่มีผลมาจากการอักเสบทั่วร่างกาย เช่น ข้ออักเสบ ผลในปาก ผื่นแดงบริเวณใบหน้า และอาการทั่วไปของโรคเอสแอลอีที่พบมาก เช่น อ่อนล้า⁶ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพที่ไต ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการของผู้ป่วยโรคไตตามมา เช่น บวมบริเวณใบหน้า และร่างกาย เหนื่อยหายใจลำบาก⁷ โดยผู้ป่วยจะมีการรับรู้ ความถี่ ความรุนแรงของอาการ และรู้สึกถูกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการที่มีในผู้ป่วยหลายอาการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอสแอลอี ที่มีไตอักเสบเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เช่น การศึกษาของ Chandrasekhara และคณะ⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีคุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และอ่อนล้าจากการที่พักผ่อนได้ลดลงตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hanly และคณะ⁹ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ ส่งผลให้

คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ อาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อย และมีอยู่ในวัยเรียน วัยทำงาน และวัยเริ่มต้นของการแต่งงาน อาการที่รุนแรงขึ้น และเกิดอย่างต่อเนื่องอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนทำให้ผู้ป่วยมีผลตกต่ำ หรือไม่จบการศึกษา สำหรับวัยทำงาน อาจต้องลาออก หรือเปลี่ยนตำแหน่งงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไตรุนแรง เหนื่อยง่าย อาจไม่สามารถทำงานได้ รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในวัยแต่งงาน มีโอกาสแยกทางกับคู่สมรสที่ไม่สามารถยอมรับสภาวะของโรค อาการและภาพลักษณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ด้วยเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคซึมเศร้า เป็นภาระ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง จนอาจมีคิดฆ่าตัวตายตามมา

ภาวะการทำหน้าที่ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในคุณภาพชีวิต สะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค การติดตามการตอบสนองต่อการรักษา และทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วยโดยมีการใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีผลมาจากการประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการอาการในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง¹⁰ โดยอาการที่รุนแรง และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ลดลงตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาการบางอาการย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผื่นบริเวณใบหน้าที่รุนแรง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์พบปะกับผู้อื่นลดลง¹¹ นอกจากอาการเหล่านี้สร้างความทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงแล้ว หากผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าศึกษา และประกอบอาชีพได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ไม่มีรายได้ และส่งผลกระทบต่อประเทศเป็นอย่างมากทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ

ดอตต์ และคณะ¹² ได้อธิบายแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประสพการณ์การมีอาการครอบคลุมในมิติของอาการ ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น และตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ คือ ภาวะการทำหน้าที่ลดลง จากนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหากกลวิธีการจัดการอาการเพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ไว้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากลวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี และมีการศึกษาเพียงอาการใดอาการหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น อ่อนล้า¹³ ปวดศีรษะ⁹ นอนไม่หลับ¹⁰ จากการศึกษาของพรจิตต์ อุไรรัตน์ และคณะ⁷ พบว่าผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการมากกว่าหนึ่งอาการ จึงควรมีการศึกษาประสพการณ์การมีอาการที่ครอบคลุมทั้งความถี่ของการเกิดอาการ ความรุนแรงอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันกับภาวะการทำหน้าที่ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง และส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ประสพการณ์การมีอาการที่พบในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง
2. กลวิธีการจัดการอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ
3. ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ประสพการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ (ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้

เกณฑ์คัดออก 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิตประสาท หรือมีโรคร่วม ได้แก่ โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคตับวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง โรคปอด เป็นต้น 2) ได้รับการรักษาโดยวิธีการล้างไตทุกชนิด 3) มีประวัติได้รับการผ่าตัด

ปลูกถ่ายไต 4) อยู่ในช่วงตั้งครรภ์

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการเปิดตาราง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับสำคัญ เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ที่จำเป็นต้องตัดทิ้ง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบเรื้อรัง และจำนวนครั้งที่โรคกำเริบ

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการประเมินอาการ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Portenoy และคณะ¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง โดยมีทั้งหมด 26 อาการ โดยแต่ละอาการ มีการประเมินในหลายมิติ ได้แก่ การเกิดอาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกรบกวน/การรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ การประเมินความถี่ และความรุนแรง เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 (เกิดน้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอดเวลา) และความรุนแรง 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) ตามลำดับ ในด้านอาการที่รบกวนผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 (ไม่รบกวนเลย) ถึง 4 (รบกวนมากที่สุด) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ¹³ โดยเป็นคำถามปลายเปิดที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการเพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดอย่างน้อย 5 อาการแรก และมีคำถามปลายปิดสรุปผลลัพธ์ของกึ่งวิธีการจัดการอาการ ว่าอาการนั้นทุเลาลงคงเดิม หรือหายจากการมีอาการ

4. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai-Modified Function Living Index Cancer version 2 :T- FLC 2)¹⁵ สร้างโดย Schipper และคณะ ที่มีการพัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Functional Living Index Cancer¹⁶ เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย โดยแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (back translation) ตามกระบวนการโดย สุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ¹⁵ ที่ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยแบบสอบถามครอบคลุมการประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสังคม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่ (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good) ในการศึกษาครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (COA no. Si 043/2557) โดยกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเพื่อเข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคลินิกโรคไต และห้องตรวจอายุรศาสตร์ และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสายตา ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสายตายาว หรือผู้ป่วยที่มีสายตาพร่ามัว ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะให้การสัมภาษณ์แทนการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังโดยหาความสัมพันธ์และร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนประสบการณ์การมีอาการในแต่ละมิติทั้ง 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการ โดยหาความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยหาความสัมพันธ์และร้อยละ
4. วิเคราะห์คะแนนภาวะการทำหน้าที่ โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละประสบการณ์การมีอาการต่างๆ โดยนำคะแนนในมิติความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการ 5 อาการแรก กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงของการใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่ข้อมูลทุกตัวต้องมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ร้อยละ 93 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 29 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 93 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 55 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 44 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 19 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 35 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45 มีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บสำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 45 และร้อยละ 88 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว

2. ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32 มีระยะความเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีระดับพยาธิสภาพของไต Class IV ร้อยละ 75 เคยมีประสบการณ์โรคกำเริบ ร้อยละ 24 มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ได้รับยาสเตียรอยด์ และร้อยละ 53 ได้รับยากดภูมิคุ้มกันกลุ่มอื่นๆ

3. ประสบการณ์การมีอาการ พบว่าอาการของกลุ่มตัวอย่าง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่มากกว่าร้อยละ 50 หรือเท่ากับร้อยละ 50 ได้แก่ ร้อยละ 65 มีตามัว ร้อยละ 64 อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง และร้อยละ 60 นอนไม่หลับและปวดศีรษะ ร้อยละ 58 ปากแห้ง ร้อยละ 57 ผม่ว ร้อยละ 55 ปวดข้อ ร้อยละ 54 เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ และ ร้อยละ 50 ปวดกล้ามเนื้อ สำหรับอาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกในแต่ละมิติ มีดังนี้ มิติความถี่ของอาการ คือ ผม่ว นอนไม่หลับ ท้องผูก ตามัว รู้สึกเศร้าใจ และอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความถี่ของการเกิดอาการดังกล่าวอยู่ในระดับ “บางครั้ง” สำหรับมิติความรุนแรง คือ รู้สึกเศร้าใจ นอนไม่หลับ รู้สึกกระวนกระวาย และเหนื่อยหอบใจลำบาก โดยส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ “น้อย” และมิติความทุกข์ทรมานของอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน คือ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดศีรษะ และปวดข้อ โดยส่วนใหญ่รับรู้ความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการในระดับ “เล็กน้อย”

4. กลวิธีการจัดการอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ คือ

1) ตามัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยพบแพทย์ ร้อยละ 23.1

2) นอนไม่หลับ/นอนยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยพยายามฝึนนอนหลับ ร้อยละ 34.2

3) อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยนอนพัก ร้อยละ 57.5

4) ปวดศีรษะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 54.6

5) อาการปวดข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยใช้ยาทาลดปวด/เมื่อย เช่น ยาหม่อง ร้อยละ 55

5. ภาวะการทำหน้าที่ โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.74 (SD = 7.79) จากคะแนน 0-66 คะแนน คะแนนสูงสุด 61 และคะแนนต่ำสุด 25 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสามารถทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน หย่อนใจ รองลงมา ความรู้สึกสบายพอที่จะทำอาหารรับประทานหรือทำงานบ้าน และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ส่วนในข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกอยากออกจากบ้านไปพบเพื่อนร่วมงานหรือสังสรรค์ รองลงมา คือ การอยากไปพูดคุยกับเพื่อนและความรู้สึกสบายใน 1 สัปดาห์

6. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อาการ คือ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ อาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.32, -.31, -.49, -.49, -.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง

ประสบการณ์การมีอาการ	Spearman correlation coefficient	p-value
ตามัว	-.32	.001
นอนไม่หลับ	-.31	.001
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	-.49	.001
ปวดศีรษะ	-.23	.05
ปวดข้อ	-.49	.001

การอภิปรายผล

ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่พบในกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าอาการที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 คือ ตามัว อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง นอนไม่หลับ/ปวดศีรษะ ปากแห้ง ผื่นแดง ปวดข้อ เวียนศีรษะ/มีนัยต้อ และปวดกล้ามเนื้อ อาการเหล่านี้บางอาการเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งอาการทั่วไปจากพยาธิสภาพ และการกำเริบของโรคเอสแอลอี ผลข้างเคียงจากการรักษา

อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงสูงสุด คือ ปวดกล้ามเนื้อ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีความจำเป็นต้องใช้งานกล้ามเนื้อในการทำกิจกรรมประจำวัน อาการนี้มักเกิดเรื้อรัง และปวดมากขึ้นในรายที่มีการกำเริบของโรค สำหรับอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด ได้แก่ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดศีรษะ และปวดข้อ ตามลำดับ อาการดังกล่าวเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีการกำเริบของโรค จากผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต อาจไม่ใช่อาการที่มีความถี่และความรุนแรง เพราะประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ว่าการมีความแตกต่างกันทั้งใน

แต่ละบุคคล เป็นไปตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ ดอตต์ และคณะ¹²

กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยไตอักเสบ ลูปัส กับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ คือ

1) ปวดศีรษะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคสามารถกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยโรคมีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง และมีความรุนแรงจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยจะมีหลายอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเรื้อรังและต้องใช้ยาแก้ปวดเพื่อลดอาการปวดศีรษะ¹⁷ จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อให้ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดในระยะเวลารวดเร็วกว่ากลวิธีการจัดการอาการอื่นๆ เช่น นิ่ง หรือนอนพัก หรือไม่ได้ทำอะไร หรือปล่อยให้อาการหายไปเอง มีเพียงร้อยละ 8.3 ที่หายจากอาการปวดศีรษะได้ พร้อมทั้งควบคุมการกำเริบของโรคโดยใช้ยากดภูมิ¹⁸ เนื่องจากอาการปวดศีรษะมักเกิดรุนแรงในผู้ป่วยที่ระยะโรคไม่สงบ

2) นอนไม่หลับ/นอนยาก กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยพยายามฝืนหลับมากที่สุด พร้อมทั้งวิธีการอื่นๆ เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังเพลง และการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kasitanon และคณะ¹⁹ ที่พบว่ามีการใช้จิตบำบัดร่วมกับการรักษาอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีการติดตามอาการเป็นเวลา 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประเมินว่าวิธีเหล่านี้ทำให้อาการเพียงทุเลาลง อาจเนื่องจากอาการเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้มีอาการรุนแรง และมีโอกาสเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน เห็นได้ว่าจากกลวิธีที่ใช้น้อยที่สุด คือ ปล่อยให้อาการหายไปเอง และกลวิธีการรับประทานยานอนหลับเป็นเพียงวิธีเดียวที่ผู้ป่วยประเมินว่า ทำให้หายจากการมีอาการ

3) อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง อาจเกิดเนื่องมาจากบางรายมีระยะเวลาการดำเนินโรคเป็นระยะเวลานาน

กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยนอนพัก วิธีการนี้สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างหายจากการมีอาการรองลงมา คือ ออกกำลังกาย เช่น การเล่นโยคะ และการเดิน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าลดลง²⁰ อย่างไรก็ตามออกกำลังกายเป็นกลวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยไม่เลือกวิธีนี้นัก อาจเนื่องมาจากภาวะโรคที่มีการกำเริบทำให้เกิดอาการ เช่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เวียนศีรษะ เป็นต้น

4) ปวดข้อ กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีใช้ยาทาลดปวด/เมื่อย เช่น ยาหม่อง มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Squance และคณะ²¹ พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรเพื่อลดอาการปวด รองลงมา คือ การนวด และในรายที่มีความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรระมัดระวังการนวด เพราะอาจนำไปสู่การบาดเจ็บ และอักเสบเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Davey และคณะ²² ในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีพบว่าการรับประทานยาบรรเทาปวดสามารถลดอาการได้เพียงชั่วคราว เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการเสื่อมของกระดูก และผลข้างเคียงจากการรักษา

5) ตามัว กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีใช้การพบแพทย์มากที่สุดซึ่งมีจำนวนไม่แตกต่างจากกลวิธีอื่นๆ เช่น พักสายตา ปล่อยให้อาการต่างๆ หายเอง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ทราบสาเหตุการเกิดอาการจึงไม่ได้หากลวิธีในการจัดการอาการ และเลือกวิธีการไปพบแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัย พร้อมทั้งกลวิธีลดอาการตามสาเหตุจากการประหม่นและแก้ไขสาเหตุโดยผู้ป่วยเอง เช่น หยอดน้ำตาเทียม รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง และใส่เลนส์ สัมผัส ตามัวในผู้ป่วยสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ โดยเฉพาะยา Chloroquine ที่ขนาดของยาไม่ผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Maculopathy²³ นอกจากนี้ยากลุ่มสเตียรอยด์อาจทำให้เกิดต้อกระจก รวมทั้งพยาธิสภาพโรคเอสแอลอี จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด

ตามัวได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรอง โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับกลุ่มเสี่ยง ควรมีการตรวจสุขภาพตาประจำปี²³

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.74 (SD = 7.79) คะแนนสูงสุด 61 และคะแนนต่ำสุด 25 โดยแปลผลตามเกณฑ์ของสุมิตรา ทองประเสริฐ¹⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี เนื่องจากส่วนใหญ่ที่เข้ารักษาในคลินิกที่มีผู้เชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง มีการติดตามผลการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับตัวกับอาการ หรือสามารถหาวิธีการจัดการอาการเหล่านี้ อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง จึงทำให้มีภาวะการทำหน้าที่ดี แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติการกำเริบของโรคที่ทำให้มีโอกาสเกิดอาการทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ลึ้นหว้ง กลัว และมีคุณค่าลดลง²⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ ปวดศีรษะ กับภาวะการทำหน้าที่ ที่ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -.32, -.31, -.49, -.49 และ -.23 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายในกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของอาการต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่รวมผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง กับคุณภาพชีวิตที่มีภาวะการทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่ง จากการศึกษาของ Schmeding และคณะ¹³ พบว่าอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ Chandrasekhara⁸ พบว่าระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และ

ภาวะการทำหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี ประสบการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ และปวดศีรษะ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ/นอนยาก อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดข้อ และตามัว โดยใช้กลวิธีการจัดการอาการด้วยการรับประทานยาแก้ปวด การพยายามฝึนนอนหลับ การนอนพัก การทายาลดปวด/เมื่อย การไปพบแพทย์ตามลำดับ และกลวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยใช้นั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาลผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การมีอาการ ตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดข้อ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังนี้

- ประสบการณ์การมีอาการที่มีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ เพื่อให้สะท้อนถึงอาการที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ชัดเจนขึ้น นำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ เช่น อาการนอนไม่หลับที่ยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Singh S, Saxena R. Lupus nephritis. *Am J Med Sci*. 2009;337(6):451-60.
2. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. The statistics of lupus nephritis patients in Siriraj Hospital. Bangkok: Siriraj Hospital; 2013. (in Thai).
3. Patel M, Clarke AM, Bruce IN, Symmons DP. The prevalence and incidence of biopsy-proven lupus nephritis in the UK: evidence of an ethnic gradient. *Arthritis Rheum*. 2006;49(9):2963-69.
4. Mak A, Mok CC, Chu WP, To CH, Wong SN, Au TC. Renal damage in systemic lupus erythematosus: a comparative analysis of different age groups. *Lupus*. 2007;16(1):28-34.
5. Bernknopf A, Rowley K, Bailey T. A review of systemic lupus erythematosus and current treatment options. *Formulary*. 2011;46(5):178-94.
6. Guo Q, Lu X, Miao L, Wu M, Lu S, Luo P. Analysis of clinical manifestations and pathology of lupus nephritis: a retrospective review of 82 cases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;29(10):1175-80.
7. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients. *J Nurs Sci*. 2012;30(3):55-63. (in Thai).
8. Chandrasekhara PK, Jayachandran NV, Rajasekhar L, Thomas J, Narsimulu G. The prevalence and associations of sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus. *Mod Rheumatol*. 2009;19(4):407-15.
9. Hanly JG, Urowitz MB, O'Keefe AG, Gordon C, Bae SC, Sanchez-Guerrero J, et al. Headache in systemic lupus erythematosus: results from a prospective, international inception cohort study. *Arthritis Rheum*. 2013;65(11):2887-97.
10. Malangpoothong R, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Soparattanapaisarn N. Symptom experiences, management strategies and functional status in advanced lung cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci*. 2009; 27(2):69-78.
11. Ishiguro M, Hashizume H, Ikeda T, Yamamoto Y, Furukawa F. Evaluation of the quality of life of lupus erythematosus patients with cutaneous lesions in Japan. *Lupus*. 2014;23(1):93-101.
12. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.
13. Schmeding A, Schneider M. Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):363-75.

14. Portenoy RK, Thaler HT, Komblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu, et al. The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*. 1994;30(9):1326-36.
15. Thongpresert S, Intarapak S, Saengsawang P, Thaikla K. Reliability of the Thai-modified Function living index cancer questionnaire version 2 (T-FLIC 2) for the evaluation of quality of life in non-small cell lung cancer patients. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(12):1809-15.
16. Schipper H, Levitt M. Measuring quality of life: risk and benefits. *Cancer Treat Rev*. 1985;69(10):1115-23.
17. Vargas-Hitos JA, Sabio JM, Martinez-Egea I, Jimenez-Jaimez E, Rodriguez-Guzman M, Navarrete-Navarrete N, et al. Influence of psychological stress on headache in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2014;41(3):453-7.
18. Popescu A, Kao AH. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Curr Neuropharmacol*. 2011;9(3):449-57.
19. Kasitanon N, Achavalertsak U, Maneeton B, Wangkaew S, Puntana S, Sukitawut W, et al. Associated factors and psychotherapy on sleep disturbances in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2013;22(13):1353-60.
20. KatKeaw S. Effective of walking program on fatigue symptom effect of walking exercise program on fatigue in lupus patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. 125 p.
21. Squance ML, Reeves GEM, Bridgman H. The lived experience of lupus flares: features, triggers, and management in an Australian female cohort. *Int J Chronic Dis*. 2014 Nov 20;816729. doi: 10.1155/2014/816729. PubMed PMID: 26464865; PubMed Central PMCID: PMC4590935.
22. Davey R, Bamford J, Emery P. The ACR classification criteria for headache disorders in SLE fail to classify certain prevalent headache types. *Cephalalgia*. 2008;28(3):296-9.
23. Mosca M, Tani C, Aringer M, Bombardieri S, Boumpas D, Brey R, et al. European League against rheumatism recommendations for monitoring patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice and in observational studies. *Ann Rheum Dis*. 2014; 69(7):1269-74.
24. Sutanto B, Singh-Grewal D, McNeil HP, O'Neill S, Craig JC, Jones J, et al. Experiences and perspectives of adults living with systemic lupus erythematosus: thematic synthesis of qualitative studies. *Arthritis Care Res*. 2013; 65(11):1752-65.