

การใช้การบำบัดเสริมในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี Using of Complementary in Nursing for Pediatric Patients with SLE

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2557

Volume 37 No.1 (January-March) 2014

สุพัตนา ศักดิ์ฐานนท์ ปส.ด.(การพยาบาล)*

Supattana Sakdisthanont Ph.D.(Nursing)*

บทคัดย่อ

ความต้องการและอัตราการนำการบำบัดเสริมมาใช้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรังที่พบในเด็กถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดเสริมในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ใหญ่และยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนสำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กถึงประสิทธิภาพของการบำบัดเสริมวิธีต่าง ๆ อย่างไรก็ดีตามวิธีการบำบัดเสริมที่ควรนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี เช่น วิตามินดี โยคะ การเล่นเกม การทำสมาธิ การให้ข้อมูล เป็นต้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน บทบาทของพยาบาลในการใช้การบำบัดเสริมประกอบด้วยกระบวนการจัดการ 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินสภาพของผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและบริบท 2) การเลือกวิธีการบำบัดเสริม 3) การติดตามผลที่เกิดขึ้น และ 4) การบันทึกรายงานและแบ่งปันข้อมูล

คำสำคัญ : การบำบัดเสริม การพยาบาลเด็ก โรคเอสแอลอี

Abstract

Demanding and rate of using complementary therapy for health care are increased rapidly. SLE is a chronic illness and was found 25% of all patients with SLE. literature review and research regarding using complementary therapy in patients with SLE were found that most previous research were conducted in adults and effectiveness of complementary methods did not have clear evidence based practice. However, some complementary methods such as vitamin D, yoga, playing game, meditation, giving information, etc., should be used in pediatric patients with SLE depending on appropriateness for each patient. Nurses' roles in using complementary therapy composed of symptom management 4 steps as 1) assessment of patient health status, 2) selecting complementary method, 3) monitoring the results, 4) recording and sharing data.

keywords : complementary, pediatric nursing, SLE disease

ปัจจุบันความต้องการและอัตราการใช้การบำบัดเสริม (complementary therapy) ในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในกลุ่มผู้ที่นิยมการรักษาแบบธรรมชาติบำบัดและในประชาชนทั่วไป National Center for Complementary and Alternative

Medicine (NCCAM) รายงานว่าพลเมืองของประเทศอเมริการ้อยละ 50-62 มีการใช้การบำบัดเสริมเป็นประจำหรือเคยใช้มาก่อน¹ จากรายงานสำรวจในคนสุขภาพปกติทั่วโลกที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยพบว่าการใช้การบำบัดเสริมถึงร้อยละ 40-47² ส่วนคนที่มีปัญหาการเจ็บป่วย

* อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พบว่ามีการใช้การบำบัดเสริมสูงถึงร้อยละ 70 หรือเกือบสองเท่าของคนปกติ² ซึ่งกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการใช้การบำบัดเสริมหรือการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

ความหมายของการบำบัดเสริม

การบำบัดเสริม (complementary medicine หรือ complementary therapy) ตามความหมายของกรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข (<http://www.thaicam.go.th>) หมายถึงการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะเป็นการนำวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยควบคู่กับการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเน้นการนำมาใช้ทดแทนการรักษาทางการแพทย์ แตกต่างจากการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แผนต่าง ๆ ที่ไม่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

สถานการณ์การใช้การบำบัดเสริมในเด็กโรคเอสแอลอี

การวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับการใช้การบำบัดเสริมในเด็กพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 70 ใช้การบำบัดเสริมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างให้แก่เด็กที่ตนดูแล¹ เด็กที่ไร้ที่อยู่อาศัยร้อยละ 70³ มีการใช้บำบัดเสริมในการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ส่วนเด็กที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะมีการใช้บำบัดเสริมร้อยละ 64⁴ ขณะที่เด็กที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินมีการใช้บำบัดเสริมร้อยละ 50⁴⁻⁵ ในเด็กที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าการใช้การบำบัดเสริมมากกว่ากลุ่มของเด็กปกติ⁶⁻⁷ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการบำบัดเสริมถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในบริบทต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในกลุ่มเด็ก โดยเฉพาะในภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาหรือการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงควรมีความรู้ที่เท่าทันกับสถานการณ์เหล่านี้ และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกมิติ บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดเสริมในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในการใช้การบำบัดเสริมวิธีต่าง ๆ ในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี และบทบาทของพยาบาลในการนำการบำบัดเสริมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี

โรคเอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดในเด็กได้ร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด⁸ มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีอาการ/อาการแสดงที่หลากหลายและมีความทุกข์ทรมานมากกว่าในผู้ใหญ่⁹ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เพื่อช่วยให้อาการของโรคสงบลงให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและไม่ทุกข์ทรมาน

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้การบำบัดเสริมในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีระหว่างปี ค.ศ. 2000–2013 ในฐานข้อมูลของ www.lupus.org, CINAHL, ScienceDirect, และ Proquest โดยใช้คำสำคัญว่า lupus และ complementary พบงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง เป็นการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอี 14 เรื่อง ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี 1 เรื่อง ในประเทศไทยได้สืบค้นงานวิจัยจากวารสารต่าง ๆ ระหว่าง พ.ศ. 2547–2557 ใช้คำสำคัญว่า โรคเอสแอลอี และเด็ก พบงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง เมื่อพิจารณาผลการวิจัยมีเพียง 2 เรื่อง¹⁰⁻¹¹ ที่ผลการวิจัยบางส่วนกล่าวถึงการใช้บำบัดเสริมในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่าการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้บำบัดเสริมในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีจำนวนน้อย การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้จึงจำเป็นต้องใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้บำบัดเสริมในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีเป็นหลัก และวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี

ผลการสำรวจผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทั้งในอังกฤษ อเมริกา และแคนาดาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50¹²⁻¹³ ใช้การบำบัดเสริมหรือการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดในการรักษาการเจ็บป่วยของตน แม้การรักษาดังกล่าวจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้หรือบริษัทประกันชีวิตไม่สามารถจ่ายเงินคุ้มครองให้ได้ก็ตาม ในขณะที่ประเทศในแถบอเมริกากลาง เช่น ประเทศเม็กซิโกผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีการใช้การบำบัดเสริมถึงร้อยละ 65¹³ มากกว่าประเทศในแถบยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา กลุ่มที่ใช้การบำบัดเสริมส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาดีและมีอายุน้อย¹³ อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้มาก และมีความหวังว่าโรคจะไม่ลุกลามรุนแรง หากใช้การบำบัดเสริมหรือการแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตามผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้บำบัดเสริมในผู้ป่วยโรคเอสแอลอียังไม่ชัดเจน ไม่ยืนยันผลไปในทิศทางเดียวกัน บางงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่ใช้การบำบัดเสริมมีอาการของโรคลดความรุนแรงลง¹³ โรคมีระยะสงบยาวนานขึ้น มีการกลับเป็นซ้ำลดน้อยลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹³ การบำบัดเสริมไม่มีผลต่ออาการของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี¹⁴ นอกจากนี้มีผลการวิจัยที่แสดงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นคือการบำบัดเสริมทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷ เนื่องจากมีอาการดีขึ้นแล้วหรือมีอาการทรุดลง/เลวลง

สำหรับในประเทศไทยไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยถึงการใช้การบำบัดเสริมในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็กโดยตรง มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความไม่แน่นอนของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีและโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับวัยรุ่นโรคนี้ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีการใช้การบำบัดเสริมโดยตัวของวัยรุ่นเองหรือบิดามารดา/ผู้ดูแลเป็นผู้นำมาให้ใช้โดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพทราบ เพราะกลัวถูกตำหนิหรือถูกดู¹¹ ซึ่งเป็นการศึกษาจำนวนน้อย ยังไม่มีความชัดเจนถึงภาพการใช้การบำบัดเสริมของเด็กโรคเอสแอลอี จึงควรทำการศึกษาวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะในประเทศไทยมีการแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับถึงประสิทธิภาพการรักษา มีทรัพยากร

ด้านสมุนไพรมากมาย มีการใช้อาหารเสริมอย่างแพร่หลายในชีวิตประจำวัน จึงมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีจะใช้การบำบัดเสริมหรือการแพทย์ทางเลือก

วิธีการบำบัดเสริมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี

แม้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้บำบัดเสริมในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีในประเทศไทยจะยังไม่มีหลักฐานชัดเจน แต่สามารถวิเคราะห์ถึงวิธีการบำบัดเสริมที่อาจนำมาใช้หรือไม่ควรใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีตามที่ได้สืบค้นได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. การฝังเข็ม (acupuncture) เป็นการถ่ายเทพลังงานภายในร่างกาย การฝังเข็มในที่ต่างกันเพื่อเป็นการถ่ายเทพลังงานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งให้เกิดความสมดุลทั่วร่างกาย ใช้ในการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น อาการปวด เครียด นอนหลับเป็นต้น¹⁸ Greco และคณะ¹⁹ ทดลองใช้การฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดข้อในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีโดยจัดให้ผู้ป่วยได้รับการฝังเข็มสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40 มีระดับความปวดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของระดับความปวดเดิมก่อนการฝังเข็ม อย่างไรก็ตามมีผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการฝังเข็มต่อการลดระดับความปวดในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีโดยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการฝังเข็ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝังเข็มเทียม (placebo) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝังเข็ม ผลพบว่าระดับความปวดของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝังเข็มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)¹⁹ แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยยังไม่มีความชัดเจน

จากประสบการณ์ตรงของผู้เขียนที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีมากกว่า 10 ปีพบว่าเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักมีความไวต่อการสัมผัสมาก (hypersensitivity) แม้การลูบที่ผิวหนังเพียงเบาๆ เด็กก็บอกว่าปวดและขอให้หยุดการสัมผัส และจากการสัมภาษณ์เด็กกลุ่มนี้ เด็กๆ บอกเล่าประสบการณ์ตรงกันว่ารู้สึกปวดบริเวณผิวหนังเกือบตลอดเวลา การฝังเข็มเป็นการเพิ่มความปวดให้แก่

ร่างกายมากยิ่งขึ้น เด็กไม่ต้องการปรับความปวดซ้ำเดิม จากที่ปวดจากการเจ็บป่วยอยู่แล้ว นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเอง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้¹¹ พบว่าเด็กโรคเอสแอลอีไม่ชอบให้ลูบ/สัมผัสผิวหรือใช้เข็มแทงเพราะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมาก การฝังเข็มจึงเป็นวิธีการบำบัดเสริมที่อาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี อย่างไรก็ตามข้อสรุปนี้ยังต้องการการศึกษาวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การนวด (massage) เป็นการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและช่วยในการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดอาการตึงตัวของข้อต่อต่างๆ บรรเทาอาการปวดข้อ และเพิ่ม natural pain killer ในร่างกาย มีการสำรวจพบว่าผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีนิยมใช้น้ำ การนวดเพื่อบรรเทาอาการปวด¹³ ต่างจากประสบการณ์ตรงของผู้เขียนที่พบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีบางคนไม่ชอบการนวด เนื่องจากประสาทที่ผิวหนังมีความไวต่ออาการปวดสูง แม้การลูบเพียงเบาๆ ก็ทำให้เกิดความรู้สึกปวดได้ ดังคำกล่าวของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีคนหนึ่ง “หนูไม่ชอบให้ลูบผิวหรอกนะ มันเจ็บ ถึงมันเจ็บไม่มาก แต่ก็เจ็บ ยิ่งถ้าทำแรงๆ ยิ่งเจ็บมาก อยู่เฉยๆ ดีกว่า ถ้าเป็นเรื่องนวดไม่ต้องพูดถึงเลย ไปไกลๆ เลย”²⁰ ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้การนวดสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กด้วย หากผู้ป่วยมีอาการแสดงที่ระบบประสาทหรือระบบผิวหนัง ควรทำการทดสอบความไวต่อความปวดที่เกิดจากการสัมผัสตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กก่อนทุกครั้ง หากไม่มีอาการดังกล่าวจึงพิจารณาใช้การนวดได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นไม่ใช่เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย

3. การจัดโครงสร้างกระดูก (chiropractic) เป็นการจัดโครงสร้างของกระดูกสันหลังใหม่ เพื่อบรรเทาอาการปวดกระดูกหรือปวดข้อต่างๆ The World Chiropractic Alliance ได้เสนอผลการวิจัยที่พบว่าการจัดโครงสร้างของกระดูกใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยเอสแอลอีลดระดับของอาการปวดข้อได้²¹ สอดคล้องกับผลการวิจัย

ของ Goldstone และคณะ²² ที่เคยศึกษาไว้ก่อนหน้านี้ ด้วยการใช้ chiropractic ในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 14 เดือน ช่วยลดระดับอาการปวดคอ ปวดศีรษะ และปวดขาหลังทำให้รู้สึกสุขสบาย ผลการวิจัยช่วยยืนยันประสิทธิภาพของ chiropractic ว่าสามารถลดอาการปวดในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีได้ ปัจจุบัน The Lupus Foundation of Pennsylvania ในสหรัฐอเมริกากำหนดให้ chiropractic เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเอสแอลอีในผู้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอียังไม่พบผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ chiropractic ในการรักษาหรือการแนะนำให้ใช้ในเด็ก ดังนั้นการนำ chiropractic มาใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีจึงควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา เพราะอาจทำให้สับสนระหว่างอาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากผลการทำ chiropractic ได้

4. อาหารเสริม/สมุนไพร (dietary supplement /herbal medicine) แม้ส่วนประกอบของอาหารบางชนิดจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคเอสแอลอี แต่มีรายงานการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่พบว่ามีการนำส่วนประกอบของอาหาร/สมุนไพรมาใช้เป็นอาหารเสริมเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีได้ อาหารเสริมเหล่านั้น ได้แก่

4.1 วิตามินดี Costenbader และคณะ²³ ทำการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีและผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่รับประทานวิตามินดีเป็นอาหารเสริม พบว่ามีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานวิตามินดี ($p < 0.05$) มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องต่างยืนยันผลเช่นเดียวกัน²⁴⁻²⁵⁻²⁶ มีการศึกษาวิจัยโดยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีรับประทานวิตามินดีอย่างต่อเนื่องก็พบว่ามีการกำเริบของโรคลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ใหญ่²⁷ มีการวิจัยเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ระหว่างเด็กโรคเอสแอลอีกับเด็กสุขภาพปกติที่ได้รับประทานวิตามินดี ในปริมาณที่เท่ากันพบว่าดัชนีมวลกายของเด็กสุขภาพปกติมีความแตกต่างจากเด็กโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁸ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีมักมีภาวะขาดวิตามินดีร่วมด้วยเสมอ แม้

ได้รับวิตามินดีในปริมาณเท่าเด็กปกติ ก็ไม่สามารถทำให้กระดูกของเด็กมีความแข็งแรงได้เท่าเด็กปกติ นอกจากนี้ภาวะของโรคยังทำให้เกิดกระดูกพรุนได้ง่ายและทำให้ร่างกายของเด็กเล็กกว่าเกณฑ์การเจริญเติบโต ของเด็กปกติ ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีจึงควรได้รับวิตามินดีร่วมกับการรักษาตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาวิจัยที่แตกต่างซึ่งพบในผู้ป่วยกลุ่มออโตอิมมูน (autoimmune) เช่น ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และผู้ป่วยโรคเอสแอลอี เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับประทานอาหารเสริมชนิด antioxidants (วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี) และผลการวิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่าอาหารเสริมเหล่านี้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยกลุ่มออโตอิมมูนดีขึ้นหรือเลวลง²³ (Costenbader, 2010) จึงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการศึกษาก่อเกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

4.2 SAM-e เป็นผลิตภัณฑ์ของ The Mayo Clinic Complementary & Alternative Medicine Center (2001) เป็นอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของ adenosine triphosphate ซึ่งเป็นสารธรรมชาติในร่างกายมนุษย์ ช่วยให้ระบบการทำเมตาบอลิซึมอาหารทำงานดีขึ้น มีการศึกษาวิจัยระบุว่า SAM-e ช่วยลดระดับของความปวดในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีปัญหาปวดข้อหรือข้ออักเสบได้ และช่วยลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาชนิด nonsteroidal anti-inflammatory ได้²⁹ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็ก

4.3 น้ำมันตับปลา (fish oil: omega-3 polyunsaturated fatty acids) ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับน้ำมันตับปลาส่วนใหญ่ยืนยันตรงกันว่า การรับประทานน้ำมันตับปลาอย่างต่อเนื่องสามารถป้องกันอาการหลอดเลือดในสมองอุดตันได้³⁰ สมาคมโภชนาการแห่งสหรัฐอเมริกาให้คำแนะนำว่าการให้น้ำมันตับปลาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยลดการใช้ยาแก้อักเสบในกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เพื่อแก้อาการปวดข้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้³⁰ นอกจากนี้ยังมีการวิจัยพบว่าผู้ใหญ่ที่ได้รับน้ำมันตับปลาขนาด 4-8 กรัม

ต่อวันติดต่อกัน 2 ปี ช่วยลดอัตราการทำลายเนื้อเยื่อของไตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตชนิด IgA nephropathy ได้ น้ำมันตับปลายังช่วยลดจำนวนโปรตีนที่หลุดไปกับปัสสาวะในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาที่ไตอีกด้วย แต่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเอสแอลอีผลการวิจัยยังมีความขัดแย้งกัน บางรายงานพบว่าน้ำมันตับปลาช่วยให้อาการของโรคเอสแอลอีดีขึ้นและอยู่ในภาวะสงบเป็นเวลานาน³¹⁻³² ขณะที่ผลการวิจัยบางส่วนยังมีความขัดแย้งกับผลการวิจัยในกลุ่มแรก³³

4.4 เมล็ดพืชตระกูลป่าน (flax seed)

Clark และคณะ³⁴ ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีปัญหาในระบบไตจำนวน 40 คน โดยให้ผู้ป่วยรับประทานเมล็ดพืชตระกูลป่าน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการของพยาธิสภาพที่ไตดีขึ้น ($p < 0.05$) และผลของครีตินินในเลือดมีแนวโน้มลดต่ำลง ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามี การนำเมล็ดพืชตระกูลป่านมาใช้ในรูปของอาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์อาหาร และไม่พบว่ามี การศึกษาวิจัยถึงผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็ก

4.5 Dehydroepiandrosterone (DHAЕ)

เป็นฮอร์โมนที่มีตามธรรมชาติที่ผลิตจากอดรีนัลคอร์เทกซ์ ช่วยควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทาง การแพทย์มีการนำมาสกัดเป็นแคปซูลเพื่อใช้ในการบำรุงสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมักมีระดับฮอร์โมนนี้ต่ำกว่าปกติ³⁵ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ มีงานวิจัยที่ศึกษาการนำ DHAЕ มาใช้ในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี³⁶ โดยให้ผู้ป่วยจำนวน 200 คน รับประทาน DHAЕ ขนาด 200 มิลลิกรัม นาน 6-12 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงทางกายลดลงและผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งสามารถลดการใช้ยาสเตียรอยด์ลง ($p < 0.05$) และเมื่อทำการทดลองซ้ำอีกในปี 2004³⁷ ก็ได้ผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยที่ผ่านมา สำหรับผลข้างเคียงของ DHAЕ ที่พบบ่อยคือมีสิวที่ใบหน้าพบได้ร้อยละ 20³⁵ หากต้องใช้ในผู้ป่วยเด็กต้องอธิบายถึงผลข้างเคียงของ DHAЕ ให้ผู้ป่วยเด็กทราบด้วย

4.6 ขมิ้นชัน (turmeric) มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีที่มีปัญหา มีเลือดออก

ในปัสสาวะโดยทดลองให้ผู้ป่วยรับประทานมันชันชนิด แคปซูลขนาด 1,200 มิลลิกรัม/วัน นาน 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่าภาวะเลือดออกในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนการรับประทานมันชันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)³⁸ ในการวิจัยเดียวกันนี้ได้ศึกษาระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานมันชัน โดยติดตามหลังการรับประทานมันชันเป็นเวลา 3 เดือนพบว่ากลุ่มที่รับประทานมันชันมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทาน และไม่มีผลแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง ไม่พบว่ามีผลการศึกษาวิจัยการรับประทานมันชันในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี

5. โยคะ (yoga) โยคะถือกำเนิดที่ประเทศอินเดียเมื่อประมาณ 5000 ปีที่แล้ว ประเทศตะวันตกได้นำโยคะมาเป็นการออกกำลังกาย โดยดัดแปลงจาก Hatha-yoga (แขนงหนึ่งของโยคะ) บุคคลทั่วไปใช้โยคะเพื่อประโยชน์ในการออกกำลังกาย การฝึกประสานกาย จิตและจิตวิญญาณ สำหรับการรักษายาบาลโยคะถูกนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการชักกระตุก ชีเมสตรา ย่ำคิดย่ำทำ ดิดสาร์เสพติด และอาการนอนไม่หลับ³⁹⁻⁴⁰ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมตนเองที่ดีและลดความรุนแรงของโรคได้ สำหรับเด็กโรคเอสแอลอี สุพัตนา คักดิชฐานนท์¹¹ นำบางส่วนของโยคะคือทำสุริยนมัสการเป็นกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง อายุ 10-19 ปี พบว่าโยคะช่วยให้วัยรุ่นมีการยืดหยุ่นร่างกายดีขึ้น ลดอาการปวดข้อต่อต่างๆ และช่วยให้จิตใจสงบมากขึ้น ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามการเลือกทำต่างๆ ของโยคะมาใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี ควรพิจารณาตามความเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยของเด็กแต่ละคน

6. การทำสมาธิ (meditation) สมาธิ คือ ความสงบ สบาย และความรู้สึกเป็นสุขอย่างยิ่งที่มนุษย์สามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่พระพุทธศาสนา กำหนดไว้เป็นข้อควรปฏิบัติ เพื่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข ไม่ประมาท เต็มไปด้วยสติสัมปชัญญะและปัญญา มีการนำเรื่องของการทำสมาธิมาใช้ในการบำบัดการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมากทั้งในต่างประเทศและใน

ประเทศไทย สำหรับในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีการวิจัยชนิดวิเคราะห์เมตต้า (Meta-analysis)⁴¹ จากงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 6 เรื่องพบว่าการทำสมาธิมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีสูง สามารถลดความรู้สึกซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.00$)⁴¹ ช่วยให้การดำเนินงานของระบบต่างๆ ในร่างกายดีขึ้น ($p < 0.05$)⁴¹ แต่ไม่ช่วยให้ความรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง ($p > 0.05$)⁴¹ Goyal และคณะ⁴² ทดลองให้ผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีทำสมาธิเป็นเวลา 10 วันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 35 บอกว่ามีความรู้สึกว่าร่ากายของตนแข็งแรงขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 49 บอกว่าภาวะเครียดในจิตใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำสมาธิพบว่ากลุ่มที่ทำสมาธิมีระดับความปวดและความเครียดน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้ทำอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.0013$) แม้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี แต่ข้อสรุปจากงานวิจัยที่นำการทำสมาธิมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แล้วได้ผลดี โดยมีการออกแบบการวิจัยอย่างเหมาะสมน่าเชื่อถือ ทำให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถือ ประกอบกับในปัจจุบันโรงเรียนต่างๆ ในประเทศไทยได้มีการสอนการทำสมาธิให้แก่เด็กนักเรียนเป็นกิจวัตรอยู่แล้ว จึงควรมีการนำการทำสมาธิมาใช้ในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

7. การประคบร้อน/เย็น (hot/cold compress) การประคบร้อน/เย็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีวิธีการใช้เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือ มักใช้การประคบร้อน/เย็นกรณีเมื่อมีอาการปวดบริเวณต่างๆ เช่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น การใช้ความร้อนขึ้นมักได้ผลดีกว่าความเย็นแห้ง เช่น การอบไอน้ำ การแช่น้ำอุ่น การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบ หรือการใช้ผ้าจากผักบวบสด เป็นต้น¹¹ การประคบ/ร้อนเย็นช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและผ่อนคลายความปวดลงได้ สำหรับการใช้ความเย็นประคบเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากการที่กล้ามเนื้อได้รับบาดเจ็บ โดยการใช้การประคบเย็นภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บจึงจะได้ผลดี¹⁸

8. การเล่นเกม (playing game) การเล่นเกม นอกจากจะช่วยพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ของร่างกายแล้ว ยังพบว่าการเล่นเป็นการบำบัดเสริมชนิดหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความเครียด และความวิตกกังวลในเด็กป่วยได้ เพราะทำให้เด็กสนุกสนานเพลิดเพลินและผ่อนคลาย¹⁸ มีการวิจัยเชิงทดลองด้วยการนำเกมต่อภาพจิ๊กซอว์และเกมพลิกสล็อตมาใช้ในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่ใช้การเล่นเกมดังกล่าวมีการจัดการสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)¹¹ นอกจากนี้ยังช่วยลดความปวด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกซึมเศร้าได้ด้วย ($p < 0.05$)¹¹ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการนำเกมหรือการเล่นมาใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากจะช่วยผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์แล้ว ยังช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตอีกด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยถึงผลของการเล่นแบบต่างๆ ในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอียังมีจำนวนน้อย

9. การให้ข้อมูล (giving information) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวถือเป็นหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของทีมสุขภาพที่ต้องถือปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ส่งเสริมให้บุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับตนเองเพียงพอต่อการตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีการวิจัยที่พิสูจน์ชัดเจนว่าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเพียงพอและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองได้ดี⁴³ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีมีการดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน⁴⁷

บทบาทของพยาบาลในการนำการบำบัดเสริมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี

บทบาทของพยาบาลในการนำการบำบัดเสริมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีควรครอบคลุมกระบวนการจัดการอาการ 4 ขั้นตอน⁴⁸ คือ 1) การประเมินสภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและบริบท 2) การเลือกใช้วิธีการบำบัดเสริม 3) การติดตามผล 4) การบันทึกรายงานผลและการแบ่งปันข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี ครอบครัว และบริบทที่เกี่ยวข้อง

1.1 ประเมินสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กในระบบต่างๆ อย่างครอบคลุมว่าอยู่ในสภาพใด มีระดับความรุนแรงของโรคเป็นอย่างไร โรคกลายหรือแสดงอาการในระบบใดบ้าง เพื่อพิจารณาว่าสภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กพร้อมที่จะรับการบำบัดเสริมหรือไม่ และเลือกวิธีการบำบัดเสริมให้เหมาะสม เช่น ในผู้ป่วยที่กำลังมีอาการข้อบวมแดงก็ควรเลือกใช้การประคบร้อน/เย็น จะเหมาะสมกว่าการใช้วิธีจัดโครงสร้างกระดูก หรือโยคะ เป็นต้น

1.2 ประเมินพัฒนาการและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็ก เพื่อจัดวิธีการบำบัดเสริมได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้การทำสมาธิควรในเด็กวัยเรียน ควรใช้เวลาที่เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีโดยอาจเริ่มจากเวลาสั้นๆ 5-10 นาที ในผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยทำสมาธิมาก่อน แล้วขยายเวลานานขึ้นเมื่อผู้ป่วยเด็กมีประสบการณ์มากพอ นอกจากนี้ควรประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยเด็กว่าอยู่ในภาวะเช่นใด มีผลการวิจัยพบว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดและสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่น ๆ^{49-50,51-52} หากพยาบาลกดดันให้ผู้ป่วยเด็กทำกิจกรรมบำบัดเสริมในภาวะอารมณ์หงุดหงิด เครียดหรือวิตกกังวล อาจไม่ได้รับความร่วมมือ หรือไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ควรเลือกช่วงเวลา que ผู้ป่วยเด็กรู้สึกผ่อนคลาย อยู่ในภาวะสงบ จะทำให้ผลของการทำบำบัดเสริมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 ประเมินความรู้ทัศนคติและความสามารถของบิดา มารดา/ผู้ดูแลที่มีต่อวิธีการบำบัดเสริม รวมถึงความเชื่อ การเลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีของครอบครัว บางครอบครัวดูแลแบบคุณหนูหรือเหมือนไขในหิน²⁰ ไม่ยอมให้ผู้ป่วยเด็กทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเลือกใช้การบำบัดเสริม

1.4 ประเมินบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเหมาะสมของสถานที่ เวลา อุปกรณ์ที่ใช้และความเชื่อของทีมนุภาพต่อการใช้การบำบัดเสริม

2. การเลือกใช้วิธีการบำบัดเสริม

พยาบาลควรพิจารณาการบำบัดเสริมแต่ละชนิดว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละรายหรือไม่ อย่างไร พิจารณาข้อดีและข้อจำกัดและประเมินความปลอดภัยของการบำบัดเสริมแต่ละชนิด พร้อมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทั้งในขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีกลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้หลักการเลือกวิธีการบำบัดเสริมต่อไปนี้¹⁸

2.1 ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของวิธีการบำบัดเสริม พยาบาลควรเลือกวิธีการบำบัดเสริมที่มีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ยืนยัน โดย ศึกษาจากเอกสารวิชาการ ตำรา ผลการวิจัย ฯลฯ ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการหรือเป็นองค์การที่น่าเชื่อถือ เช่น สมาคมโรคเอสแอลอีแห่งสหรัฐอเมริกา (Lupus Foundation of America)⁵³ หรือองค์การอาหารและยา (อย.) ในประเทศไทย เป็นต้น

2.2 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ควรเลือกวิธีการบำบัดเสริมที่มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเด็ก พยาบาลควรประเมินความเหมาะสมของการบำบัดเสริมแต่ละชนิดว่ามีข้อดี/ข้อจำกัดอย่างไร มีความปลอดภัยมากน้อยเพียงใด มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละรายหรือไม่ อย่างไร พิจารณาความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2.3 ความเหมาะสมของบริบท การเลือกใช้วิธีการบำบัดเสริมแต่ละวิธีควรพิจารณาสภาพแวดล้อมว่ามีความเหมาะสมกับการบำบัดเสริมนั้น ๆ หรือไม่ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ และอาคารสถานที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานหรือไม่ ความพอเพียงของจำนวนบุคลากรในการให้บริการ ความเหมาะสมของเวลาและระยะเวลาในการให้บริการซึ่งต้องไม่ขัดต่อแนวทางการรักษา และไม่ละเมิดสิทธิมนุษยชน รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทั้งในขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีกลับไปปฏิบัติที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2.4 ความชอบและความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกการบำบัดเสริม¹⁸ รวมทั้งการพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก

2.5 ความคุ้มค่า/ต้นทุน ควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดเสริม รวมถึงผลลัพธ์จากการบำบัดเสริมว่ามีความเหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวหรือไม่ เพราะการบำบัดเสริมบางชนิดต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง หากใช้ระยะเวลาในการทำต่อเนื่องยาวนาน การเพิ่มค่าใช้จ่ายอาจเป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่ครอบครัวมากขึ้น

2.6 ทักษะความสามารถของผู้ให้บริการ ก่อนที่พยาบาลจะให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดเสริมในแต่ละวิธี พยาบาลควรทำความเข้าใจการบำบัดเสริมชนิดต่าง ๆ ให้ชัดเจนก่อน¹⁸ พยาบาลควรพัฒนาทักษะของตนเองเกี่ยวกับการใช้การบำบัดเสริมที่ตนสนใจ เช่น การเล่นโยคะ การทำสมาธิ เป็นต้น วิชาชีพพยาบาลเป็นบทบาทของนักปฏิบัติการ (practitioner role) ที่พัฒนาการเรียนรู้จากการกระทำ (learning by doing) จะทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการบำบัดเสริมนั้น ๆ อย่างลึกซึ้ง สามารถอธิบายหรือแนะข้อดีหรือข้อจำกัดและให้คำแนะนำล่วงหน้า (anticipatory guidance) ให้แก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

ได้อย่างชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังความผิดปกติหรือป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพราะการบำบัดเสริมแต่ละวิธีมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไป การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยไม่มีประสบการณ์ในการใช้การบำบัดเสริมนั้น ๆ มาก่อน อาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนและขาดความน่าเชื่อถือ การที่พยาบาลมีทักษะในการทำบำบัดเสริมเป็นการแสดงบทบาทตัวแบบ (role model) ในฐานะนักปฏิบัติที่รู้จริงทำจริงและเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วยและชุมชนได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลการวิจัยพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการใช้การบำบัดเสริมน้อย⁵⁴ จึงไม่ค่อยให้คำแนะนำการใช้บำบัดเสริมแก่ผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การติดตามผลที่เกิดขึ้น

พยาบาลควรมีการติดตามผลลัพธ์จากการใช้การบำบัดเสริมเป็นระยะ เพื่อประเมินผลของการบำบัดเสริมและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การติดตามอาจใช้ระบบการติดตามด้วยตนเองโดยตรงหรือใช้ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน(home health care) โดยทีมสุขภาพตามระบบบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ มีการนัดหมายเพื่อการเยี่ยมติดตามอย่างเป็นระบบและชัดเจน ควรเปิดช่องทางการสื่อสารบริการแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ติดต่อทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น พยาบาลควรเตรียมพร้อมในการตอบคำถามเมื่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้บำบัดเสริม หากเป็นการบำบัดเสริมที่พยาบาลไม่มีความรู้หรือไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอในการตอบคำถาม ควรส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการตอบข้อซักถาม

4. การบันทึกรายงานผลและการแบ่งปันข้อมูล

พยาบาลควรบันทึกชนิดของการบำบัดเสริมที่ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีทุกรายที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแล บันทึกลักษณะของการบำบัดเสริมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก⁵⁴ ระยะเวลาที่บำบัดเสริม ผลลัพธ์ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ปัญหา/อุปสรรคต่าง ๆ จากการใช้การบำบัดเสริมแต่ละวิธี รายงานผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

มีการแบ่งปันข้อมูล(data sharing)ในทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงวิธีการบำบัดเสริมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

การนำการบำบัดเสริมมาใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีนั้นว่าเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและต้องอยู่ภายใต้พื้นฐานของความถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการจะนำวิธีการต่าง ๆ มาใช้หรือแนะนำให้กับผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ควรมีการวิจัยที่มีคุณภาพสนับสนุนก่อนเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน ด้วยมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีมีการควบคุมโรคให้สงบเป็นเวลานาน ไม่มีอาการทรุดหนักลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี

References

1. Woolf AD, Gardiner P. Use of complementary and alternative therapies in children. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2010;87(2):155-7.
2. Greco CM., Nakajima C, Manzi S. Updated review of complementary and alternative medicine treatments for Systemic Lupus Erythematosus. *Curr Rheumatol Rep* 2013;15:378-86.
3. Vohra S, Cohen MH.. Ethics of complementary and alternative medicine use in children. *Pediatr Clin N Am* 2007; 54(6):875-84.
4. Ricardo Gomez-Matinez, Alberto Tlacuilo-Parra, Roberto Garibaldi-Covarrubias. Use of complementary and alternative medicine in children in Occidental, Mexico. *Pediatr Blood Cancer* 2007; 49:820-3.

5. Lanski SL, Greenwald M, Perkins A, Simon HK. Herbal therapy use in a pediatric emergency department population: expect the unexpected. *Pediatrics* 2003; 111(5 Pt 1):981-5.
6. Fadanelli G, Vittadello F, Martini G, Zannin ME, Zanon G, Zulian F. Complementary and alternative medicine (CAM) in pediatric rheumatology: an European perspective. *Pediatr Rheumatol* 2011; 9(suppl 1):238.
7. Lorrie EM, Hagen, RS, Derek S, Diana M, Brian M, Feldman. use of complementary and alternative medicine by pediatric rheumatology patients. *Arthritis Care Res* 2003;49(1):3-6.
8. Wallace DJ, Hahn BH. Dubois' lupus erythematosus and related syndromes. 8th ed. Philadelphia : Saunders; 2013.
9. Mina R., Brunner HI. Update on differences between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther* 2013; 15:218.
10. Sakdisthanont S. Uncertainty in illness and behaviors of uncertainty in adolescents with SLE. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2002. (in Thai)
11. Sakdisthanont S. Self-health management program for adolescents with SLE. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
12. Jasmin R, Sockalingam S, Cheah TE, Goh KJ. Systemic lupus erythematosus in the multiethnic Malaysian population: disease expression and ethnic differences revisited. *Lupus* 2013 ; 22(9):967-71.
13. Moore AD, et al. The use of alternative medical therapies in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism* 2000; 43(6):1410-8.
14. Aghdassi E, Morrison S, Landolt-Marticorena C, Su J, Pineau CA, Gladman D, et al. The use of micronutrient supplements is not associated with better quality of life and disease activity in Canadian patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2010;37(1):87-90.
15. Nortier JL, Martinez MC, Schmeiser HH, et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (Aristolochic Fangchi). *N Engl J Med* 2000; 342: 1686-92.
16. Lo SH, Wong KS, Arlt VM, et al. Detection of Herba Aristolochia Mollissemiae in a patient with unexplained nephropathy. *Am J Kidney Dis* 2005; 45: 407-10.
17. Wojcikowski K, Johnson DW, Gobe G. Medicinal herbal extracts renal friend or foe? Part one: The toxicities of medicinal herbs. *Nephrology* 2004; 9: 313-8.
18. Siripul P. Symptom management: Nursing care for Pediatric patient with leukemia. 1st ed. Khon Khean: Khon Kaen University Press. (in Thai)
19. Greco CM, Kao AH, Maksimowicz-McKinnon K, Glick RM, Houze M, Sereika SM, Balk J, Manzi S. Acupuncture for systemic lupus erythematosus: a pilot RCT feasibility and safety study. *Lupus* 2008; 17(12): 1108-16.
20. Sakdisthanont S, Siripul S. Meaning of SLE illness in adolescents. *Journal of Nursing Science and Health* 2008;31(1):18-29. (in Thai)
21. Morton A. Internal carotid artery dissection following chiropractic treatment in a pregnant woman with Systemic Lupus Erythematosus. *Morton Chiropractic & Manual Therapies* 2012; 20:38-40.
22. Goldstone AS, Bashore RE, Ferguson AC. The effects of chiropractic on the amelioration of symptoms associated with Systemic Lupus Ery-

- thematosis. *Chiropractic Technique* 1992; 4:87-9.
23. Costenbader KH, Feskanich D, Holmes M, Karlson EW, Benito-Garcia E. Vitamin D intake and risks of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis in women. *Ann Rheum Dis* 2008;67:530-5.
24. Yeap SS, Othman AZ, Zain AA, Chan SP. Vitamin D levels: its relationship to bone mineral density response and disease activity in premenopausal Malaysian systemic lupus erythematosus patients on corticosteroids. *Int J Rheum Dis* 2012;15:17-24.
25. Amital H, et al. Serum concentrations of 25-OH vitamin D in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) are inversely related to disease activity: is it time to routinely supplement patients with SLE with vitamin D?. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:1155-7.
26. Emerah AA, El-Shal AS. Role of vitamin D receptor gene polymorphisms and serum 25-hydroxyvitamin D level in Egyptian female patients with systemic lupus erythematosus. *Mol Biol Rep* 2013;40(11):6151-62.
27. Robinson AB, Wu EY, Rabinovich EC. Change in disease activity after vitamin D supplementation in children with systemic lupus erythematosus and juvenile dermatomyositis. *Pediatr Rheumatol* 2012;10(suppl 1):A13.
28. Wright TB, Shults J, Leonard MB, Zemel BS, Burnham JM. Hypovitaminosis D is associated with greater body mass index and disease activity in pediatric systemic lupus erythematosus. *J Pediatr*. 2009;155(2):260-5.
29. Shirato S. How CAM helps systemic lupus erythematosus. *Holistic Nurs Pract*. 2005; 19(1): 36-39.
30. Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acid, and cardiovascular disease. *circulation* 2002; 106:2747-57.
31. Walton AJ, Snaith ML, Locniskar M, Cumberland AG, Morrow WJ, Isenberg DA. Dietary fish oil and the severity of symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1991 ;50(7):463-6.
32. Duffy EM, Meenagh GK, McMillan SA, Strain JJ, Hannigan BM, Bell AL. The clinical effect of dietary supplementation with omega-3 fish oils and/or copper in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2004 ;31(8):1551-6.
33. Wright S A, O'Prey F M, McHenry M T, Leahey W J, Devine A B, Duffy E M, et al. A randomised interventional trial of -3-polyunsaturated fatty acids on endothelial function and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2008;67 (6): 841-8.
34. Clark WF, Kortas C, Heidenheim AP, Garland J, Spanner E, Parbtani A. Flaxseed in lupus nephritis: a two-year nonplacebo-controlled crossover study. *J Am Coll Nutr* 2001;20(2 Suppl):143-8.
35. Crosbie D, Black C, McIntyre L, Royle P, Thomas S. Dehydroepiandrosterone for systemic lupus erythematosus (Review). *The Cochrane Collaboration: Published by John Wiley & Sons, Ltd*; 2009.
36. Petri MA, Lahita RG, Van Vollenhoven RF, et al. Effects of prasterone on corticosteroid requirements of women with systemic lupus erythematosus: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002;46:1820-9.

37. Petri, MA., et al. Effects of Prasterone on Disease Activity and Symptoms in Women With Active Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum* 2004; 50(9):2858–68.
38. Khajehdehi P, Zanjanejad B, Aflaki E, Nazarinia M, Azad F, Malekmakan L, Dehghanzadeh GR. Oral supplementation of turmeric decreases proteinuria, hematuria, and systolic blood pressure in patients suffering from relapsing or refractory lupus nephritis: a randomized and placebo-controlled study. *J Ren Nutr* 2012;22(1):50–7.
39. Haija AJ, Schulz SW. The Role and Effect of Complementary and Alternative Medicine in Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin N Am* 2011;37:47–62.
40. Badsha H, Chhabra V, Leibman C, Mofti A, Kong KO. The benefits of yoga for rheumatoid arthritis: results of a preliminary, structured 8-week program. *Rheumatol Int* 2009 ;29(12):1417–21.
41. Zhang J, Wei W, Wang CM. Effects of psychological interventions for patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Lupus* 2012; 21(10): 1077–87.
42. Goyal M, Haythornthwaite J, Levine D, Becker D, Vaidya D, Hill-Briggs F, Ford D. Intensive Meditation for Refractory Pain and Symptoms. *J Altern Complement Med* 2010; 16(6):627–31.
43. Worasiri S. The effect of planned instruction on knowledge, attitude and practice in systemic lupus erythematosus patients. Khon Kaen: Khon Kaen University; 1991. (in Thai)
44. Moorthy LN., Peterson MGE., Harrison MJ., Onel KB., Lehman TJA. Quality of life in children with systemic lupus erythematosus: a review. *Lupus* 2007; 16:663–9.
45. Moorthy LN., et al. Quality of life in pediatric lupus. *Lupus* 2004; 13(4); 234–40.
46. Moorthy LN., et al. Relationship of quality of life and physical function measures with disease activity in children with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14(4); 280–7.
47. Nabundit R, Tangworaponkchai J. The effects of innovation in providing health information and health game on self-care behaviors for adolescent SLE patients admitted in hospital. *Journal of Nursing Science and Health* 2012;35(1):10–7. (in Thai)
48. Lindquist R., Snyder M., Tracy MF. (Editors). *Complementary & alternative therapies in nursing*. 7th ed. New York: Springer Publishing Company; 2014.
49. Lash AA. Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Appl Nurs Res* 1998; 11(3) ; 130–7.
50. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus* 2013;22:409–16.
51. McKinley PS, Ouellette SC, Winkel GH. (1995). The contributions of disease activity, sleep patterns, and depression to fatigue in systemic lupus erythematosus. A proposed model. *Arthritis Rheum.* 38(6):826–34.
52. Mock, et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24(6); 991–1000.
53. David J, Townsend S, Sathanathan R, Kriss S, Dore CJ. The effect of acupuncture on patients with rheumatoid arthritis: a randomized, placebo-controlled cross-over study. *Rheumatology* 1999; 38:864–9.

54. Antigoni F., Dimitrios T. Nurses' attitude towards complementary therapies. www.hsj.gr Health Science Journal 2009;3(3):149-57.