

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร

## การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

Relations among selected Factors, self-management  
and quality of life in adolescents with SLE.

## บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science &amp; Health

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2559

Volume 39 No.3 (July-September) 2016

วิยะดา ทิพม่อม พย.ม.<sup>\*</sup> พูลสุข ศิริกุล Ph.D.<sup>\*\*</sup> สุพัฒน์นา ศักดิ์ฐานนท์ ปส.ด.<sup>\*\*\*</sup>Wiyada Tipmom MSN.<sup>\*</sup> Pulsuk Siripul Ph.D.<sup>\*\*</sup> Supattana Sakdistanont Ph.D.<sup>\*\*\*</sup>

## บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นโรคเอสแอลอีอายุ 10-19 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น 136 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ให้การดูแลวัยรุ่นขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองโดยรวมของวัยรุ่น ( $\phi=0.193, p<.05$ ) เพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ( $\phi=0.278, p<.05$ ) สถานภาพสมรสผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ( $\phi=0.187, p<.05$ ) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านสุขภาพทั่วไป ( $\phi=0.197, p<.05$ ) การจัดการตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่น ( $r_s = 0.186, p<.05$ )

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต วัยรุ่นโรคเอสแอลอี

## Abstract:

The descriptive research aimed to study the relations among selected factors, self-management, and quality of life in adolescents with SLE. The sample consisted of 136 adolescents with SLE, aged 10-19 years, who were follow-up at the outpatient department in Srinagarind hospital and KhonKaen hospital. Data were collected, using questionnaires, and were analyzed by descriptive statistics and correlational coefficients. Results found that caregivers of adolescents at hospital had correlated with the overall self-management ( $\phi=0.193, p<.05$ ), gender was correlated with the self-management of medication compliance ( $\phi=0.278, p<.05$ ), marital status of caregiver was correlated with the adolescents' quality of life in the role limitations due to emotional problems ( $\phi=0.187, p<.05$ ), sufficient of family income was correlated with the adolescents' quality of life in the general health ( $\phi=0.197, p<.05$ ), and overall self-management was positive correlated with the overall quality of life in adolescents with SLE ( $r_s = 0.186, p<.05$ ).

<sup>\*</sup>Master of Nursing Science in Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University<sup>\*\*</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University<sup>\*\*\*</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอสแอลอีในวัยรุ่นพบอุบัติการณ์ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทุกวัย<sup>1</sup>พบสูงกว่าในเด็กวัยอื่น 5-10 เท่า<sup>2</sup>โรคเอสแอลอีในวัยรุ่นส่วนใหญ่พบในอายุ 10-19 ปี<sup>3</sup>และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 70-90<sup>4</sup>จากสถิติแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 พบวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มารับการรักษา ร้อยละ 92.24, 94.60 และ 95.49 ของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีทั้งหมดตามลำดับ<sup>5</sup>และจากสถิติแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นรายงานในปี พ.ศ. 2556-2558 พบวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มารับการรักษา ร้อยละ 95.74, 96.42 และ 96.43 ของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีทั้งหมดตามลำดับ<sup>6</sup>จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น<sup>7</sup>

วัยรุ่นโรคเอสแอลอีของไทยมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีในแง่ลบ โดยให้ความหมายว่ามีชีวิตอยู่กับความทุกข์<sup>8</sup>คือทุกข์กายมีอาการ/อาการแสดงหลากหลาย การเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน<sup>9</sup> ทุกข์ใจ เกิดความเบื่อหน่ายสูญเสียภาพลักษณ์<sup>10</sup>ทุกข์จากสังคม ต้องพึ่งพาบิดามารดาในการทำกิจวัตรประจำวัน ทุกข์เรื่องเรียน ขาดเรียนบ่อยเกิดปัญหาด้านการเรียนสูญเสียความจำ<sup>8,10</sup> และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง<sup>11</sup>

จากการศึกษานำร่องปีพ.ศ.2556 ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 5 คน ผลการสัมภาษณ์พบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่ป้องกันแสงแดดโดยการทาครีมกันแดด วัยรุ่นโรคเอสแอลอี 1 คนออกกำลังกายเพราะต้องการให้สุขภาพแข็งแรง วัยรุ่นโรคเอสแอลอี 1 คนไม่ออกกำลังกายเนื่องจากอ่อนเพลีย วัยรุ่นโรคเอสแอลอี 2 คนคิดว่าตนหายจากการเจ็บป่วย จึงหยุดรับประทานยาเองและไม่หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม จึงมีอาการตัวบวม รู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ที่มีอาการกำเริบซ้ำ จากการศึกษานำร่องพบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

มีที่ปฏิบัติตนและไม่ปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพ วัยรุ่นเหล่านี้มีสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีทั้งการปฏิบัติตัวที่ต้องจนสามารถจัดการตนเองควบคุมโรคได้ และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องจนทำให้เกิดการกำเริบของโรค<sup>12</sup> การจัดการตนเองเป็นกลไกที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถรับผิดชอบตนเองได้ทั้งยามปกติและเจ็บป่วย<sup>13</sup> ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมาก่อนจึงทำให้เกิดคำถามว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีการจัดการตนเองที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ อย่างไร

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีปัจจัยบางส่วนมาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ระดับการศึกษาผู้ป่วย อายุ มารดา การศึกษาของบิดา/มารดาและรายได้ครอบครัว<sup>11,14</sup> อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางส่วนที่ผลการวิจัยมีความขัดแย้งกัน คือ อายุของผู้ป่วยและระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต วัยรุ่นโรคเอสแอลอี<sup>11</sup> ในขณะที่ผลการวิจัยอื่น<sup>14</sup> พบว่าปัจจัยทั้งสองชนิดนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่ในเชิงทฤษฎีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัย ได้แก่ จำนวนครั้งการเข้าอนรักษัตวในโรงพยาบาล จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีขณะอยู่ที่บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษาวัยรุ่นที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรค เอสแอลอี ส่วนการศึกษาการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีจำนวนจำกัดทำให้ยังไม่มีหลักฐานมากพอที่จะสรุปเป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจนได้ ยังไม่พบว่ามีการศึกษา

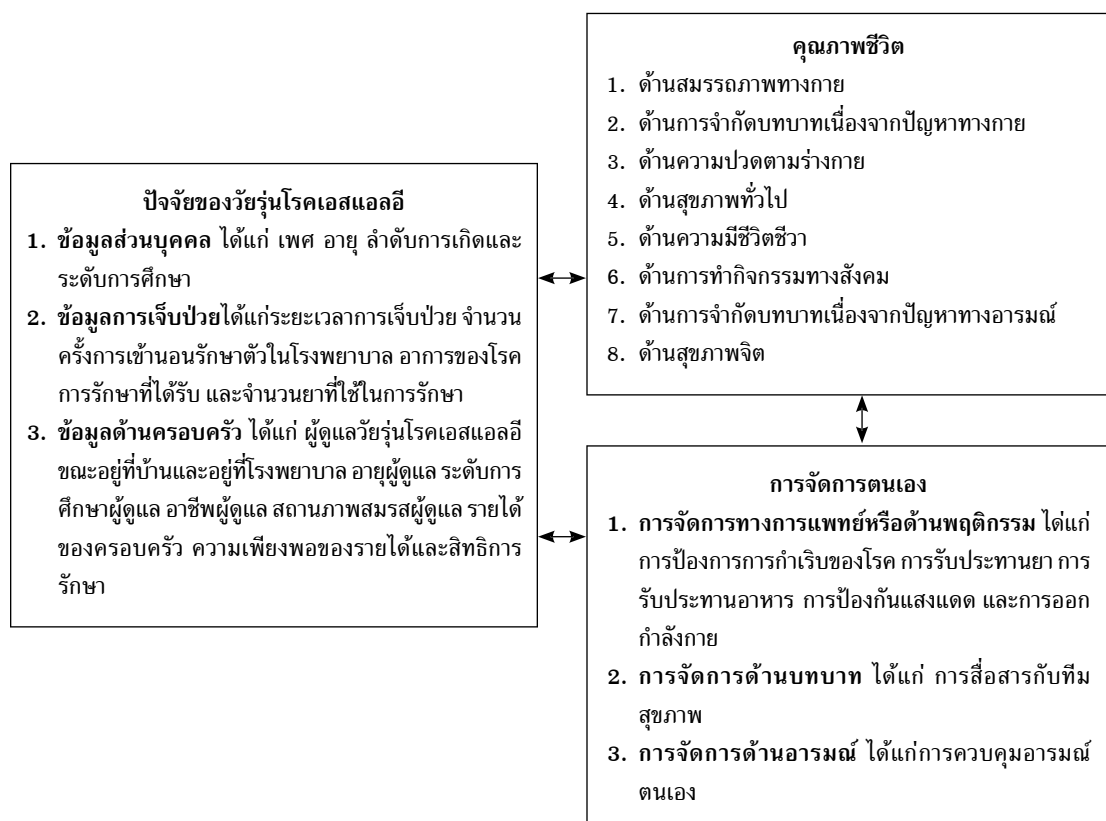
ปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก่อน การศึกษาวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมและสนับสนุนให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีสามารถจัดการตนเองได้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman<sup>13</sup> และแนวคิดคุณภาพชีวิตของ WHO<sup>15</sup> เป็นกรอบแนวคิด Lorig & Holman<sup>13</sup> ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองว่าเป็นการดูแลจัดการอาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถรับผิดชอบตนเองได้ทั้งยามปกติและเจ็บป่วยตามการรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยหลายประการ<sup>13,15</sup> ที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองสะท้อนออกมาเป็นคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ตามสภาวะที่ปรากฏแสดงออกมาในลักษณะมีความสุขและมีพฤติกรรมเอาใจใส่ดูแลตนเองหรือลักษณะเบื่อหน่ายและไม่สนใจจัดการดูแลตนเอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนตุลาคม 2558

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม จำนวน 193 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นโรคเอสแอลอี อายุ 10-19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเอสแอลอีมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและได้รับความยินยอมทั้งจากผู้ป่วยและผู้ปกครองคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ Cochran<sup>16</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน ใช้การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE571323) ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับหลังการทำวิจัย และการเข้าร่วมศึกษาค้นครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีสิทธิ์ยกเลิกหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

2) แบบสอบถามการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีของสุพรรณาคักดิษฐานนท์<sup>17</sup> จำนวน

56 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ ให้ค่าคะแนน 1-5 การแปลผลคะแนนแบ่งระดับการจัดการตนเองเป็นระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Short Form Health Survey: SF-36) ฉบับแปลเป็นไทยโดยวัชร เลอมาณกุลและปารณีย์ มีแต้ม<sup>18</sup> จำนวน 36 ข้อ คัดคะแนนโดยการแปลงคะแนนดิบ (recode) ยกเว้นคำถามข้อที่ 2 เกี่ยวกับระดับสุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่แล้วจะไม่นำมาคำนวณคะแนนแต่นำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็นระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน ทั้ง 2 ฉบับ คำนวณค่า content validity index=0.86 จากนั้นได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบสอบถามการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี=0.89 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี=0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้พยาบาลแนะนำวัยรุ่นและผู้ดูแลในการเข้าร่วมการศึกษาหากทั้งวัยรุ่นและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงทำการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่วัยรุ่นและผู้

ดูแล เมื่อทั้งวัยรุ่นและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยได้รื้อพบวัยรุ่นหลังตรวจและขอให้แพทย์วินิจฉัยว่าวัยรุ่นอยู่ในภาวะที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จึงให้วัยรุ่นตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด คือ แบบสอบถามการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที เมื่อวัยรุ่นตอบคำถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและกล่าวขอบคุณ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป คณะกรรมการจัดการตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีโดยใช้สถิติ chi-square, phi coefficient และ spearman rank correlation coefficient

## ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี**

วัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 อายุ 14-16 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.0 อายุเฉลี่ย 15.36 ปี (SD=2.51) เป็นบุตรคนเล็ก ร้อยละ 41.9 วัยรุ่นศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3-6 ปี ร้อยละ 39.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี (SD=2.45) ในรอบ 1 ปี ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 72.8 อยู่ในระยะสงบและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 96.3 รักษาด้วยยาจำนวน 3-4 ชนิด ร้อยละ 57.4 ทุกคนรับประทานยาเพรดนิโซโลน ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 85.3

ผู้ดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอีขณะอยู่ที่บ้าน คือ มารดา ร้อยละ 66.2 ผู้ดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอีขณะอยู่ที่โรงพยาบาล คือ มารดา ร้อยละ 77.2 ผู้ดูแลมีอายุ 41-50 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.8 ผู้ดูแลจบการ

ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.4 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.4 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 75.0

**ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี** แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square และ phi coefficient พบว่าผู้ดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอีขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.193$ ) เพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.278$ ) ดังตารางที่ 1

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square และ phi coefficient พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.187$ ) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านสุขภาพทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.197$ ) ดังตารางที่ 2

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่จำนวนยาที่ใช้รักษา จำนวนครั้งการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว การจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยใช้สถิติ spearman rank correlation coefficient พบว่าการจัดการตนเองของวัยรุ่นโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r_s=0.186$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรค เอสแอลอี (n=136)

| ปัจจัยคัดสรร              | การจัดการตนเอง       | ค่าความสัมพันธ์ |                     |
|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
|                           |                      | $\chi^2$        | p-value             |
| ผู้ดูแลคนที่อยู่โรงพยาบาล | การจัดการตนเองโดยรวม | 5.056           | <sup>1</sup> 0.025* |
| เพศของวัยรุ่น             | การรับประทานยา       | 10.518          | <sup>2</sup> 0.025* |

\*p < 0.05 หมายถึง: <sup>1</sup> คือ Phi coefficient = 0.193, <sup>2</sup> คือ Phi coefficient = 0.278

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี (n=136)

| ปัจจัยคัดสรร                 | คุณภาพชีวิต                              | ค่าความสัมพันธ์ |                     |
|------------------------------|------------------------------------------|-----------------|---------------------|
|                              |                                          | $\chi^2$        | p-value             |
| สถานภาพสมรสของผู้ดูแล        | ด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ | 4.741           | <sup>1</sup> 0.029* |
| ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว | ด้านสุขภาพทั่วไป                         | 5.285           | <sup>2</sup> 0.022* |

\*p < 0.05 หมายถึง: <sup>1</sup> คือ Phi coefficient = 0.187, <sup>2</sup> คือ Phi coefficient = 0.197

**ตารางที่ 3** ค่าเมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี (n=136)

| ตัวแปร                                     | 1      | 2      | 3       | 4     | 5      | 6      | 7      | 8     |
|--------------------------------------------|--------|--------|---------|-------|--------|--------|--------|-------|
| 1. จำนวนยาที่ใช้รักษา                      | 1.000  |        |         |       |        |        |        |       |
| 2. จำนวนครั้งการเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล | 0.028  | 1.000  |         |       |        |        |        |       |
| 3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย                     | 0.037  | -0.195 | 1.000   |       |        |        |        |       |
| 4. อายุของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี               | -0.013 | -0.202 | 0.415** | 1.000 |        |        |        |       |
| 5. อายุของผู้ดูแล                          | -0.020 | -0.011 | -0.049  | 0.124 | 1.000  |        |        |       |
| 6. รายได้ของครอบครัว                       | -0.054 | 0.183  | -0.011  | 0.097 | -0.095 | 1.000  |        |       |
| 7. คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี        | -0.011 | 0.076  | 0.129   | 0.118 | -0.150 | 0.120  | 1.000  |       |
| 8. การจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี     | 0.022  | 0.107  | -0.077  | 0.102 | -0.007 | -0.041 | 0.186* | 1.000 |

\*p<0.05 \*\*p<0.01

## การอภิปรายผล

1. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีแบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 4 ส่วน คือ

1.1 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่

1.1.1 ผู้ดูแลวัยรุ่นโรคเอสแอลอีขณะอยู่ที่โรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.193$ ) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ มารดา ร้อยละ 77.2 อาจเป็นเพราะโดยธรรมชาติแล้วมารดาเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว มารดาจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตัวของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี คอยสนับสนุนช่วยเหลือดูแลให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีการจัดการตนเองที่ดีที่สุดคล้องกับผลการวิจัยของแขนงจิตนพินุญและคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่ามารดาเป็นผู้ที่เด็กป่วยมีความต้องการให้เป็นผู้ดูแลตนเองมากที่สุดเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1.2 เพศของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.8 สัดส่วนเป็นเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 5.1 ต่อ 1 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของปัญญพงศ์ หิรัญสายและคณะ<sup>20</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 5 ต่อ 1 ผลการวิจัยนี้พบว่าเพศของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรับประทานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.278$ ) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มย่อย (sub-group analysis) พบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีเพศหญิงมีการจัดการตนเองที่ดี ร้อยละ 83.8 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีเพศชายที่มีการจัดการตนเองที่ดีเพียงร้อยละ 14.7 อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่มีความรับผิดชอบและมีวินัยต่อสิ่งที่ได้รับมอบหมายดีกว่าเพศชาย<sup>21</sup> อาจทำให้เพศหญิงมีการรับประทานครดีกว่าเพศ

ชาย ประกอบกับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีอาจมีระยะเวลาการปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยของตนได้ (ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี) จึงมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานครที่ดี

1.2 ปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่

1.2.1 อายุ ระดับการศึกษา และลำดับการเกิด ปัจจัยเหล่านี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน (อายุ 10-13 ปี ร้อยละ 31.6, อายุ 14-16 ปี ร้อยละ 36.0 และอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 32.4) พัฒนาการด้านความคิดอยู่ในช่วงเดียวกันมีการคิดวิเคราะห์จัดสิ่งคมคล้ายๆ กัน<sup>21</sup> วัยรุ่นกลุ่มนี้ศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 93.4 อาจมีข้อจำกัดในความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนในการจัดการตนเองเนื่องจากโรคเอสแอลอีเป็นโรคที่มีความซับซ้อน ข้อความรู้ส่วนใหญ่มักเป็นภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยมักเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษทำให้อ่านหรือเข้าใจได้ยาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะสงบของโรค ไม่สามารถคาดเดาอาการของตนในอนาคตได้จึงมีการจัดการตนเองเสมือนไม่เกิดการเจ็บป่วยใดๆ ทำให้ไม่มีการศึกษาในระดับใดก็มีการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านลำดับการเกิดของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีพบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช่บุตรคนเดียว (ร้อยละ 79.4) สะท้อนว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีเหล่านี้มีพี่หรือน้องที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการตนเองและจากลักษณะของโรคเอสแอลอีมีอาการสงบและอาการกำเริบสลับกันต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ยากที่วัยรุ่นจะสามารถจัดการได้ไม่ว่าจะมีลำดับการเกิดใดจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลำดับการเกิดกับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

1.2.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งการเข้าอนรักษัตวในโรงพยาบาล อาการของโรค การรักษาที่ได้รับ และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา ปัจจัยเหล่านี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี ไม่เคยเข้าอนรักษัตวในโรงพยาบาลร้อยละ 72.8 และเกือบทั้งหมดอยู่ในระยะโรคสงบ (ร้อยละ 96.3) รักษาด้วยยารับประทาน (ร้อยละ 96.3) จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา จำนวน 3-4 ชนิด (ร้อยละ 57.4) วัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มนี้อาจมีความคล้ายคลึงกันในการจัดการตนเอง จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรเหล่านี้กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

1.2.3 ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านคือ มารดา (ร้อยละ 66.2) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 47.8) จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 84.6) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 49.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.4) และใช้สิทธิการรักษาบัตรทองและเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 98.5) อาจมีส่วนทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันในการจัดการตนเองจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลเหล่านี้กับการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

1.3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่

1.3.1 สถานภาพสมรสของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.187$ ) การศึกษาครั้งนี้พบว่า

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.4) อาจได้รับความช่วยเหลือและเอาใจใส่จากผู้ดูแลและคู่สมรสมีส่วนทำให้ความเครียดจากการเจ็บป่วยลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของทรงศิริ คล้ายคลึง<sup>11</sup>

1.3.2 ความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\phi=0.197$ ) การศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้ พอใช้ ร้อยละ 75.0 อาจทำให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆในการดูแลสุขภาพ มีส่วนทำให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปที่ดี

1.4 ปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่

1.4.1 เพศ อายุ ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากวัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 ช่วงอายุของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีใกล้เคียงกัน (อายุ 10-13 ปี ร้อยละ 31.6, อายุ 14-16 ปี ร้อยละ 36.0 และอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 32.4) มีพัฒนาการด้านความคิดอยู่ในช่วงเดียวกัน มีการคิดวิเคราะห์จิตสังคมคล้ายๆกัน<sup>21</sup> ส่วนใหญ่ไม่ใช่บุตรคนเดียว ร้อยละ 79.4 4 เป็นไปได้ว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีกลุ่มนี้ได้รับกำลังใจและได้รับการเอาใจใส่จากพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือท้อแท้จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่คล้ายกันและส่วนใหญ่ศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 93.4 วัยรุ่นกลุ่มนี้อาจมีข้อจำกัดในความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวดูแลตนเองเนื่องจากโรคเอสแอลอีเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทำให้มีการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่คล้ายกัน มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกัน จึงไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรรเหล่านี้กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

**1.4.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย** จำนวนครั้งการเข้าอนรักษัตวในโรงพยาบาล อาการของโรค การรักษาที่ได้รับ และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจาก ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี ไม่เคยเข้าอนรักษัตวในโรงพยาบาล ร้อยละ 72.8 อยู่ใน ระยะโรคสงบและรักษาด้วยการรับประทานยาอย่าง เดียว (ร้อยละ 96.3) และจำนวนยาที่ใช้รักษา จำนวน 3-4 ชนิด (ร้อยละ 57.4) วัยรุ่นกลุ่มนี้อาจมีคุณภาพ ชีวิตที่คล้ายคลึงกันจึงไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัย คัดสรรเหล่านี้แตกต่างกับการศึกษาของทรงศิริ คล้ายคลึง<sup>11</sup> ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากวัยรุ่นมี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.63 ปี แต่การศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรค เอสแอลอี พบการศึกษาที่แตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาของทรงศิริ คล้ายคลึง<sup>11</sup> พบว่าวิธีการ รักษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคเอสแอล อีอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษา ด้วยการรับประทานยาอย่างเดิย ร้อยละ 96.3 และ รับประทานยาร่วมกับให้เคมีบำบัด ร้อยละ 3.7 ซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาของทรงศิริ คล้ายคลึง<sup>11</sup> ที่ส่วนใหญ่ รักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดิย ร้อยละ 61.4 และรับประทานยาร่วมกับให้เคมีบำบัด ร้อยละ 38.6

**1.4.3 ปัจจัยด้านผู้ดูแล** พบว่า ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านหรืออยู่ที่โรงพยาบาล อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ของครอบครัว และสิทธิ การรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น โรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านหรืออยู่ที่ โรงพยาบาล คือ มารดา (ร้อยละ 66.2 และร้อยละ 77.2 ตามลำดับ) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 47.8) จบ

การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 84.6) ประกอบ อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 49.3) รายได้ครอบครัว ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 43.4) และ ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองและเบิกต้นสังกัด(ร้อยละ 98.5) ซึ่งอาจไม่มีความแตกต่างกันในการดูแลวัยรุ่น และอาจมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ แตกต่างกันจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรรเหล่านี้กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเอง กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดการ ตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r_s=0.186$ ) กล่าวคือวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีการจัดการ ตนเองดีจะมีคุณภาพชีวิตดีและวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มี การจัดการตนเองไม่ดีจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อธิบายได้ ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 และมีการจัดการตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.3 คุณภาพชีวิตโดย รวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และมีคุณภาพ ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.5 อาจเป็นเพราะ ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคสงบ ร้อยละ 96.3 ไม่เคยนอนรักษัตวในโรงพยาบาล ร้อยละ 72.8 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.51 ปี

การจัดการตนเองขึ้นอยู่กับกระบวนการ รับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย<sup>13</sup> สะท้อนออกมาตามการรับรู้<sup>15</sup> มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะ แสดงออกมาในลักษณะพึงพอใจมีความสุข ในการ ศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่วัยรุ่นโรคเอสแอลอีปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์สม่ำเสมอ เช่น มีการซักถาม แพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจ ในการเจ็บป่วย ร้อยละ 74.3 และถามแพทย์และ พยาบาลเกี่ยวกับการนัดหมายเพื่อมาตรวจครั้งต่อไป ร้อยละ 88.2 เป็นต้น จากการปฏิบัติตัวที่ดีเหล่านี้อาจ ทำให้ส่วนใหญ่ควบคุมโรคอยู่ในระยะสงบได้และมี

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.5 ในขณะที่เดียวกันถ้าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีการจัดการตนเองไม่ดี ไม่สนใจปฏิบัติตัวดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม่ป้องกันตนเองจากสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคกำเริบ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น อาจทำให้โรคกำเริบ และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีเพียงส่วนน้อยที่ยังมีการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามพยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมแก่วัยรุ่นโรคเอสแอลอีเพื่อให้มีการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลการวิจัยพบว่าการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้ในด้านต่างๆ ได้แก่ การป้องกันการกำเริบของโรค การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การป้องกันแสงแดด การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ตนเอง และการสื่อสารกับทีมสุขภาพ พยาบาลควรสนับสนุนช่วยเหลือให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีการจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการให้ความรู้แก่วัยรุ่นโรคนี้ให้ครอบคลุมในทุกด้านอย่างเหมาะสม

1.2 ผลการวิจัยพบว่ามารดาเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองด้านต่างๆ กับมารดาในการดูแลวัยรุ่นโรค เอสแอลอีเพื่อมารดาจะได้นำความรู้เหล่านั้นมาส่งเสริมและสนับสนุนให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีการจัดการตนเองที่ดี

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่าเพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง พยาบาลควรคำนึงถึงเพศของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีเมื่อต้องให้การ

ดูแลหรือให้ข้อมูลต่างๆ เนื่องจากโรคเอสแอลอีมักมีอาการรุนแรงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเพศชายมักมีพฤติกรรมละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง พยาบาลควรมีการสอนและให้คำแนะนำที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเพศ เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้ที่แยกเพศชายและเพศหญิง การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอารมณ์ตนเอง เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเน้นย้ำการดูแลจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในกลุ่มวัยรุ่นเพศชายให้มีการจัดการตนเองที่ดี

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำองค์

ความรู้ด้านการจัดการตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีและโรคเรื้อรังอื่นๆ ไปจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวัยรุ่นในอนาคตควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีในทุกๆ ระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีและครอบคลุมถึงระยะต่างๆ ของโรค

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวัยรุ่นโรคเอสแอลอีและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## References

1. Aggarwal A, Srivastava P. Childhood onset systemic lupus erythematosus. how is it different from adult SLE?. Int J Rheum Dis 2015; 18(2): 182-91.
2. Ronald B. Improving quality of life for african-american female adolescents with lupus. (Internet). 2009. (Cited 2015 October 20). Available from: <https://clinicaltrials.gov>.

3. Eiam-Ong S, Deesomchok U. SLE. Bangkok: Text and Journal Publication. 2001. (in Thai)
4. Maneetub S, Chainansamit S, Sirikanerat A. Pediatric systemic lupus erythematosus. KKMJ 2009; 33(3): 9-13. (in Thai)
5. Medical Records and Statistics, Srinagarind-Hospital. (unpublished manuscript).Data and statistics of SLE in 2013-2015. Khon Kaen: Hospital; (n.d.).
6. Medical Records and Statistics, Khon Kaen Hospital. (unpublished manuscript).Data and statistics of SLE in 2013-2015: Khon Kaen; Hospital; (n.d.).
7. Sukdisthanont S, Siripul P. Needs of adolescents with SLE disease. Journal of Nursing Science & Health 2014; 37(3): 18-26. (in Thai)
8. Sakdisthanont S, Siripul P. Meaning of illness in adolescents with SLE. Journal of Nursing Science and Health 2008; 31(1): 18-29. (in Thai)
9. Sakdisthanont S.Using of complementary in nursing for pediatric patients with SLE. Journal of Nursing Science & Health 2014; 37(1): 113-25. (in Thai)
10. Nabundit R, Tangvoraphonkchai J. The effect of innovation in providing health information and health game on self care behaviors for adolescent SLE patients admitted in hospital. Journal of Nursing Science & Health 2012; 35(1): 10-7. (in Thai)
11. Klayklung S. Quality of life of adolescents with systemic lupus erythematosus at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai)
12. Sakdisthanont S. Uncertainty in illness and encountered behaviors in adolescents with SLE. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
13. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26(1): 1-7.
14. Parinyavutichai S, Pongsupat P. Factors associated with systemic lupus erythematosus patients quality of life. J NursSci 2007; 1(1): 1-12. (in Thai)
15. WHO. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1996.
16. Cochran WG. Sampling techniques. 3<sup>rd</sup>ed. Canada: John Wiley and Sons; 1977.
17. Sakdisthanont S. Self-health management program for adolescents with SLE. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
18. Leurmarukul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). TJPS 2005; 29(1):69-88. (in Thai)
19. Rattanapibun K, et al. Parent participation in the care of hospitalized children. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010. (in Thai)
20. Hirunsai P, et al. Health related quality of life among SLE children in Phramongkutklao Hospital. Journal of the Nephrology Society of Thailand 2011; 17(2): 52-7. (in Thai)
21. Reungkarnjanaset S. Strategies to adolescent health promotion. 1<sup>st</sup>ed. Bangkok: chajjaroen; 2008. (in Thai)