

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในโรงพยาบาล  
ตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2563  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHRONIC  
HEPATITIS B VIRUS PATIENTS IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK METROPOLITAN



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.นันทิธิดา เชื้อมโนชาญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ชนศิลป์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ชนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. ( FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHRONIC HEPATITIS B VIRUS PATIENTS IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK METROPOLITAN) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุรียพร ธนศิลป์

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงบรรยายนี้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมากกว่า 6 เดือน ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 132 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94, 0.81, 0.84 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.57 (SD= 12.71)
2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = -.20$ )
3. เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง และความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แต่ประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = -.20, -.39$  ตามลำดับ) และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .60$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6077328336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ABDOMINAL DISCOMFORT, CHRONIC HEPATITIS B PATIENTS, DEPRESSION, FATIGUE, HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Nunthida Chuamanochan : FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHRONIC HEPATITIS B VIRUS PATIENTS IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK METROPOLITAN. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D.

The purposes of this descriptive research were to study the health-related quality of life and the relationships between gender, symptoms experience, self-management, anxiety and depression with health-related quality of life in chronic hepatitis B patients. Participants were men and women who got diagnosis of infected hepatitis B more than 6 months, and age between 18-59 years. They were 132 chronic hepatitis B patients treated at out-patient departments from the tertiary hospital in Bangkok Metropolitan. Research instruments consisted of The Memorial Symptom Assessment Scale, The Chronic Hepatitis B Self-Management Scale, The Hospital Anxiety and Depression Scale, and The Short Form Health Survey-36. The Cronbach's alpha coefficient of those instruments were 0.94, 0.81, 0.84 and 0.71, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

Findings were summarized as follows:

1. Health-related quality of life in chronic hepatitis B patients was good (= 55.57; SD= 12.71).
2. Depression was negatively significant related with health-related quality of life in chronic hepatitis B patients at the low level ( $r = -.20$ ;  $p < .05$ ).
3. Age, symptom experience, self-management and anxiety were not related with health quality of life in chronic hepatitis B patients. But symptom experience, and self-management were negatively significant related with depression at the low level and moderate level ( $r = -.20, -.39$ , respectively;  $p < .05$ ), and anxiety was positively significant related with depression at the high level in chronic hepatitis B patients ( $r = .60$ ;  $p < .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2020

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิด และแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลา ประคับประคอง ช่วยเหลือ ช่วยตรวจสอบปรับปรุง ข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ตลอดจนเป็นแรงกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยพยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิทเดชาวิทย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 คน ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นาวาตรีหญิง ดร.หฤทัย อาจปฤษฎั ที่กรุณาให้คำแนะนำเรื่องสถิติในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกคนที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบพระคุณหัวหน้าแผนก พี่ๆ น้องๆพยาบาล ทุกคน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

กราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นที่กำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรและเพื่อนสนิททุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
คำถามการวิจัย.....5	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....6	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....6	6
สมมติฐานการวิจัย.....9	9
ขอบเขตการวิจัย.....9	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....9	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....11	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....12	12
1. แนวคิดพื้นฐานของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง.....13	13
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง.....21	21
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง.....32	32
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง.....45	45
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....48	48
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....54	54

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	79
การอภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	85
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และตารางแสดงการพิจารณาความสอดคล้อง กับเนื้อหาของ ข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ.....	98
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	113
ภาคผนวก ง หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	120
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	139
ประวัติผู้เขียน.....	147



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แสดงรายละเอียดวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล.....	58
ตารางที่ 2	แสดงค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคของแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	65
ตารางที่ 3	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบปีเรื้อรัง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส และการรักษาที่ได้รับ (n=132) .....	70
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส การรักษาที่ได้รับ (n= 132) .....	71
ตารางที่ 5	แสดงข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132) เรียงลำดับ จากมากไปน้อย .....	73
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การมีอาการเป็นรายด้านของผู้ป่วย ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n=132) .....	74
ตารางที่ 7	แสดงข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการตนเอง ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132).....	75
ตารางที่ 8	แสดงข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132) .....	76
ตารางที่ 9	แสดงข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132) .....	76
ตารางที่ 10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างเพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการ ตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับ อักเสบบีเรื้อรัง (n = 132).....	77
ตารางที่ 11	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การมีอาการรายข้อ และรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n=132) .....	145

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเป็นปัญหาในระบบสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ในปี 2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง 257 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับ 887,000 ราย(WHO, 2020) และมีแนวโน้มว่าจะพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมาจากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแถบแปซิฟิกตะวันตก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Leroi et al. (2016) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในกลุ่มประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.1 ในปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในประเทศไทยสูงถึง 3 ล้านคน(สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในปี พ.ศ. 2558 สำนักกระบวนวิทยามีรายงานผู้ป่วยโรคตับอักเสบรวม 10,519 ราย (ศรินยา พงศ์พันธุ์, 2558) พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 6,353 ราย (ร้อยละ 60.39) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2561 สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561) มีรายงานว่าอัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในภาคกลาง 4.91 ต่อแสนประชากร โดยพบมากในกลุ่มอายุ 45-54 ปี, 35-44 ปี และ 25-34ปี ตามลำดับ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางการตรวจคัดกรองและให้วัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกับเด็กแรกเกิดทุกรายทั่วประเทศตั้งแต่ ปี พ.ศ.2535 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้นผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 จะยังไม่ได้รับวัคซีนครบทุกราย ซึ่งหากนับช่วงอายุแล้วจะพบว่าผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 จะมีอายุตั้งแต่ 28 ปีขึ้นไป ที่ยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากสาเหตุต่างๆ ได้ เช่น จากแม่สู่ลูก หรือจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งผู้ป่วยโดยตรง เป็นต้น แม้การดำเนินงานด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีแต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกรายใหม่อยู่เสมอ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการตรวจคัดกรองดังกล่าวยังขาดการรวบรวมข้อมูลและขาดการเชื่อมโยงไปยังระบบรักษา และสถานพยาบาลในต่างจังหวัดไม่สามารถหา HBIG (hepatitis B immunoglobulin) มาให้แก่เด็กทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะซึ่งพบว่าในกรุงเทพมหานครฯ มีข้อมูลการติดเชื้อประมาณ 7-8 แสนราย (กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังแม้ว่าจะรักษาให้หายขาดได้น้อย แต่การรักษาสามารถควบคุมให้โรคสงบและป้องกันการแพร่เชื้อซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยการไม่ใช้ยาและการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อลดการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส ลดการอักเสบของตับ ซึ่งจำเป็นต้องรับยาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ(AASLD, 2018) สำหรับการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2558 ได้แก่ ตรวจเลือดประเมินดูภาวะของโรค ได้แก่ HBeAg, HBeAb และ HBV DNA ตรวจติดตามการทำงานของตับโดยวัดระดับซีรัม alanine aminotransferase (ALT) อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน และตรวจประเมินระยะของโรคตับเบื้องต้นด้วยการตรวจทางรังสีวิทยา และ/หรือ วิธีอื่น เช่น อัลตราซาวนด์หรือตรวจวัดความยืดหยุ่นของตับ (liver stiffness) ด้วยเครื่อง transient elastography/Fibroscan เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาควรได้รับการตรวจติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของตับเป็นระยะทุก 3-6 เดือน(สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังก่อนให้การรักษาควรได้รับการประเมินและแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โรคพื้นฐาน ข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการใช้ยา การปฏิบัติตัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาและแนวทางการติดตามระยะยาว สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในพื้นที่ต่างจังหวัด พบว่า การเข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุมดังที่กล่าวมานั้นเป็นเรื่องที่ยากกว่าพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษที่ต้องใช้เวลาในการรอผล จึงมีการส่งตัวผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า ดังนั้นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลในทุกๆด้าน ย่อมเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้ป่วย

ปัญหาด้านสุขภาพที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตนั้นเนื่องมาจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ตับตลอดเวลา(Immune Clearance Phase) ทำให้มีการอักเสบของเนื้อตับมากและมีค่าการทำงานของตับสูงขึ้น(Leerapun, 2018) อาจไม่มีอาการหรือมีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดท้องส่วนบนหรือบริเวณชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ทำให้ตับเกิดความเสียหายและถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะพบอาการของตับอักเสบบีที่รุนแรงขึ้น เช่น มีไข้ ปวดข้อ ผื่น ปวดท้องมาก มีอาการตีขาน ปัสสาวะสีเข้ม และตัวตาเหลือง(สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2559) ร้อยละ 15-40 ของผู้ติดเชื้อ จะมีการพัฒนาของโรคที่รุนแรงขึ้น และเกิดการอักเสบซ้ำของตับ (Lok & McMahon, 2009) หากการอักเสบของตับเกิดขึ้นอีกจะส่งผลให้เนื้อตับถูกทำลายมากเกิดเป็นพังผืดหรือก้อนแข็ง ทำให้ตับ สูญเสียการทำงานที่ไม่สามารถกำจัดสารพิษได้ มีสารพิษคั่งค้าง ส่งผลให้มีอาการทางระบบประสาท(Hepatic Encephalopathy) และพัฒนาเป็นโรคตับแข็งถึงร้อยละ 30 มะเร็งตับถึงร้อยละ 45 ซึ่งมีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ถึงร้อยละ 30 ภายใน 5 ปี (Liang, 2009)

ผลกระทบของโรคและการรักษาในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สุขสบายจากอาการอ่อนเพลีย ปวดชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ มีผื่น ปวดบวมตามข้อ ปากแห้ง รับประทานผิดปกติ การนอนหลับผิดปกติ มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาท เป็นต้น (Fontana, 2009) และหากได้รับยาต้านไวรัสการได้รับยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดภาวะดี้อยาเมื่อใช้ยาเป็นเวลานานและมีภาวะไตเสื่อม (Apinya Leerapun, 2018) ด้านเศรษฐกิจคือมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (Kayaaslan & Guner, 2017) ด้านจิตใจและสังคมพบว่าร้อยละ 31 ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลง เพื่อนแสดงท่าทีที่ไม่ยอมรับ (Hasanpour-Dehkordi, Mohammadi, & Nikbakht-Nasrabadi, 2016)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Wilson and Cleary, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังจำนวน 14 ฉบับ จำนวน 7 ฉบับพบผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (Bao et al., 2007; Karaivazoglou et al., 2010; Lam et al., 2009; Levy et al., 2008; Tan, Cheah, Teo, & Yang, 2008; Taşbakan et al., 2010; Zhuang et al., 2014) ดังนี้ ด้านร่างกาย อาการและสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าความสามารถในการทำงานลดลง เนื่องจากการมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ด้านจิตใจไม่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค และการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน และด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมพบว่า ถูกแบ่งแยกจากครอบครัวและในที่ทำงาน ขาดความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน รู้สึกเป็นตราบาป ถูกปฏิเสธเข้ารับทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต ไม่ดูแลสุขภาพและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Ezbarami, Hassani, Tafreshi, & Majd, 2017)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ดังรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Lam et al. (2009) พบว่าเพศหญิง มีคุณภาพด้านสุขภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

ประสบการณ์การมีอาการเป็นอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันทั้งความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต โดยอาการที่พบบ่อยคืออาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 90 อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 79 และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 78 ตามลำดับ อาการที่รุนแรงและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงของผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาการ

อ่อนเพลีย/ขาดพลังงาน และอาการปวดกล้ามเนื้อ/ข้อ มีความรุนแรงและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง (Hann et al., 2008; Sharpe & Wilks, 2002) ซึ่งเหล่านี้เป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gutteling et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยล้า ปวดท้องส่วนบนขวา เบื่ออาหาร ปวดข้อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง

การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตาม ฝ้าระวัง และจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วย จัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการ ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายอย่างเพื่อควบคุมการดำเนินของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น จากการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การจัดการตนเองที่ดีทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และจากการศึกษาของวรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ความวิตกกังวล เป็นอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีต่อความผิดปกติของจิตใจต่อการหวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล อันตรายต่างๆ และความผิดปกติในร่างกาย เช่น เมื่อเกิดโรคเรื้อรัง เป็นต้น ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุข หากมีระดับรุนแรงมีผลทำให้บุคคลอาจจะปรับตัวไม่ได้ มีการรับรู้ผิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาของ Mohamed et al. (2012) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน การถูกปฏิเสธเข้าทำงาน และผลกระทบจากการดำเนินของโรค (Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) และจากการศึกษาของ Ben, Puwarawuttipanit, and Thosingha (2017) พบว่า ความวิตกกังวลมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังลดลง

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีต่อความผิดปกติของจิตใจ นำไปสู่ความเปราะบางด้านร่างกายและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายน้อยลง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม มีความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เกิดอาการของโรคกำเริบมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตในเชิงลบ จากการศึกษาของ Ben et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไวรัสตับ

อีกเสบปีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม พบว่าภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้ามี่ผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีลดลง

การให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ในปัจจุบันพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการคัดกรองผู้ที่มีเชื้อ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความรู้ แนะนำอาการของโรคตับอักเสบบีจากไวรัสตับอักเสบบี ผลกระทบความรุนแรงของโรค แนะนำวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านการรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนัก การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาต้านไวรัส การใช้ยาสมุนไพร ผลข้างเคียงจากยา เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการมารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตใจกับผู้ป่วยเมื่อมีภาวะซึมเศร้า (Ezbarami et al., 2017; Wang, Wang, Zhang, Xu, & Shao, 2017) โดยทั้งหมดมาจากการประเมินประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาระยะของโรค รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ (Kathryn Oakes, 2014) อย่างไรก็ตามการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจึงมีความสำคัญ เพื่อนำสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงทำให้เห็นถึงช่องว่างของการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Gap of knowledge) ที่จะเป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่งในต่างประเทศพบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบเพียงการศึกษา ความชุกของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในพื้นที่ต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ในกลุ่มผู้ป่วยนี้ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมการพยาบาลในการลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเป็นอย่างไรและอยู่ในระดับใด
2. เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(Health-Related Quality of life)ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของWilson and Cleary (1995) ซึ่งมองว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ความพึงพอใจด้านสุขภาพของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล(Characteristics of the individual) คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม(Characteristics of the Environment) คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆรวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา(Biological and Physiological Variables) คือ การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการในร่างกายมนุษย์ ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านสภาวะอาการ (Symptom Status) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่(Functional Status) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรืองานให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิดและบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีผลในการบ่งชี้การทำหน้าที่ และ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม(General Health Perception) คือ การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์ และการประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยต่างๆ เช่น กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ โดยปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้นำกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) มาเป็นแนวทางในการคิดสรรปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ 2) ปัจจัยด้านสภาวะอาการ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยการจัดการตนเอง มาจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่นำมาศึกษามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Wilson & Cleary, 1995) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง เป็นตัวกำหนดบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ ซึ่งเพศที่แตกต่างกันมีความใส่ใจสุขภาพต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน จากการศึกษาของ Lam et al. (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในจีนตอนใต้พบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ Karacaer et al. (2016) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศตุรกี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ( $p < .05$ ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าเพศที่แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และคาดว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ประสบการณ์การมีอาการ มาจากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ด้านสภาวะอาการ เป็นการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่ง และต้องผ่านการรู้คิด (Dodd et al., 2001) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันทั้งความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ Gutteling et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังมักมีประสบการณ์กับอาการเหนื่อยล้า ปวดท้องส่วนบนขวา เบื่ออาหาร ปวดข้อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ( $p < .01$ ) ให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง

การจัดการตนเอง มาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย หากมีความเจ็บป่วยขึ้นก็ต้องมีการจัดการการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการ ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ เพื่อให้ความเจ็บป่วยและผลกระทบจำภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมเกิดผลกระทบน้อยที่สุด ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายอย่างเพื่อควบคุมการดำเนินของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น



ดังนั้นผู้ป่วยจะมีความสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเองและจัดการตนเอง ควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .53$ ) การจัดการตนเองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจในบทบาทการเจ็บป่วยของตนเอง ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจัดการตนเองตลอดชีวิต ต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรการจัดการตนเอง และคาดว่า การจัดการตนเองจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ความวิตกกังวล เป็นอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นคง ปลอดภัย หวาดหวั่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ หวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จากอันตรายต่างๆ และความผิดปกติในร่างกาย เช่น เมื่อเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับความรู้ ความต้องการ อัตมโนทัศน์ ความรู้ ทักษะและบุคลิกของแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดจากการถูกคุกคามด้านสุขภาพ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกอิสระในการดำรงชีวิต (Keltner, Schwecke, & Bostrom, 1995) จากการศึกษาของ Ben et al. (2017) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม ( $r = -.55, p < .01$ ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า มาจากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ด้านสภาวะอาการ เป็นอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและสรีรวิทยา นำไปสู่ความเป็ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายน้อยลง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม มีความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เกิดอาการของโรคกำเริบมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตในเชิงลบ จากการศึกษาของ Ben et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ( $r = -.683$ ) และจากการศึกษาของ (Karavazoglou et al., 2010) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดย

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ( $r = -.56$ ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
2. ประสบการณ์การมีอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
3. การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic hepatitis B) ตรวจพบเชื้อHepatitis B surface antigen (HBsAg) มีผลบวก มาตั้งแต่ 6 เดือนหรือนานมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกระบบทางเดินอาหารและตับในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทย โดยวัชร เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2546) ประกอบด้วย 8 มิติ ดังนี้

1) มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน

2) มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical health) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อข้อจำกัดด้านร่างกายหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

3) มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily Pain) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อความเจ็บปวดของร่างกาย อาการต่างๆ

4) มิติสุขภาพทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีกิจกรรมพักผ่อน

5) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน

6) มิติด้านพลังในร่างกาย (Validity) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อความมีพลัง/ความกระฉับกระเฉง

7) มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อบทบาทที่ถูกจำกัดทางจิตใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

8) มิติด้านสุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะอารมณ์ ความผาสุกของจิตใจและสุขภาพจิตโดยรวม

**เพศ** หมายถึง สถานภาพที่แสดงความเป็นชายหรือหญิงของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

**ประสบการณ์การมีอาการ** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่รับรู้เป็นความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ถึงความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดไปจากเดิมโดยประเมินและตัดสินจากความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินได้จากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portenoy et al. (1994) และถูกนำมาดัดแปลงโดย ปิยะณัฐ อมรชิวานันท์, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, วิชชุดา เจริญกิจการ, and ทวีศักดิ์ แทนวันดี (2558)

**การจัดการตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในการกระทำต่อตนเอง เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดการอาการและการติดตามอาการ 2) การจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย 3) การเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย 4) การจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการควบคุมโรค ประเมินได้จากแบบประเมินการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยแปลมาจาก แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง chronic hepatitis B self-management scale ของ Kong, Zhu, He, Wang, and Guo (2018)

**ความวิตกกังวล** หมายถึง อาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีต่อความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย หวาดหวั่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ หวั่นเกรงอันตรายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ประเมินความวิตกกังวลโดยแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983)

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีต่อความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ประเมินความวิตกกังวลโดยแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983)

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแล ให้คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำเสนอสรุปสาระสำคัญเป็นลำดับ ได้ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 1.3 ระยะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
  - 1.5 สาเหตุ ปัจจัยการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อและการดำเนินโรคไวรัสตับอักเสบบี
  - 1.6 การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง
  - 1.7 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
  - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดพื้นฐานของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง

### 1.1 ความหมายของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

WHO (2018) ได้ให้ความหมายของไวรัสตับอักเสบบีไว้ดังนี้ ไวรัสตับอักเสบบี คือ ไวรัสตับอักเสบบีชนิดหนึ่ง เป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี (HBV) มีการทำลายตับและอาจทำให้เกิดทั้งโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคตับอักเสบบีที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

Liang (2009) ให้ความหมายไว้ว่า ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) เป็น ไวรัส DNA ขนาดเล็กที่ทำให้เกิดตับอักเสบ นำไปสู่โรคตับในวงกว้างตั้งแต่เฉียบพลัน (รวมถึงตับวายเฉียบพลัน) ถึงตับอักเสบบีเรื้อรัง โรคตับแข็งและมะเร็งตับ

อาทิตย์ วงศ์แสนสุข (2551) ได้ให้ความหมายของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังไว้ว่า Chronic hepatitis B infection คือ ระยะเวลาที่ร่างกายเริ่มติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าไป แล้วไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ ทำให้ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเลือด โดยมีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปตั้งแต่ได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกาย

ขจรศักดิ์ มีมงคลกุลดิลก (2544) กล่าวถึงไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังไว้ว่า เป็นผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันที่มีอาการและตรวจสมรรถภาพตับผิดปกติอยู่นานเกิน 6 เดือน

ดังนั้น ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จึงหมายถึง ผู้ที่ตรวจพบเชื้อ Hepatitis B surface antigen (HBsAg) มีผลบวก มาตั้งแต่ 6 เดือนหรือนานมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป

### 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

WHO (2017) มีรายงานว่า เชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีการแพร่หลายมากขึ้นภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคยุโรป มีผู้ติดเชื้อประมาณ 2.0% และ 1.6 % ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นอันดับสองของโลก ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งในภูมิภาคของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สีดา สอนศรี และคณะ, 2559) จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในชุมชนตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่า และอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 35-44 ปี (ไพศาล ธัญญาวินิชกุล et al., 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Leroi et al. (2016) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในกลุ่มประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.1 และพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่าไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในปี 2015 สูงถึง 3 ล้านคน และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจะกลายเป็นตับอักเสบบีเรื้อรังโดยไม่หายจากโรค และจากการศึกษาของ Woo et al., (2012) พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย 70.5% การกำเริบของโรคมักเกิดในเพศชาย อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการพบภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ ผู้ป่วยบางรายมีอาการ

รุนแรงระหว่างที่มีการกำเริบของโรค เกิดภาวะตับวาย การทำงานของตับล้มเหลว ซึ่งอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนตับ (วรรณญา กิจคุณาเสถียร, 2547)

### 1.3 ระยะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถเกิดขึ้นได้หลายวิธี เมื่อเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบในทันที ซึ่งระยะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Leerapun, 2018; Croagh & Lubel, 2014)

ระยะที่ 1 : ภาวะไม่ตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน(Immune Tolerance) พบในระยะแรกๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดเชื้อตั้งแต่แรกคลอด ช่วงอายุน้อยๆ 10-15 ปีแรกของชีวิต การตรวจเลือดจะพบเชื้อไวรัส(HBV DNA) จำนวนมาก ผลเลือด HBeAg เป็นบวก แต่มีค่าเอนไซม์ตับ(ALT) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เพราะภูมิคุ้มกันหรือเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยยังตรวจไม่พบว่ามีเชื้อแปลกปลอมแฝงอยู่ในตับของผู้ป่วย ซึ่งแสดงว่ายังไม่มีการอักเสบ และหากตรวจพยาธิวิทยาของตับก็มักไม่พบการอักเสบของตับ

ระยะที่ 2 : ภาวะระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ตับ(Immune Clearance Phase) ระยะนี้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเริ่มตรวจพบว่ามีไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในตับ จึงพยายามกำจัดหรือควบคุมไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในเซลล์ตับ การทำลายไวรัสตับอักเสบบี เม็ดเลือดขาวจะต้องทำลายเซลล์ตับของผู้ป่วยด้วย ทำให้มีการตายของเซลล์ตับเกิดภาวะตับอักเสบบี เม็ดเลือดขาวจะต้องทำลายเซลล์ตับของผู้ป่วยด้วย ทำให้มีการตายของเซลล์ตับเกิดภาวะตับอักเสบบี จะตรวจเลือดพบผล HBeAg เป็นบวก มีค่า ALT สูงขึ้น ซึ่งแสดงว่ามีการอักเสบของตับ อาจพบว่ามีระดับ ALT สูงขึ้น 2-5 เท่า มีค่า HBV DNA ลดลง จากภูมิคุ้มกันในร่างกายเริ่มกำจัดเชื้อไวรัสที่มีในเซลล์ตับ หากการอักเสบเกิดนานๆ มีการตายของเซลล์ตับมากๆ จะกลายเป็นพังผืดเมื่อเข้าสู่ระยะสงบ ตับอาจกลายเป็นตับแข็งเพราะผ่านการอักเสบและมีพังผืดมานาน

ระยะที่ 3 : เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้หมด ยังมีเชื้อหลงเหลืออยู่ในปริมาณไม่มาก(Immune Control) การเปลี่ยนเข้าสู่ระยะนี้อันเป็นผลมาจากระยะภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ตับ (ระยะที่ 2) ระยะนี้ผลเลือดจะมี HBV DNA อยู่ในระดับต่ำ (<2000 IU / mL) หรือตรวจจับไม่ได้ ผล HBeAg จะเป็นลบและมีค่า anti HBe เป็นบวก ค่า ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ และตรวจไม่พบการอักเสบในตับหรือเรียกว่าโรคอยู่ในระยะสงบ (Inactive carrier)

ระยะที่ 4 : ในระยะสงบ(Immune Escape) ผู้ป่วยร้อยละ 20-30 อาจมีการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีขึ้นมาอีก(re-activation phase) ทำให้เกิดการอักเสบของตับขึ้นในขณะที่มีผลเลือด HBeAg เป็นลบและ anti HBe เป็นบวก จะมีระดับ HBV DNA และ ALT ที่ผันผวนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพังผืดในตับอย่างรุนแรง มีระดับALTสูงเป็นระยะ พร้อมกับมีการปรับสภาพ

ให้เป็นปกติ ซึ่งอาจทำให้แยกความแตกต่างระหว่างระยะดับอักเสบและระยะสงบได้ยาก ดังนั้นการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็น(Feld et al., 2016)

ซึ่งใน 4 ระยะดังกล่าวนี้ ตั้งแต่ระยะที่ 2 เป็นต้นไปเป็นระยะที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ดับตลอดเวลา(Immune Clearance Phase) ทำให้มีการอักเสบของเนื้อตับมากและมีค่าALT สูงขึ้นซึ่งอาจไม่มีอาการหรือมีอาการก็ได้ ซึ่งระยะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการแสดงของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

#### 1.4 อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการหลายอย่าง ขึ้นกับระยะของการติดเชื้อ และการดำเนินของโรค ลักษณะอาการจะค่อยๆเริ่มแสดงอาการทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นตามลำดับ อาจมีหลายอาการร่วมกันได้ ซึ่งการติดเชื้อในผู้ใหญ่จะแสดงอาการรุนแรงกว่า (Di Marco et al., 1999) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปและแบ่งระยะต่างๆของอาการได้ดังนี้

##### 1.4.1 ระยะที่ไม่แสดงอาการ

ระยะที่ไม่แสดงอาการ เป็นระยะที่เกิดขึ้นเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกหรือระยะที่ผ่านพ้นภาวะเฉียบพลัน มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90-95 ร่างกายจะสามารถกำจัดเชื้อไปได้ ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปได้ ในกลุ่มนี้จะไม่มีอาการ แต่จะเป็นพาหะที่สามารถแพร่เชื้อได้

##### 1.4.2 ระยะแสดงอาการ

เป็นระยะที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ดับ (immune clearance phase) ซึ่งขณะที่มีค่าการทำงานของตับเพิ่มขึ้นอาจพบระดับสูงถึง 50 เท่า ของค่าปกติ (วรัญญา กิจคุณาเสถียร, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถจำแนกระยะต่างๆของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีอาการได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเหลือง ระยะเหลือง และระยะหายป่วยหรือระยะฟื้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ คือ (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2559; อาทิตย์ วงศ์แสนสุข, 2551)

##### 1.4.2.1 ระยะก่อนเหลือง (Prodromal Phase หรือ Pre-icteric Phase)

คือ ระยะตั้งแต่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ก่อนเหลือง มักมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตามข้อต่างๆ(Polyarthritits) มีผื่นขึ้นลักษณะแบบผื่นลมพิษ(Urticarial Rash) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน มีไข้ต่ำๆ บางรายอาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บที่ชายโครงด้านขวา ตรวจร่างกายอาจพบต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต



#### 1.4.2.2 ระยะเหลือง (Icteric Phase)

พบได้ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย อาการของโรคอาจรุนแรงมากขึ้น ในกรณีที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นร่วมด้วย หรือมีความผิดปกติของการทำงานของตับอยู่ก่อนแล้ว (Liaw et al., 1998) ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) จุกแน่นท้อง ปัสสาวะสีเข้ม มีการเปลี่ยนแปลงสีของอุจจาระ(อุจจาระสีซีด) และตับหรือม้ามโต (Shepard, Simard, Finelli, Fiore, & Bell, 2006)

#### 1.4.2.3 ระยะหายป่วยหรือระยะฟื้น (Convalescent Phase)

ระยะนี้จะพบว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น เหลืองลดลง การทำงานของตับปกติ แม้การทำงานของตับเป็นปกติแต่จะเปลี่ยนเป็นการติดเชื้อชนิดเรื้อรัง (อาทิตย์ วงศ์แสนสุข, 2551) ซึ่งอาจมีตับแข็ง ตับวายในอนาคต หรือเกิดมะเร็งตับได้

### 1.5 สาเหตุ ปัจจัยการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อและการดำเนินโรคไวรัสตับอักเสบบี

WHO, (2017) อธิบายถึงการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีว่า สามารถแพร่กระจายไปตามเลือดและของเหลวในร่างกายที่ติดเชื้อในช่องปากหรือจากเยื่อเมือกรวมทั้งผ่านทางน้ำลายน้ำมูกและช่องคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและคนรักเพศตรงข้าม มีคู่นอนหลายคนหรือมีการติดต่อกับคนขายบริการทางเพศ การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาซ้ำในหมู่ผู้ฉีดยาเสพติด นอกจากนี้การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างขั้นตอนทางการแพทย์ การผ่าตัดและทันตกรรม การสัก หรือการใช้มีดโกนและสิ่งของที่คล้ายคลึงกันที่ปนเปื้อนเลือดที่ติดเชื้อ สามารถแบ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแพร่กระจายเชื้อ ได้ดังนี้ (Hilleman, 2003; ชาตวิฑูมิ จำจด, 2548)

#### 1.5.1 การแพร่ระบาดของโรคตับอักเสบบีทางตรง (Vertical Transmission)

เป็นการแพร่กระจายที่สำคัญ ได้แก่ การส่งผ่านเชื้อไวรัสด้วยการให้เลือดที่ปนเปื้อน การสัมผัสส่วนประกอบของเลือดที่ปนเปื้อน การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มเสพยาเสพติด การรับผลิตภัณฑ์เลือด การฉีดยา การสักหรือการฝังเข็ม การสัมผัสสารคัดหลั่งหรือเลือดของผู้ป่วยผ่านทางผิวหนังที่มีแผล ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล เป็นต้น รวมถึงการติดต่อไวรัสตับอักเสบบีจากมารดาสู่ทารก ซึ่งเกิดจากการที่หญิงมีครรภ์ทั้งในผู้ที่ติดเชื้อเฉียบพลัน และเป็นพาหะสามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปยังทารกโดยทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นพาหะของโรคและตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี(HbsAg positive) โดยไม่ได้รับการรักษาเมื่อแรกเกิดจะมีการติดเชื้อได้สูงถึงร้อยละ 80-90 ซึ่งทารกเหล่านั้นจะกลายเป็นพาหะของโรค เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง และเสียชีวิตด้วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังและมะเร็งตับเมื่ออายุมากขึ้น(จันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2556)

### 1.5.2 การแพร่ระบาดของโรคตับอักเสบบีทางอ้อม (Horizontal transmission)

เกิดจากการที่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถอยู่บนพื้นผิวของภาชนะหรืออุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเป็นระยะเวลากว่า 7 วัน โดยยังไม่สูญเสียความสามารถในการแพร่เชื้อ อุปกรณ์เหล่านั้น เช่น บนพื้นผิวของโต๊ะ ไบโอมิตโกน ภาชนะเลือด เป็นต้น (WHO, 2009) และสามารถพบได้ในการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายยางที่ใช้ล้างไต หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ฝังเข็ม (Hilleman, 2003)

### 1.5.3 การดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

เมื่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าไปในร่างกายแล้วก็จะเกิดการต่อต้านด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทำให้มีการอักเสบของตับเกิดขึ้น หลังจากนั้นจะเกิดรอยแผลหรือพังผืดที่ตับจากการที่เซลล์เม็ดเลือดขาวในตับพยายามกัดกินหรือกำจัดเชื้อ เมื่อเกิดขึ้นสะสมกันทำให้เกิดตับแข็งและกลายเป็นมะเร็งตับในระยะต่อมา ซึ่งการดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังนั้น มักขึ้นกับปัจจัยทั้งของผู้ป่วยและของเชื้อไวรัสเอง เช่น ในผู้ป่วยที่มีการแบ่งตัวของไวรัสมาก จะตรวจพบ HBeAg positive และนอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสสูง (High viral load) ก็จะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามักจะก่อให้เกิดการอักเสบอย่างรุนแรงและทำลายเซลล์ตับอย่างมากตามมาได้ (อาทิตย์ วงศ์แสนสุข, 2551) การดำเนินโรคของภาวะตับอักเสบบีเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบี ขึ้นอยู่กับปริมาณการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส และการตอบสนองจากภูมิคุ้มกันต้านทานของผู้ป่วย (Hoofnagle et al., 1981) ปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลกับการดำเนินโรค ได้แก่ เพศ การดื่มแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่า การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกมีโอกาสติดเชื้อสูงที่สุด รองลงมาคือการติดเชื้อทางตรงโดยการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและบุคคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดเป็นพาหะของโรคและมีตับอักเสบบีเรื้อรังนำไปสู่การเกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับเมื่ออายุมากขึ้น

## 1.6 การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ระยะเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคตับที่รุนแรง ได้แก่ การเกิดตับแข็งและมะเร็งตับ โดยการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย การรักษาโรคตับอักเสบบีเรื้อรังแนะนำให้รักษาในระยะ Immune clearance หรือช่วงที่มีการอักเสบของตับ เพราะจะเป็นช่วงที่มีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุดและคุ้มค่าต่อการรักษาที่สุด ส่วนในระยะ Immune tolerance ยังไม่แนะนำให้รักษาในทันที (Leerapun, 2018) โดยการรักษาสามารถแบ่งการรักษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การรักษาโดยการให้ยา และการรักษาโดยการไม่ใช้ยา ดังต่อไปนี้

### 1.6.1 การรักษาโดยใช้ยา

การรักษาด้วยยามีทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบฉีดและยาต้านไวรัสแบบรับประทาน(วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ, 2551)

1.6.1.1 ยาต้านไวรัสแบบฉีด ได้แก่ conventional interferon alpha, pegylated interferon alpha และ thymosin alpha โดยจะเริ่มพิจารณาใช้ยากลุ่มนี้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีระดับซีรัมALTมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยตับแข็งที่เป็นมากแล้ว

1.6.1.2 ยาต้านไวรัสโดยวิธีรับประทาน ได้แก่ lamivudine, adefovir dipivoxil, entecavir, telbivudine และ clevudine

ควรหยุดยาเมื่อตรวจพบ HBeAgเป็นลบและHBeAbเป็นบวก ร่วมกับตรวจไม่พบHBV DNA ในเลือด, ผู้ป่วยที่ตรวจพบ HBeAg เป็นลบก่อนเริ่มการรักษา ให้รับประทานยาจนตรวจไม่พบHBsAg ภายหลังหยุดการรักษาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยควรตรวจติดตามต่อเนื่องทุก3-6เดือนหากพบการกลับเป็นซ้ำ(HBV reactivation) ภายหลังหยุดยาให้รักษาด้วยยารับประทาน

### 1.6.2 การรักษาโดยการไม่ใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ เพื่อลดอัตราการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ดังต่อไปนี้ (EASL, 2017; Kathryn Oakes, 2014; NICE, 2013)

1.6.2.1 การแนะนำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและสังเกตอาการของตนเอง เช่น ตัวตเหลืองมากขึ้น ท้องโต เลือดออกง่าย ปวดใต้ชายโครง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการที่เซลล์ตับถูกทำลายเป็นจำนวนมากและมีการอักเสบ

1.6.2.2 ส่งเสริมให้หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด หลีกเลี่ยงอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อรา Alpha toxin เช่น ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ข้าวสารที่เก็บไว้นานจนเกิดเชื้อรา พริกป่น เป็นต้น รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ไม่รับประทานอาหารไขมันสูงหรือปิ้งย่าง งดอาหารสุกๆดิบๆ เนื่องจากอาจจะมีพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นของการเป็นมะเร็งตับ รวมถึงไม่ควรรับประทานสมุนไพร วิตามินเสริม หรือใช้ยาด้วยตนเอง

1.6.2.3 การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจผลเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยตรวจติดตามประเมินผลเลือดจากห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะของโรค โดยตรวจระดับปริมาณเชื้อไวรัส (HBV DNA) ประเมินค่าการทำงานของตับ (ALT) ค่าการทำงานของไต ค่าความสมบูรณ์ของเลือด ค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าระดับสารบ่งชี้มะเร็งตับ (AFP) และตรวจการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ เช่น HIV , Hepatitis C, Hepatitis D

เป็นต้น ทุก 3-6 เดือน เนื่องจากผลเลือดปริมาณเชื้อไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพื่อประเมินระยะการดำเนินของโรคและพิจารณาการรักษาด้วยการให้ยา

1.6.2.4 ตรวจประเมินระยะโรคตับเบื้องต้นด้วย การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) การตรวจพังผืดในตับหรือ Fibroscan เป็นสิ่งสำคัญเพื่อพิจารณาว่าจะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาจตรวจได้สองวิธี คือ การตรวจชิ้นเนื้อตับ (Liver biopsy) และการตรวจด้วยเครื่องมือที่ใช้ตรวจพังผืดที่ตับ (Fibroscan) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่ล่าสุดในการตรวจหาภาวะพังผืดในเนื้อตับ และตรวจวัดปริมาณไขมันสะสมในตับ

1.6.2.5 ส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสหรือตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีตับแข็งแล้ว(สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558)

### 1.6.3 การเปลี่ยนถ่ายตับ

เป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซ้ำ โดยใช้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสก่อนการเปลี่ยนถ่ายตับและรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลังเปลี่ยนถ่ายตับอย่างต่อเนื่องหรือไม่ใช้ยา HBIG หลังเปลี่ยนถ่ายตับ จะสามารถลดอัตราการติดเชื้อ HBV ลงเหลือน้อยกว่า 10% (AASLD, 2018)

## 1.7 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และผลกระทบด้านอื่น ๆ คือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องเพิ่มจากชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ดังนี้

### 1.7.1 ด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ได้แก่

1.7.1.1 polyarteritis nodosa (Shepard et al., 2006) คือ โรคหลอดเลือดอักเสบ ซึ่งมีการทำลายผนังของหลอดเลือดแดง

1.7.1.2 membranous glomerulonephritis และmembranoproliferative glomerulonephritis(Shepard et al., 2006) คือ กลุ่มอาการทางไต มีอาการแสดงคือ มีอาการบวม มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นว่าปัสสาวะมีฟองมากกว่าปกติ มีระดับซีรั่มอัลบูมินในเลือดต่ำ และมีระดับซีรั่มคอเลสเตอรอลสูง

1.7.1.3 มีอาการอ่อนเพลีย มีอาการไม่สุขสบาย จากการมีไข้ มีผื่น ปวดบวมตามข้อ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง รับรสชาติผิดปกติ การนอนหลับผิดปกติ ไตเสื่อม มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาท เป็นต้น (Fontana, 2009)

1.7.1.4 เกิดภาวะต่อยาเมื่อใช้ยาเป็นเวลานาน รวมถึงราคายาที่มีราคาสูง และมีภาวะไตเสื่อม(Apinya Leerapun, 2018)

1.7.1.5 โรคตับแข็ง (Cirrhosis) จากการมีการอักเสบจนทำให้เกิดพังผืดที่ตับสะสมมากขึ้นและดำเนินไปสู่ภาวะตับแข็ง ซึ่งเป็นโรคตับที่รุนแรง และอาจเกิดการทำลายเนื้อเยื่อของตับทำให้การไหลเวียนเลือดที่ตับไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะตับวายตามมาได้

1.7.1.6 มะเร็งตับ(Hepatocellular Carcinoma) มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 53% การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับ เมื่อมีเชื้อเข้าสู่ตับภูมิคุ้มกันเกิดการทํากิจกรรมตอบสนองต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดการฆ่าเซลล์ที่ติดเชื้อและหลังสารบางชนิด ซึ่งจะก่อให้เกิดการอักเสบและพยายามต้านไวรัสที่เข้าสู่เซลล์โดยการตอบสนองและทํากิจกรรมกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การเกิดการอักเสบแบบเรื้อรังทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับและเกิดแผลเป็น มีการสร้างพังผืดซึ่งอาจเกิดเป็นระยะเวลานานซึ่ง เป็นการนำไปสู่การเป็นโรคตับแข็งโรคไขมันเกาะตับ และกลายเป็นมะเร็งตับได้ในที่สุด (Chisari, Isogawa, & Wieland, 2010)

## 1.7.2 ด้านจิตสังคม

แม้ว่าจะเป็โรคติดเชื้อเรื้อรังซึ่งไม่ค่อยแสดงอาการที่เป็นสาเหตุในการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยตรง แต่มีผลต่อความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สังคมและคนในครอบครัวมีความสำคัญด้านด้านจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่

1.7.2.1 มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลง พบว่าร้อยละ31 ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลง หลีกเลียงการเข้าสังคม จากการขาดการดูแลของบุคคลในครอบครัวและความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อนแสดงท่าทีที่ไม่ยอมรับ(Hasanpour-Dehkordi et al., 2016)

1.7.2.2 วิตกกังวล ผู้ป่วยส่วนมากมีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อนและความวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค(Mohamed et al., 2012)

1.7.2.3 อารมณ์ซึมเศร้า จากการแยกตัวจากสังคมและคนในครอบครัว(Ben et al., 2017)

1.7.2.4 มีความรู้สึกเป็นตราบาบ ผู้ป่วยจะถูกตำหนิหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย จากคนในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับ เช่น การเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม(Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) การถูกปฏิเสธเข้าทำงาน ทำให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังขาดความมั่นใจในการดูแลจัดการตนเอง

## 2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of life) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลการรักษารวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วยซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค เชื่อมโยงกับมิติต่างๆของบุคคล ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา สำหรับผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจะอธิบายเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบ การประเมินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้หลายประการดังนี้

Ware and Sherbourne (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลประกอบด้วย ภาวะอารมณ์ทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ และสุขภาพทางสังคม

Center for Disease Control and Prevention (2018) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหมายถึงการรับรู้สุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมถึงความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและสถานะทางเศรษฐกิจ

Wilson and Cleary (1995) มองว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Guyatt, Feeny, and Patrick (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและยอมรับโดยผู้ป่วยเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม

### 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ สามารถประเมินได้จาก

องค์ประกอบพื้นฐาน มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างแนวทางและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

Padilla and Grant (1985) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical functioning) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การมีกิจกรรมต่างๆ

2) ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychological well-being) เป็นการรับรู้สภาพทางร่างกายโดยทั่วไป เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น การรับรู้สภาพจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในการทานอาหารและการพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความวิตกกังวล

3) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเองประสบอยู่ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา การปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis/treatment) เป็นการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยทางร่างกายและความสามารถในการมีกิจกรรม เป็นต้น

5) ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย (Social concern) เป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคลอื่นในสังคม หรือการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การพึ่งพาทางสังคม การมีส่วนร่วมกับสังคม เป็นต้น

WHOQOL-BREF (1996) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การได้รับข่าวสารและการมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประเมินได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เป็นความพึงพอใจและไม่พึงพอใจที่ส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของบุคคล และประเมินมิติที่สำคัญต่อบุคคล ประกอบด้วย 4 มิติ คือ การทำหน้าที่และสภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จิตวิญญาณ และครอบครัว ดังนี้

1) ด้านสภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and function) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกาย และการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการพึ่งพาผู้อื่น อาการหรือความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ด้วย

2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อสภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความสุข ความมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติต่อตนเองและผู้อื่น

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อสถานภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว การทำงาน อาชีพ สภาวะเศรษฐกิจ การบริหารจัดการรายได้

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ ความห่วงใย การให้คำแนะนำช่วยเหลือ และการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยทั้งกายและจิตใจระหว่างบุคคลในครอบครัว

Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ความพึงพอใจด้านสุขภาพของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุขภาพ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านชีววิทยาและ



ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ การทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการทำหน้าที่

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (Characteristics of the Environment) คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมด้านสังคม มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงานที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological and Physiological Variables) คือ การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการในร่างกายมนุษย์ ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรงและ ทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีพยาธิสภาพของโรคจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเป็นอาการ และอาการแสดงต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านสถานะอาการ (Symptom Status) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรู้สึกของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางกายที่ผ่านมาและข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม

5) ปัจจัยด้านสถานะการทำหน้าที่ (Functional Status) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรืองานให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำหน้าที่และบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ เช่น การติดต่อกับสื่อสารกับผู้นรอบข้าง การติดต่อกับสังคม รวมถึงความพร้อมทางด้านร่างกายหรือความพิการที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีผลในการบ่งชี้การทำหน้าที่

6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General Health Perception) คือ การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์ และการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ จากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา กระบวนการทางกาย อาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย

สรุปได้ว่า แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลายแนวคิด มีองค์ประกอบด้านสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป โดยองค์ประกอบต่างๆเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่ง ซึ่งในแต่ละโรคอาจมีองค์ประกอบอื่นๆที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไว้ระดับอีกเสบปีเรื้อรังทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึง

เลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้นำกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) มาเป็นแนวทางในการคิดสรรปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ 2) ปัจจัยด้านสภาวะอาการ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการจัดการตนเอง มาจากการทบทวนวรรณกรรม

### 2.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเป็นโรคตับเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลทั่วไป และ เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม Short form-36 ผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (Bao et al., 2007; Karaivazoglou et al., 2010; Lam et al., 2009; Levy et al., 2008; Tan et al., 2008; Taşbakan et al., 2010; Zhuang et al., 2014) ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบของโรคและการรักษาที่ได้รับ จากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เป็นรายมิติตามแนวคิดของ Ware and Sherbourn (1992) พบว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

2.3.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านร่างกาย อาการและสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย

ตับมีหน้าที่เป็นเสมือนโรงงานผลิตและสะสมพลังงานต่างๆ โดยเก็บในรูปแบบของน้ำตาล และสร้างสารที่เป็นส่วนประกอบของโปรตีน ทำให้ร่างกายมีพลังงาน สร้างน้ำดีเพื่อช่วยย่อยอาหาร กรองและกำจัดสารพิษ เช่น ยา และ แอลกอฮอล์ เป็นแหล่งสะสมธาตุเหล็ก วิตามินและเกลือแร่ และสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนั้น ส่งผลให้ร่างกายสร้างปฏิกิริยาการตอบสนองต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดการฆ่าเซลล์ที่ติดเชื้อและหลังสารบางชนิด ซึ่งจะก่อให้เกิดการอักเสบและพยายามต้านไวรัสที่เข้าสู่เซลล์ โดยการตอบสนองและทำปฏิกิริยากับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การเกิดการอักเสบแบบเรื้อรังทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับและเกิดแผลเป็น มีการสร้างพังผืดซึ่งอาจเกิดเป็นระยะเวลานานซึ่ง เป็นการนำไปสู่การเป็นโรคตับแข็ง โรคไขมันเกาะตับ หรือกลายเป็นมะเร็งตับได้ในที่สุด และอาจเกิดการทำลายเนื้อเยื่อของตับทำให้การไหลเวียนเลือดที่ตับไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะตับวายตามมาได้ (Chisari et al., 2010) การอักเสบที่ตับและเนื้อเยื่อรอบๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดตามตัว มีไข้ แน่นท้อง ถ่ายเหลวอยู่ 4-15 วัน หลังจากนั้นจะมีตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม โยอาการตัวเหลืองตาเหลืองจะหายไปภายใน 1-4 สัปดาห์ ซึ่งโดยมากมักเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าเกิดขึ้นเมื่อใด ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการรักษา

ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อมีการดำเนินไปของโรคเป็นระยะเวลาานจะส่งผลต่อความกระฉับกระเซง ความมีพลังในการทำงาน ในระยะยาวทำให้ตบเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง สูญเสียการทำงานของตบ เกิดโรคที่รุนแรง เช่น ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ ส่งผลผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ส่งผลกระทบต่อ การเดิน การออกไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังมีผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ฉันรู้สึกเวียน ล้มลงกับพื้น และไม่สามารถรักษาสมดุลได้ ฉันทำงานไม่ถูกต้อง ฉันจะเล่นกีฬาได้อย่างไร”(Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจะทำให้อาการตบอักเสบลดลงหรือหายไป แต่ก็อาจมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสได้เป็นระยะๆ ได้ และหากได้รับยาต้านไวรัสการได้รับยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดภาวะดื้อยาเมื่อใช้ยาเป็นเวลานานและมีภาวะไตเสื่อม(Leerapun, 2018) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน

### 2.3.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยไวรัสตบอักเสบบีเรื้อรังมีปัญหาด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มที่สุขภาพปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) ภาวะจิตใจที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยไวรัสตบอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยส่วนมากมีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อนและความวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค(Diema et al., 2016; Mohamed et al., 2012) มีอารมณ์ซึมเศร้า จากการแยกตัวจากสังคมและคนในครอบครัว(Ben et al., 2017) และมีความรู้สึกเป็นตราบাপ ผู้ป่วยจะถูกตำหนิหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย จากคนในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับ ดังมีผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ฉันเสียความรู้สึกมาก มันค่อนข้างแยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อฉันถูกบอกว่าคุณไม่ควรจับใคร สื่อสารกับใคร มันส่งผลต่อจิตใจของคุณมาก ฉันรู้สึกหดหู่ร่างกายฉันผอมเกินไป ฉันรู้สึกถูกทำร้ายจิตใจเป็นอย่างมาก” (Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไวรัสตบอักเสบบีเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง(Doan Thi Ben, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, & อรพรรณ โตสิงห์, 2017) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตบอักเสบบีเรื้อรังพบว่า ร้อยละ37.5 เคยมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ31.4 มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตบอักเสบบีเรื้อรังยังสัมพันธ์กับความเครียดที่สูงขึ้นของภาวะซึมเศร้า(Vu et al., 2019) และด้านเศรษฐกิจพบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงเพิ่มมากขึ้น (Kayaaslan & Guner, 2017) โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนต่อปีมากถึง 4,552 ดอลลาร์สหรัฐ (Lu et al., 2013) ซึ่งระดับรายได้ที่ลดลง การว่างงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

### 2.3.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านสังคม

สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมลดลง ดังการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลง เพื่อนแสดงท่าทีที่ไม่ยอมรับ ผู้ป่วยจะถูกตำหนิหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย จากคนในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมไม่ยอมรับ เช่น การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือการรักษาทางพันธุกรรม ทำให้ผู้ป่วยไวรัสต์ับอักเสบบีเรื้อรังขาดความมั่นใจในตนเอง ดังมีผู้ป่วยกล่าวว่า “ถ้าฉันไปโรงพยาบาลหรือไปทำฟัน ฉันบอกแพทย์หรือพยาบาลว่าฉันเป็นโรคตับอักเสบบีเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมือป้องกันตัวเองและไม่แพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ ซึ่งแพทย์รับทราบและเข้าใจ แต่ทันทีที่ฉันกลับไปที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบบีพบว่าเราเป็นโรคตับอักเสบบีพวกเขาก็หลีกหนีฉัน”, “เมื่อฉันไปหาหมอฟันและเขากำลังจะถอนฟันของฉัน ฉันกล่าวกับเขาว่าฉันเป็นโรคตับอักเสบบี หมอฟันก็ให้ฉันออกจากที่ทำฟัน”(Hasanpour-Dehkordi et al., 2016)

#### 2.3.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมว่าอยู่ในระดับใด โดยอาศัยประสบการณ์ ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเอง ของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และสรุปออกมาเป็นมุมมองของตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยไวรัสต์ับอักเสบบีที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น จากการศึกษาของ Hasanpour-Dehkordi et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยบางกลุ่มเห็นว่าโรคตับอักเสบบีเรื้อรังส่งผลต่อความพึงพอใจในความต้องการอาหาร การขับถ่าย ความสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน และระหว่างความรู้สึกโดดเดี่ยวและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตลอดจนการป้องกันความเสี่ยงที่คุกคามชีวิต ซึ่งล้วนส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้อาการที่กำเริบเป็นระยะๆ นั้นเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามชีวิตของผู้ป่วยไวรัสต์ับอักเสบบีเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว รู้สึกไม่มีความสุข แยกตัวจากสังคมและคนในครอบครัว (Ben et al., 2017) ดังนั้นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากผลกระทบจากโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

#### 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related quality of life) นิยมใช้วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายมิติ มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ แนวคิด ความคิด และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยทั่วไปแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ 2 ประเภท ได้แก่

- 1) แบบสอบถามทั่วไป (General quality of life Questionnaire)
- 2) แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงกับโรค (Disease Specific instrument) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.4.1 แบบสอบถามทั่วไป (General quality of life Questionnaire)

เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบครอบคลุมคุณลักษณะที่สำคัญทางด้านสุขภาพอย่างกว้างๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา มุ่งเน้นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป และวัดหลายด้านออกแบบมาเพื่อให้ใช้ได้กับทุกกรณี สามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มประชากรหรือบุคคลทั่วไป ทุกโรคที่ระดับความรุนแรงทุกระดับ และสามารถใช้ในคนปกติที่มีสุขภาพดีได้ด้วย คำถามของแบบประเมินนี้จึงมีลักษณะกลางๆ ไม่เจาะลึกแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตและมีมิติต่างๆ และสามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาแต่ละวิธี แต่มีข้อเสียคือไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะเจาะจงหรือเฉพาะโรคนั้นๆ ได้ (Testa & Simonson, 1996) ได้แก่ World Health Organization Quality of life measurement (WHOQOL), The Sickness Impact Profile (SIP), The Short-Form 36 Health Survey (SF-36), The SF-12 (SF-12 v2 Health Survey), The Euroqol Quality of life Scale (EQ-5D) เป็นต้น

2.4.1.1 World Health Organization Quality of life measurement (WHOQOL) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ต่อมาได้มีการพัฒนาเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย โดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กรกุลและคณะ (2540) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางลบ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบวัดนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปัฐยาวัชร ปรากฎผล และคณะ, 2558) และมีผู้นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับ เช่น อาการไม่พึงประสงค์และอิทธิพลของอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง (ปิยะฉวีรัฐ อมรชิวานันท์ et al., 2558) และพบว่าในต่างประเทศมีผู้นำเครื่องมือไปใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี (Keskin, Gümüs, & Orgun, 2013) แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.4.1.2 The Euroqol Quality of life Scale (EQ-5D) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก สามารถใช้ติดตามคุณภาพชีวิตของประชากรหรือผู้ป่วย งานวิจัยทางคลินิก และการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 คำถาม แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหารุนแรง ต่อมาได้มีการพัฒนามีคำตอบให้เลือกมากขึ้นเป็น 5 ระดับ จึงเรียกว่า EQ-

5D-5L และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1)การเคลื่อนไหว 2)การดูแลตนเอง (อาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง) 3)กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) 4)อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว 5)ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ซึ่งคำตอบเรียงตามระดับความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด แล้วนำไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ โดยค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึงเสียชีวิต 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด สภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (มีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และสามารถคำนวณได้จาก <http://www.hitap.net/documents/89762> แบบวัดนี้มีการนำไปใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในต่างประเทศ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง(Ong, Mak, Aung, Li, & Lim, 2008), ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี(Woo et al., 2012), คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและหลังการรักษา(Xue, Cai, Ou, Zheng, & Wu, 2017) ในประเทศไทยพบผู้นำเครื่องมือมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต(วนิดา อารยะเลิศ, ชนกพร จิตปัญญา, & ระพีณ ผลสุข, 2559) แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและในกลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี

2.4.1.3 The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป สร้างขึ้นโดย Ware (1993) สามารถวัดคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม มีทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ ความสามารถการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ทำให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 36ข้อ คำนวณคะแนนโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนัก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในประเทศไทยได้รับการแปลและพัฒนาโดย โดยพบการนำไปใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างหลาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และกลุ่มผู้ป่วยโรคตับ ซึ่งในต่างประเทศพบการนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคตับและกลุ่มผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ โรคตับแข็ง(Pérez San Gregorio et al., 2012) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง(Ong et al., 2008) ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี(Woo et al., 2012) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง

ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและหลังการรักษา(Xue et al., 2017) และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม(Ben et al., 2017) แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการนำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.4.1.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต the SF-12 (SF-12 v2 Health Survey) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาต่อจาก The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) เพื่อให้มีความกระชับในเนื้อหาการประเมินโดยข้อคำถามจำแนกเป็น 8 มิติ เช่นเดียวกัน ข้อคำถามมีความกระชับมากกว่าแต่พบว่าความตรงความเที่ยงของแบบประเมินยังน้อยกว่า SF-36 การคิดค่าคะแนนคิดจากคะแนนรวม จาก 0-100 คะแนน การแปลผลคะแนนมาหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า

2.4.1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต The Nottingham Health Profile (NPH) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์ และระดับการใช้พลังงาน

#### 2.4.2 แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงกับโรค (Disease Specific instrument)

เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อใช้สำหรับประเมินอาการและคุณภาพชีวิตโรคนั้นๆ จะวัดผลกระทบจากโรคหรือสภาวะนั้นๆโดยตรง ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ มีความไวต่อการดำเนินของโรค และสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคหรือเป็นโรคในระยะต่างๆ ทำให้มีความเฉพาะในแต่ละกรณี ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแบบสอบถามมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ผลที่ได้จะชัดเจนและตรงตามความต้องการ ซึ่งข้อเสียที่ตามมาคือ ไม่สามารถนำผลที่ได้จากแบบสอบถามที่ต่างกันมาเปรียบเทียบกันได้ ไม่เหมาะกับการนำไปใช้เปรียบเทียบสภาวะโรคหรือโรคที่แตกต่างกันและอาจจำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรหรือการวิจัยนั้นๆ (Testa & Simonson, 1996) สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีแบบสอบถามเฉพาะโรค ได้แก่ Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ)

2.4.2.1 Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) สร้างโดย Younossi, Guyatt, Kiwi, Boparai, and King (1999) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง ผลเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในระยะยาวภายในบุคคลที่มีโรคตับเรื้อรัง นอกเหนือจากการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตแล้วเครื่องมือนี้ยังได้รับการออกแบบให้เป็นเครื่องมือเฉพาะโรคสำหรับการประเมินการทำหน้าที่ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง มีทั้งหมด 29 ข้อ 6 มิติ ประกอบด้วย 1) มิติอาการบริเวณท้อง (Abdominal Symptoms) 2) มิติอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า(Fatigue) 3) มิติอาการทางระบบทั่วไป(Systemic symptoms) 4) มิติการทำ

กิจกรรม (Activity) 5) มิติสภาวะอารมณ์/ความรู้สึก (Emotional function) และ 6) มิติความวิตกกังวล (Worry) เป็นแบบมาตราส่วน Likert scale ประมาณค่า 7 ระดับ คือ 1 (มีอาการตลอดเวลา) จนถึง 7 (ไม่มีอาการ) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน คะแนนสูงแปลว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางกลับกัน คะแนนที่ต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี แบบประเมินนี้มีค่าความสอดคล้องภายในสูงได้ถูกนำไปใช้และแปลหลายภาษา เช่น กรีก จีน สเปน (Ferrer et al., 2006; Kollia et al., 2010; Lam et al., 2009) และในประเทศไทยได้รับการแปลโดย Sobhonslidsuk, Silpakit, Kongsakon, Satitpornkul, and Sripetch (2004) นำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง โดยมีโรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .96 ความสอดคล้องภายในของแต่ละด้านของเครื่องมือนี้อยู่ระหว่าง .68-.90 และพบการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยตับอักเสบจากไขมันพอกตับ (Chawla et al., 2016)

2.4.2.2 The Liver Disease Symptom Index 2.0 สร้างขึ้นโดย Van Der Plas et al. (2004) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและผลกระทบจากอาการแสดงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 9 ข้อแรกเป็นการประเมินความรุนแรงของอาการดังนี้ อาการคัน ปวดข้อ ปวดบริเวณชายโครงขวา ง่วงซึมในเวลากลางวัน ความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ในครอบครัว ความอยากอาหารลดลง ความซึมเศร้า ความกลัวในภาวะแทรกซ้อนของโรคตับและดีซ่าน แบบประเมิน 9 ข้อหลัง เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างไรบ้าง และ 6 ข้อสุดท้ายถูกพัฒนาขึ้นตอนหลังเพื่อประเมินเกี่ยวกับความจำ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การเงิน การจัดการเวลาในแต่ละวัน ความสนใจทางเพศลดลง ความสนใจในกิจกรรมทางเพศ แบ่งมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 คะแนน (ความรุนแรงน้อย) จนถึง 4 คะแนน (ความรุนแรงมากที่สุด) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคในแต่ละด้านเท่ากับ .73 - .94 ซึ่งเครื่องมือนี้มีความสัมพันธ์และค่อนข้างทับซ้อนกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต SF-36

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ได้รับความนิยมในต่างประเทศคือ The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) และมีผู้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับและไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้งหมด 5 ฉบับ ซึ่งจากการศึกษาแบบประเมินคุณภาพชีวิต CLDQ โดย Liu et al. (2016) พบว่า Cronbach's alpha ของ CLDQ โดยรวมคือ 0.95 แต่ประเมินได้ในเฉพาะอาการของผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังเท่านั้น ไม่ครอบคลุมองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพจิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และจากการศึกษาของ Ben et al. (2017) ได้นำเครื่องมือ SF-36 มาประยุกต์ใช้ในการ



ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม พบว่า มีค่า Cronbach's alpha ของ SF-36 โดยรวมคือ 0.93 และเมื่อนำมาวิเคราะห์เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า แบบประเมิน SF-36 มีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพครอบคลุมและสอดคล้องกับทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) ในด้านมิติการประเมินภาวะสุขภาพที่ตรงกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากสามารถวัดได้ครอบคลุมองค์ประกอบการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ในการทบทวนเลือกปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ความพึงพอใจด้านสุขภาพของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์สุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (Characteristics of the Environment) คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่น ๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3) ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological and Physiological Variables) คือ การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการในร่างกายมนุษย์ ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านสภาวะอาการ (Symptom Status) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรืองานให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิดและบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีผลในการบ่งชี้การทำหน้าที่ และ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General Health Perception) คือ การรับรู้องค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์ และการประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยต่างๆ เช่น กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ โดยปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นเกี่ยวข้องและส่งผลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านสภาวะอาการ ได้แก่

ประสบการณ์การมีอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ การจัดการตนเอง มาจากการทบทวนวรรณกรรม

**3.1 เพศ** หมายถึง สิ่งที่ยังบอกถึงความแตกต่างทางสรีระระหว่างชายและหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผ่านทางอาการ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ จากการศึกษาของ Lam et al. (2009) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวจีนตอนใต้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามาตรฐานของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย ( $p < .05$ ) Karacaer et al. (2016) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยเป็นการศึกษาแบบหลายศูนย์ ในประเทศตุรกี โดยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ( $p < .05$ ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าเพศที่แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และคาดว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

### 3.2 ประสบการณ์การมีอาการ

ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มักเริ่มปรากฏอาการต่างๆ เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นระยะที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเชื้อไวรัสและเซลล์ตับ จากการศึกษาของ Hann et al. (2008) และ Kim, Oh, and Lee (2006) พบว่าประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตใจ อาการทางกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า/หมดพลังงาน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดกล้ามเนื้อ/ข้อ ปวดท้อง ปัสสาวะสีเข้ม ปวดบริเวณตับ อาเจียน การทำงานทางเพศผิดปกติ อูจจาระสีซีด เป็นลม ตาเหลือง ไข้ ตัวเหลือง และอาการอื่นๆ อาการทางจิตใจ ได้แก่ ซึ่งมีความสับสนทางจิตใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อาการเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง

#### 3.2.1 ความหมายของประสบการณ์การมีอาการ

Larson, Carriere-Kohlmann, and Dodd (1994) หมายถึง ประสบการณ์ส่วนตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม การรับรู้ความรู้สึก และการรู้คิด และเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมาน

Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) ให้ความหมายว่า เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้จากประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายที่มีการคุกคามต่อสุขภาพ

Dodd et al. (2001) ให้ความหมายของอาการไว้วา หมายถึง การรับรู้อาการของแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะประเมินผลของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกับร่างกายมีการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ

นงลักษณ์ สรรสม (2552) หมายถึง การรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายเป็นการรับรู้สิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วย

สรุปความหมายของประสบการณ์การมีอาการหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่ามีความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิต

### 3.2.2 องค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ

Lenz et al. (1997) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติความรุนแรง(intensity) 2) มิติเวลา(timing) 3) มิติความทุกข์ทรมาน(distress) และ 4) มิติคุณลักษณะอาการ(quality)

Portenoy et al. (1994) แบ่งประสบการณ์การมีอาการเป็นมิติต่างๆ ได้แก่ 1) มิติการเกิดอาการ (Symptom Occurrence) 2) ความถี่ในการเกิดอาการ (Symptom Frequency) 3) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) 4) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวน (Symptom Distress)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดประสบการณ์การมีอาการของ Portenoy et al. (1994) มาใช้ เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มิติการเกิดอาการ (Symptom Occurrence) 2) ความถี่ในการเกิดอาการ (Symptom Frequency) 3) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) 4) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวน (Symptom Distress)

### 3.2.3 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ

Younossi et al. (1999) สร้างแบบประเมิน Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ อาการบริเวณหน้าท้อง(Abdominal Symptoms) อาการอ่อนล้า(Fatigue) อาการตามระบบ(Systematic symptoms) อาการกังวล(Worry) กิจกรรม(Activity) และการทำหน้าที่ทางอารมณ์(Emotional function) ได้รับการนำมาแปลและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย Sobhonslidsuk et al. (2004) โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรในประเทศไทย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง เช่น ตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง เป็นต้น โดยทดสอบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคโดยรวมเท่ากับ 0.96

Liver Disease Symptom Index 2.0 สร้างขึ้นโดย Van Der Plas et al. (2004) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และผลกระทบจากอาการที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีข้อคำถาม 24 ข้อ 3 มิติ ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของอาการ การประเมินเกี่ยวกับอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการประเมินเกี่ยวกับความจำ การจัดการเวลา ความสนใจทางเพศ เป็นต้น

Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างขึ้นโดย Portenoy และคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินการมีอาการถูกนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคตับ ประกอบด้วย 32 อาการ 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติ การเกิดอาการ (Symptom Occurrence) 2) ความถี่ในการเกิดอาการ (Symptom Frequency) 3) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) 4) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวน (Symptom Distress) มีการนำไปศึกษาอาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคตับ คือ ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง (Houghton-Rahrig et al., 2013) โดยมีค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ .78- .87 และโรคตับแข็ง (ปิยะฉัตร อมรชิวานันท์ et al., 2558) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคโดยรวมเท่ากับ 0.85

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ที่สร้างขึ้นโดย Portenoy และคณะ (Portenoy et al., 1994) เนื่องจากครอบคลุมองค์ประกอบของการมีอาการ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้

### 3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประสบการณ์การมีอาการ ถ่ายทอดมาจากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ด้านสภาวะอาการ เป็นการรับรู้และการตอบสนองต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันทั้งความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต โดยอาการด้านร่างกายที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง จากการศึกษาของ Gutteling et al. (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินอาการเฉพาะของโรคตับ Liver Disease Symptom Index 2.0 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF)-6D ซึ่งมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 พบผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง 1,175 ราย อาการต่างๆสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคมามากที่สุด ( $B = -0.029$ ) และอาการปวดข้อ ( $B = -0.023$ ) อาการซึมเศร้า ( $B = -0.014$ ) อาการปวดในช่องท้องส่วนบนขวา ( $B = -0.014$ ) ความอยากอาหารลดลง/เบื่ออาหาร ( $B = 0.014$ ) และความเหนื่อยล้า ( $B = -0.013$ ) มีความสัมพันธ์

อย่างมากกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งอาการทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ( $p < .01$ ) และจากการศึกษาของ Hann et al. (2008) พบว่าการมีอาหารอ่อนล้า เบื่ออาหาร ปวดกล้ามเนื้อ/ข้อ คลื่นไส้ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังเช่นเดียวกัน

### 3.3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

#### 3.3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

Barlow, Wright, Sheasby, Turner, and Hainsworth (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นการกระทำที่มีหลายมิติของพฤติกรรมอย่างเฉพาะเจาะจง โดยใช้ทักษะและความสามารถของแต่ละบุคคลไปจัดการลดอาการทางกาย ทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วย และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

McGowan (2005) กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับการรักษา ขณะเดียวกันยังหมายถึงการเตรียมบุคคลให้จัดการตนเองด้านสุขภาพทุกวัน ปฏิบัติกิจกรรม ฝึกทักษะ กิจกรรมทางกาย อารมณ์ที่จะกระทบต่อความเจ็บป่วยโดยอาจร่วมกับทีมสุขภาพหรือไม่ก็ได้

Bartholomew, Parcel, Swank, and Czyzewski (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวกระทำหรือแสดงเพื่อลดผลกระทบของการเจ็บป่วย

ดังนั้น การจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง หมายถึง การกระทำพฤติกรรมของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง เพื่อลดอาการทางกาย ทางอารมณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย เพื่อให้มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

#### 3.3.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

Barlow et al. (2002) กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา 2) การจัดการการใช้ยา เช่น ความร่วมมือในการทานยา 3) การจัดการอาการ เช่น จัดการอาการปวด จัดการอาการเหนื่อยล้า 4) การเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น การจัดการความโกรธ การยอมรับการเจ็บป่วย 5) ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การทานอาหาร การพักผ่อน 6) การสนับสนุนทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว 7) การติดต่อสื่อสาร เช่น การพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับระยะของโรค 8) อื่นๆ เช่น การวางแผนการทำงาน/อาชีพ การตัดสินใจ การตั้งเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา เป็นต้น

Kong et al. (2018) กล่าวว่า การจัดการตนเองประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่

1) การจัดการอาการและการติดตามอาการ 2) การจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย 3) การเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย 4) การจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการควบคุมโรค

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการตนเองทำให้บุคคลต้องตั้งเป้าหมาย คิด ตัดสินใจ ปฏิบัติ และประเมินผล ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องกับการดูแลรักษาพยาบาล

### 3.3.3 การประเมินการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีหลายอย่าง ดังนี้

Chronic Disease Self-Management Program Questionnaire Code Book พัฒนาโดย Stanford University (2007) มีการประเมิน 6 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านอาการและอาการแสดง ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านการจัดการตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวัน และด้านจัดการด้านการรักษา

Chronic hepatitis B self-management scale โดย Kong et al. (2018) เป็นแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ Barlow et al. (2002) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) การจัดการอาการและการติดตามอาการ 2) การจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย 3) การเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย 4) การจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการควบคุมโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่วัดการจัดการตนเองโดยตรง มีผู้พัฒนาเพียง 1 ท่าน คือแบบประเมิน Chronic hepatitis B self-management scale โดย Kong et al. (2018) โดยมีการนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคโดยรวมเท่ากับ 0.889

### 3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การจัดการตนเอง มาจากจากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ด้านสภาวะการทำหน้าที่ เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ หากมีความเจ็บป่วยขึ้นก็ต้องมีการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการ ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมเกิดผลกระทบน้อยที่สุด จากการศึกษาของ มลฤดี ชาตรีเวโรจน์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .53$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) ที่พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มี

แผลที่เท้า และจากการศึกษาของZandi, Adib-Hajbagheri, Memarian, Nejhad, and Alavian (2005) พบว่าโปรแกรมการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยตับแข็งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p= 0.001$ ) การจัดการตนเองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจัดการตนเองตลอดชีวิต เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ที่เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคแล้ว จำเป็นต้องมีการดูแลจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตลอดชีวิตเพื่อคงไว้เพื่อภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การจัดการตนเองจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังด้วย

### 3.4 ความวิตกกังวล

#### 3.4.1 ความหมายของความวิตกกังวล

William W Zung (1971) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง การแสดงอารมณ์ ได้แก่ ความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีระดับรุนแรงจะทำให้มีความรู้สึกกลัวจนสุดขีดได้

Spielberger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด เกิดขึ้นเพราะต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ใความแตกต่างกัน ตามการรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ ซึ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัย สิ่งคุกคามนั้น อาจมีจริงหรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้า

Keltner et al. (1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคาม การสูญเสีย อันตรายต่างๆที่เกิดขึ้น การรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ อัตมโนทัศน์ ความรู้ วัย และการสนับสนุน

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี คือการรับรู้ทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการถูกคุกคาม การตกอยู่ในอันตราย ไม่สบายใจและรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย มีความแตกต่างกันตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

#### 3.4.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

Keltner et al. (1995) ได้กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวล จะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งคุกคามบุคคลในหลายๆด้าน ดังนี้ คือ การถูกคุกคามภาวะสุขภาพ การสูญเสียการควบคุมชีวิตตนเอง เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีรวิทยาและประสาทวิทยา ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ประกอบด้วยหลายระดับ ได้แก่ ปรับตัวได้ ปรับตัวไม่ได้ หรือก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ นอกจากนี้ สาเหตุของความวิตกกังวล อาจแบ่งได้ตามสิ่งคุกคามต่อบุคคล 2 ชนิด ดังนี้

- 1) สิ่งคุกคามด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่รบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต มีผลทำให้ความสามารถของบุคคล

ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งคุกคามเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น

2) สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวไม่ทัน ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

### 3.4.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1976) จำแนกความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกโดยแบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิด คือ

1) ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาในลักษณะพฤติกรรมโดยตรง เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้นจะให้เกิดความไม่พึงพอใจในอันตรายได้รวดเร็วกว่าในผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ นอกจากนี้ความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่สูงจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลให้มีความรุนแรง และมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่า

2) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างยิ่งเกิดขึ้นทันทีทันใดขณะนั้น โดยเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากกระตุ้นหรือทำให้เกิดความไม่พอใจหรืออันตราย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ที่สามารถสังเกตเห็นได้ ในช่วงเวลาที่ถูกกระตุ้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

### 3.4.4 ระดับของความวิตกกังวล

สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่ (Keltner et al., 1995)

1) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety Level) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิ มีความจำในการเรียนรู้ กระตุ้นให้เติบโต ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม อาจพบการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมเล็กน้อย เช่น หงุดหงิด รุ่มาตาหุดตัว เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะหายไปอย่างรวดเร็ว โดยสามารถควบคุมจัดการอาการตนเองได้

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety Level) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้ความสามารถในการรับรู้แคบลง บุคคลไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะทำให้การรับรู้ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่พบได้คือ ปวดศีรษะ เสียงสั่น กระวน



กระวายเป็นสัญญาณวิตกกังวล อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลนี้จะก่อให้เกิดการสร้างสรรค์แก่ชีวิตเช่นเดียวกับความวิตกกังวลในระดับต่ำ

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety Level) ความวิตกกังวลนี้ทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบมาก มองสภาพแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง สามารถรับรู้ได้เพียงบางส่วน ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ทั้งหมดได้ อาจมีอาการง่วง สับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นการตอบโต้อัตโนมัติ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล อาจพบการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหง่าย

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic Level) เป็นความวิตกกังวลแบบสุดขีด ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียการรับรู้วันเวลา สถานที่ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดและรับสัมผัสที่ผิดปกติ ทำให้แสดงพฤติกรรมแปลกๆ ที่ไม่เคยทำ เช่น กรีดร้อง ต่อกู้ ทำร้าย แยกตัว นอนไม่หลับ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ถ้าความวิตกกังวลนี้อยู่เป็นเวลานานจะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้า อาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า คิดทำร้ายตนเองและเสียชีวิตได้

#### 3.4.5 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถสรุปได้ 3 วิธี ดังนี้

1) การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การมีเหงื่อออก การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การวัดวิธีนี้ค่อนข้างยาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับการแสดงออกของบุคคลและแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน

2) การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึที่ตนเองรับรู้โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ได้แก่

แบบสอบถามความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Intervention ของ Spielberger ประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) มี 20 ข้อ ข้อความทางบวก 10 ข้อ ข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมจะมีค่าระหว่าง 20-80 คะแนน โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน คิดคะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (มฤตติ ชาติวีโรจน์, 2554)

แบบสอบถามความวิตกกังวล Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung Anxiety Status Inventory เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเอง ในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาตามสภาพความเป็นจริง ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก หรือใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

แบบสอบถามความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเอง มีลักษณะที่มีความยาวเป็นเส้นตรง 10 เซนติเมตร จะมีการกำหนดความวิตกกังวลบนเส้นตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลจนถึงวิตกกังวลมากที่สุด จากซ้ายไปขวา ผู้ถูกประเมินต้องทำเครื่องหมายลงบนมาตราวัดตามความรู้สึกที่มีอยู่ขณะนั้นให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ คะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้มีคะแนนน้อย

แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith (1983) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือเป็นเลขคู่ทั้งหมด การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีคะแนนแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ค่าความเชื่อถือได้พบว่าค่าความสอดคล้องของทั้งสองอาการ มีค่า Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.85

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เนื่องจากมีข้อคำถามที่ไม่มากเกินไป สามารถคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอย่างหลากหลาย

#### 3.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เป็นอาการทางจิตที่ตอบสนองต่อความกลัวซึ่งอาจไม่ทราบสาเหตุ และมักพบว่าเป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วย ภาวะวิตกกังวลเกิดจากการถูกคุกคาม หรือการได้รับอันตราย ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับความรู้ และการที่บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจากการถูกคุกคามด้านสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลงได้ จากการศึกษาของจากการศึกษาของ Mohamed et al. (2012) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน การถูกปฏิเสธเข้าทำงาน และผลกระทบจากการดำเนินของโรค (Hasanpour-Dehkordi et al., 2016) และจากการศึกษาของ Ben et al. (2017) พบว่า ความวิตก

กังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม( $r = -.55$ ) ดังนั้นความวิตกกังวลจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

### 3.5 ภาวะซึมเศร้า

#### 3.5.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหีนตนเอง มีความเปียงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลงนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น มีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลและรุนแรงขึ้น ทำให้ตัดตนเองออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

William WK Zung (1965) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นภาวะของอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ กระวนกระวาย สับสน บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้าหมดแรงโดยไม่มีเหตุผล

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีจึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีต่อความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

#### 3.5.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวเคมี ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางสังคม(มานิช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) อธิบายได้ดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะบกพร่องทางพันธุกรรมที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่รุ่นหนึ่งได้ จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบได้ถึงร้อยละ 50 และในแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ พบได้ร้อยละ 10-25 ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด พบได้ 1.5-3 เท่า (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

2) ปัจจัยด้านชีวเคมี จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เนื่องจากสารเคมีในสมองมีปริมาณลดลง ได้แก่ norepinephrine, serotonin, dopamine และ acetylcholine รวมทั้งการเสียสมดุลของสาร choline และสาร norepinephrine ซึ่งปกติสารเหล่านี้จะมีปริมาณลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สารชีวเคมีที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ norepinephrine และ serotonin โดยสารทั้ง 2 ชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางด้วย

3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบและกระบวนการคิดของบุคคลนั้นๆ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง แล้วสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อบุคคลนั้นประสบภาวะวิกฤตในชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่ง การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะ

กระตุ้นให้เกิดความคิดโดยอัตโนมัติในทางลบขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความคิดโดยอัตโนมัตินั้น ให้เป็นไปในทางลบเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง นอกจากนี้ การที่บุคคลยอมรับไม่ได้กับจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงหรือเปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เกิดทัศนคติในทางลบมากขึ้น และทำให้บุคคลนั้นแยกตัวออกมาจากสังคม

4) ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองทางลบ คิดโทษตัวเอง หรือคิดทำร้ายตนเอง ความรู้สึกทางลบจะทำให้ลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกต่ำกว่าตนเองต่ำต้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เมื่อเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด หรือเมื่อมีอาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

5) ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ ก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต และแยกตัวจากสังคมในที่สุด อีกประการหนึ่งคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือขาดแหล่งที่พึ่งทางสังคม เช่น การเสียชีวิตของคู่ชีวิต การหย่าร้าง การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

สรุปได้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้อาจมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล และผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังได้

### 3.5.3 อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆรวมทั้งผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง มักจะพบว่ามีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (มานโซ หล่อตระกูล, 2544) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้าลง อ่อนเพลีย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น เศร้า หม่นหมอง หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองมีความผิด ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สนใจต่อกิจกรรมต่างๆลดลง บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น

### 3.5.4 ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

1) ผลกระทบทางตรง โดยให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลงทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม (Gotlib & Hammen, 1992) อาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆยังส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ทำให้มีอาการหลงลืมเนื่องจากการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงไป

2) ผลกระทบทางอ้อม จะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลึกลึกลอน ร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย และอาจไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ(ภัทรกรกร วิริยวงศ์, 2551)

### 3.5.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Hamilton rating scale for depression เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและในงานวิจัย มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินด้านอารมณ์ซึมเศร้า อาการทางกาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ใช้วัดอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และได้ออกแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 21 ข้อ มีการนำไปใช้ในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชและนักเรียน มีค่าความเชื่อมั่น 0.73 ถึง 0.90

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung (Self-rating depression scale) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ความคิด และด้านร่างกาย มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีแบ่งครึ่ง เท่ากับ 0.73 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และมีค่า Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.79

แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond

and Snaith (1983) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือเป็นเลขคู่ทั้งหมด การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีคะแนนแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ค่าความเชื่อถือได้พบว่าค่าความสอดคล้องของทั้งสองอาการ มีค่า Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.85

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เนื่องจากมีข้อคำถามที่ไม่มากเกินไป สามารถคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอย่างหลากหลาย

### 3.5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภาวะซึมเศร้าจากแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้ามีต่อการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างลึกซึ้ง และอาจมีอาการทางด้านจิตใจอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัวและความสิ้นหวัง ทำให้มีความคิด การให้เหตุผลในทิศทางตรงกันข้าม มีอาการทางกายแฉ่ง ความบกพร่องในการทำงานและคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำ

จากการศึกษาของ Ben et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศเวียดนาม พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ( $r = - .683, p < .05$ ) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังด้วย

## 4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟู สภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพ มากกว่าบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติ ที่มีแนวทางการให้การพยาบาลตามระบบ ตามกระบวนการพยาบาล โดยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ การประเมินข้อมูลพื้นฐานจากประวัติส่วนบุคคล การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาระยะของโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ให้ความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับผลกระทบความรุนแรงของการเป็นโรค การดูแลจัดการตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Kate, Joanne, & Stephane, 2013; SA Health, 2017; พัสมณต์ คุ่มทวีพร และคณะ, 2558; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) แนะนำให้

พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของตับ แนะนำให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ไม่รับประทานอาหารไขมันสูงหรือปิ้งย่าง งดอาหารสุกๆดิบๆ เนื่องจากอาจจะมีพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นของการเป็นมะเร็งตับ หลีกเลี่ยงอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อรา Alpha toxin เช่น ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ข้าวสารที่เก็บไว้นานจนเกิดเชื้อรา พริกป่น เป็นต้น งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ไม่ควรรับประทานสมุนไพรหรือวิตามินเสริม หรือใช้ยาด้วยตนเอง ควรปรึกษาแพทย์เพราะยาหรือสารเคมีอาจทำให้การทำงานของตับเปลี่ยนแปลง และยาบางชนิดส่งผลต่อตับ เช่น ยารักษาวัณโรคบางตัว ยาเตตราไซคลิน เป็นต้น แนะนำให้สังเกตอาการ ตัวตาเหลืองมากขึ้น ท้องโต เลือดออกง่าย ปวดใต้ชายโครง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการที่เซลล์ตับถูกทำลายเป็นจำนวนมากและมีการอักเสบ ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว แนะนำพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและผลเลือดอย่างสม่ำเสมอโดยจะมีการตรวจติดตามผลเลือดต่างๆ

จากการพยาบาลตามปกติที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ส่วนใหญ่เน้นไปที่การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่พบการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ครอบคลุมในทุกๆด้าน ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย บทบาทในการให้ความรู้ บทบาทในการติดตามความร่วมมือ ในการรักษาและผลลัพธ์ บทบาทในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และบทบาทในการติดตามผลที่มีการใช้งานและการเข้าถึงผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการรักษา การให้การสนับสนุนและการแก้ไขปัญหาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเอง การติดตามความร่วมมือและผลลัพธ์ ตลอดจนการติดตามนัดหมายอย่างใกล้ชิด เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น ลดการเจ็บป่วย การมีความรู้ในการจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นพยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพร้อมด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและสมรรถนะการพยาบาลตามความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคตับอักเสบบี มีดังนี้ (RCN, 2015)

บทบาทด้านการประเมินภาวะสุขภาพ โดยประเมินข้อมูลพื้นฐานจากประวัติส่วนบุคคล เพื่อค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ประวัติครอบครัวที่มีมารดาหรือบิดามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประวัติการทำงานหรือลักษณะที่ทำงาน ครอบคลุมรวมถึงความเสี่ยงต่างๆ เช่น ประวัติการได้รับเลือด ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการสักร่างกาย ประวัติการใช้สารเสพติดจากการใช้เข็มร่วมกัน รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Kathryn Oakes, 2014) เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

จำพวกไขมัน การใช้ยา สมุนไพร วิตามินอาหารเสริมและสารเสพติด เป็นต้น เพื่อใช้ข้อมูลต่างๆเป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการพยาบาล

บทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับผลกระทบความรุนแรงของการเป็นโรค การดูแลจัดการตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ (Kate et al., 2013; SA Health, 2017; พัสมณต์ คุ่มทวีพร และคณะ, 2558; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของตับ แนะนำให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ไม่รับประทานอาหารไขมันสูงหรือปิ้งย่าง งดอาหารสุกๆดิบๆ เนื่องจากอาจจะมีพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่ง จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นของการเป็นมะเร็งตับ หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนควรปรับมื้ออาหารให้เหมาะสม หากมีคลื่นไส้อาเจียนมาก ทานได้น้อย ควรไปพบแพทย์ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานใน ปริมาณมาก ๆ เพราะน้ำตาลจะไปเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในตับ และอาจทำให้ตับโตจนแน่นกว่าปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นพิษเชื้อรา Alpha toxin เช่น ถั่วเมล็ดแข็งต่างๆ ข้าวสารที่เก็บไว้นานจนเกิด เชื้อรา ฟริกป่น เป็นต้น งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ไม่ควรรับประทานสมุนไพร หรือวิตามินเสริม หรือใช้ยาด้วยตนเอง ควรปรึกษาแพทย์เพราะยาหรือสารเคมีอาจทำให้การทำงานของตับเปลี่ยนแปลง และยาบางชนิดส่งผลต่อตับ เช่น ยารักษาวัณโรคบางตัว ยาเตตราไซคลิก เป็น ต้น แนะนำให้สังเกตอาการ ตัวตาเหลืองมากขึ้น ท้องโต เลือดออกง่าย ปวดใต้ชายโครง เนื่องจาก ภาวะแทรกซ้อนจากการที่เซลล์ตับถูกทำลายเป็นจำนวนมากและมีการอักเสบ ให้คำแนะนำเรื่องการ ป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ ปลอดภัย การระวังการปนเปื้อนสารคัดหลั่งหรือเลือด เป็นต้น และควรให้คำปรึกษาในการเปิดเผย ข้อมูลกับคู่สมรสเพื่อให้คู่สมรสได้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อ การละเว้นการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกันและ การทำความสะอาดอุปกรณ์ เช่น กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน ต่างหู เป็นต้น (Hilleman, 2003; ประเสริฐ เอื้อวรากุล, 2542) รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย หรือหลัง สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เลือด อุจจาระ จากผู้ป่วย, แนะนำไม่ควรให้ผู้ป่วยบริจาคเลือด รักษาสุขภาพให้ แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอและทำจิตใจให้แจ่มใส โดยออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่รุนแรงหรือเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายอื่นๆที่ เหมาะกับตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงการรับประทานยาคุมกำเนิดจะไม่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรค และผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี สามารถตั้งครรภ์ได้

บทบาทด้านการสนับสนุนความร่วมมือทางการรักษา โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทานยาให้ ตรงตามเวลา ผลข้างเคียงจากการได้รับยา เสริมสร้างให้ความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ได้รับยาต้านไวรัสมีความต้องการ ความรู้ในด้านผลกระทบจากการใช้ยาต้านไวรัสมากที่สุด (Chen et al., 2017) นอกจากนี้ควร



ส่งเสริมสุขภาพในการลดน้ำหนัก(สำหรับผู้ที่น้ำหนักเกิน) เพื่อลดการเกิดตับอักเสบจากการมีไขมันในตับสูง และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต(Fan, Huang, Jane, & Chen, 2015) แนะนำพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการและผลเลือดอย่างสม่ำเสมอโดยจะมีการตรวจติดตามผลเลือดต่างๆ คือ ตรวจอัลตราซาวด์และซีรัม alpha fetoprotein (AFP) ทุก 6-12 เดือน, ตรวจซีรัม ALT ทุก 3 เดือน, ตรวจ HBV DNA levels ทุก 6-12 เดือน และ ตรวจพังผืดที่ตับทุก 12 เดือน(EASL, 2017) สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสหรือตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีตับแข็งแล้วควรฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558)

บทบาทผู้ประสานงาน โดยประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมมากที่สุด(SA Health, 2017) โดยประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับบุคคลองค์กรที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานต่างๆ หรือแนะนำแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน การแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

บทบาทให้คำปรึกษา โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตใจกับผู้ป่วยเมื่อมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า(Ezbarami et al., 2017; Wang et al., 2017) สนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด การปรับตัว เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวางแผนดำเนินชีวิต และลดความรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง และภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จึงมีความสำคัญในการให้พยาบาลเพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่ไม่จำกัดอยู่แต่เพียงการลดอัตราการเสียชีวิตเท่านั้น แต่หากเป็นการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ ลดความรุนแรงของโรค ความพิการที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีให้สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

## 5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Ong et al. (2008) ทำการศึกษาการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับด้านการทำงาน ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลรักษาทางการแพทย์, ความต้องการในการรักษาและการจัดการกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมานานกว่า 6 เดือน โดยได้รับการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญคลินิกระบบทางเดินอาหารและตับ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศสิงคโปร์ จำแนกตามความรุนแรงของโรค เปรียบเทียบกับผู้ป่วยปกติ และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพาหะ

ไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง กลุ่มที่มีภาวะตับแข็ง กลุ่มที่มีภาวะตับแข็งร่วมกับมีประวัติเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องมาน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับ และกลุ่มผู้ป่วยหลังเปลี่ยนถ่ายตับ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดที่กล่าวมาต้องมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนานกว่า 6 เดือน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Health Survey (SF-36) และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพEQ-5D ผลการศึกษาพบผู้ป่วยทั้งหมด 453 ราย พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 432 ราย แบ่งเป็น พาหะไวรัสตับอักเสบบี 156 ราย , ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 66 ราย, มีความสัมพันธ์กับโรคตับแข็ง 24 ราย , มีความสัมพันธ์กับมะเร็งตับ 22 ราย และอีก 22 รายได้รับการเปลี่ยนถ่ายตับ ผลการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการมีคะแนนดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคตับแข็ง และผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ มีคะแนนลดลงในด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ผลแบบประเมิน EQ5D พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายตับ มีคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่เป็นตับแข็งและมะเร็งตับ

Ben et al. (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเมื่อยล้า การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ใช้ทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ C. E. Ferrans, J. J. Zerwic, J. E. Wilbur, and J. L. Larson (2005) ศึกษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังจำนวน 115 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาลบาตมาย เมืองฮานอย ในประเทศเวียดนาม 115 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิง เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1)อายุ18ปีขึ้นไป 2)สามารถสื่อสารด้วยวาจาเป็นภาษาเวียดนามได้ เกณฑ์การยกเว้น ผู้ป่วยที่มีการปลูกถ่ายตับ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมกับไวรัสเอชไอวี (HIV) และมีภาวะท้องมาน(ascites) มีอาการปวดอย่างรุนแรงหรือหายใจลำบาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวล(Hamilton Anxiety Rating Scale: HAM-A), ภาวะซึมเศร้า (Hamilton Rating Depression Rating Scale: HAM-D), แบบวัดความเมื่อยล้า(Fatigue Scale Version 4) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม(MSPSS) และคุณภาพชีวิต (SF36) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 18-72ปี ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับน้อย(มากที่สุด), ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง, การสนับสนุนทางสังคมได้รับการสนับสนุนมาก, ความเมื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ,คุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.81 , ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความเมื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ( $r = -.550, -.683$  และ  $-.541$   $p < .05$  ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

Woo et al. (2012) ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลตติยภูมิ 4 แห่ง ที่มีคลินิกสำหรับผู้ป่วย

ไวรัสตับอักเสบบี ศึกษาในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2007 ถึง เดือนมีนาคม 2009 ณ โรงพยาบาลโตรอนโต โรงพยาบาลโตรอนโตตะวันตก โรงพยาบาล Princess Margaret และคลินิกปลูกถ่ายตับที่โรงพยาบาลโตรอนโต ประเทศแคนาดา เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยนอกที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 16ปี และพูดภาษาอังกฤษกว้างตั้งหรือจีนกลางได้อย่างคล่องแคล่ว ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 433 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) SF-36 V.2 (Health survey) มี 8 หัวข้อด้านภาวะสุขภาพ แบ่งเป็นด้านร่างกายและด้านจิตใจ 2) EQ5D เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และ 3) HUI 3 เป็นการประเมินคุณลักษณะโดยใช้ 8 ด้าน คือ การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ความคล่องแคล่ว/ความชำนาญ อารมณ์ ความคิด และความเจ็บปวด ผลการศึกษาพบ ผู้ป่วยที่ศึกษา 433 ราย คิดเป็น 89.1% กลุ่มอายุเฉลี่ยประมาณ 50ปี มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ไม่เป็นโรคตับแข็งมีน้อยกว่าที่เป็นโรคตับแข็งมะเร็งตับ และได้รับการเปลี่ยนถ่ายตับ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและมีโรคตับแข็งมีน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งและเปลี่ยนถ่ายตับ ผู้ป่วยส่วนมากมาจากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 64% เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 11% (รวมทั้งไทย) และเป็นเพศชาย 70.5% คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายตับมีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งและมีคะแนนเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไม่เป็นโรคตับแข็งมีคะแนนเหมือนกับคนปกติ

Keskin et al. (2013) ทำการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล โดยมีตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้า, ความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ระดับอาการ การตอบสนองต่อการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว ประวัติการมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลและการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ป่วยในช่วงระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2008 เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่รักษาและติดตามอาการในแผนกระบบทางเดินอาหารอย่างน้อย 1 ปี ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถตอบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจาได้ ไม่มีความผิดปกติของพัฒนาการหรือการได้ยิน และไม่มี ความผิดปกติทางจิต เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือมีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา interferon จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 ราย ช่วงอายุระหว่าง 15-61ปี ใช้เครื่องมือในการวัด 3 ด้าน คือ 1)ด้านภาวะซึมเศร้า ใช้ เครื่องมือ Beck Depression Inventory เป็นเครื่องมือประเมินตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และแรงบันดาลใจ มีทั้งหมด 21 ข้อ 2) ด้านความวิตกกังวล ใช้ เครื่องมือ Beck Anxiety Scale เป็นเครื่องมือประเมินตนเองสำหรับความถี่ของการเกิดอาการวิตกกังวล มีทั้งหมด 21 ข้อ 3) ด้านคุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมิน Short Form of the World Health

Organization Quality of life Questionnaire (WHOQOL-BREF) มีทั้งหมด 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 40.6% มีภาวะซึมเศร้า, 2.1% มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วอยู่ในระดับรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่โสด ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติมีภาวะซึมเศร้า หรือมีความวิตกกังวล จะมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ การมีคุณภาพชีวิตลดลงมากด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพและด้านวัฒนธรรมซึ่งมีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น

Adrian R. Levy et al. (2008) ทำการศึกษาเพื่อศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HRQOL) ผลกระทบของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากทั้งจากผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและผู้ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จาก 6 เมือง ซึ่งเป็นประเทศที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระดับต่ำและสูงรวมกัน มีความหลากหลายเชื้อชาติและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา, แคนาดา, สหราชอาณาจักร, สเปน, จีนแผ่นดินใหญ่และฮ่องกง เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ไม่ติดเชื้อ คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาของตนเองได้ มีความผิดปกติทางสมองหรือความคิด หรือไม่สามารถโต้ตอบได้ สำหรับเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ติดเชื้อ คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป, ผลเลือด HBeAg เป็นบวก เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนเป็นหนึ่งในหกเมืองที่ศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาของตนเองได้ มีความผิดปกติทางสมองหรือความคิด หรือไม่สามารถโต้ตอบได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายหรือหลังผ่าตัดตับน้อยกว่า 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้ที่ติดเชื้อร่วมกับ HIV ไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบบี ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1134 ราย เป็นการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญโรคตับ แบบสัมภาษณ์อ้างอิงจาก Liver Disease Quality of Life Instrument version 1.0 เช่น อาการทั่วไป ความถี่ของการตรวจ การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขั้นตอนและมิติของสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาพจิตใจและแนวโน้มในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.5 ปี ส่วนมากเป็นเพศชายและเป็นบุคคลเอเชีย ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีสามารถทำนายความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ พบผู้ที่ไม่ติดเชื้อแทรกซ้อน 600 ราย และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 534 ราย

Xue et al. (2017) ทำการศึกษาเพื่อประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและหลังการรักษา เป็นการศึกษาแบบ Descriptive research เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Xiamen ประเทศจีน เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังโดยตรวจพบ HBsAg-positive เป็นเวลาอย่าง

น้อย 6 เดือน และมีค่า alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งตับ โรคตับแข็ง มีการติดเชื้อร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบดี หรือ เอชไอวี มีโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตับ(Autoimmune Hepatitis) โรคพิษสุรา กำลังตั้งครรภ์ หรือได้รับการรักษาด้วย ยา interferon มาก่อน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 ราย มี 54 ราย ในกลุ่มการรักษาและ 48 รายในกลุ่มการหยุดยา เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิต ได้แก่ แบบประเมิน EQ-5D ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1)การเคลื่อนไหว 2) การดูแลตนเอง (อาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง) 3)กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ กิจกรรมในครอบครัว) 4)อาการเจ็บปวด 5)ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า และส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพ ทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS), แบบประเมิน BDI (Beck Depression Inventory) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้านความรุนแรง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น และแบบประเมิน SF-36 ประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป มีทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ สามารถการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และการรับรู้สภาวะสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ คำนวณคะแนนโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนัก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่หยุดการรักษาพบว่า สภาวะสุขภาพจิตดี คุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ถูกประเมินด้วยเครื่องมือ BDI มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ 58.6% และ 76.0% ตามลำดับ

ไพศาล ธัญญาวินิชกุล et al. (2560) ทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการสำรวจความชุกโดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำเสนอร้อยละของการติดเชื้อด้วยภาพรวมของประชากรทั้งหมดในตำบล หนองป่าครั่ง และความชุกจำแนกตามเพศ และความชุกจำเพาะอายุ (age-specific prevalence) ในการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณลักษณะของประชาชนที่มีโอกาสพบการติดเชื้อตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง แต่เพื่อเป็นการพิจารณาในแง่ของการคัดกรองทางด้านสาธารณสุขว่า ประชากรกลุ่มไหนที่มีโอกาสจะพบการติดเชื้อ ผู้ศึกษาได้คำนวณหาลักษณะที่สำคัญที่มีโอกาสพบการติดเชื้อ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ประวัติการได้รับเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การผ่าตัด/เจาะหู/สัก มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ มีญาติป่วยเป็น มะเร็งตับ เป็นตับอักเสบบี และตับมีอาการผิดปกติ ใช้การคำนวณหาความสัมพันธ์โคสแควร์และนำไปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุ โดยใช้ logistic regression กลุ่มตัวอย่างคือประชากรในชุมชนตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2558ถึงกุมภาพันธ์ 2559

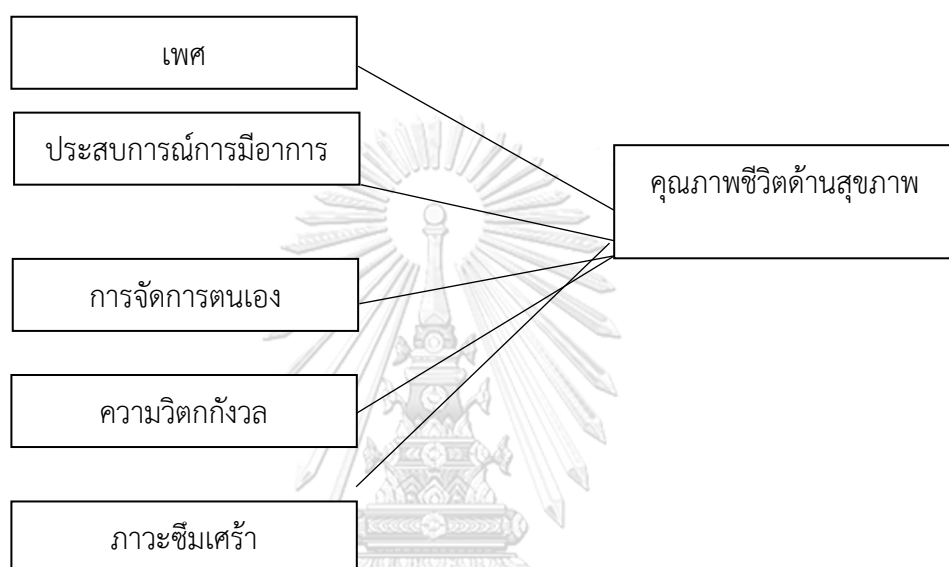
อายุระหว่าง 15-75 ปี จำนวนทั้งหมด 5,861 ราย กำหนดกลุ่มศึกษา 1,500 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25.0 จากประชากร มีประชากรเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจทั้งสิ้น 1,084 ราย จากการสำรวจพบว่า เพศหญิง ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่าเพศชาย(ร้อยละ 63.6) พบผู้ติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 43.0) ในขณะที่การติดเชื้อตับอักเสบบีพบการติดเชื่อน้อยกว่า และพบเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปเท่านั้น ดังนั้นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีพบว่ามีมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี คือ ผู้ที่มีอายุ 35-44 ปี พบมากกว่า 13.4 เท่า ผู้ที่มีอายุ 45-54 ปี พบมากกว่า 8.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้มีญาติป่วยเป็นตับอักเสบบีโอกาสพบการติดเชื้อได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียุติป่วยเป็นตับอักเสบบีถึง 3.7 เท่า

ณัฐพร ภูไพบูลย์ (2563) ทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ชายขอบไทย-พม่า ในโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและแนวโน้มของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก เป็นการศึกษาการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาคลอดในโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง 30 ธันวาคม 2561 และมีบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนจำนวน 5,885 คน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่ถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มที่เกิดก่อนและหลังปี พ.ศ. 2535 ด้วย chi-square test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value น้อยกว่า 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด เป็นคนไทยร้อยละ 33.1 คนต่างด้าวร้อยละ 66.9 อายุเฉลี่ย 25.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 ปี พบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งหมด 395 คน ความชุกเฉลี่ย ร้อยละ 6.7 โดยในคนไทยมีแนวโน้มพบการติดเชื้อลดลงตามอายุเท่ากับร้อยละ 3.2, 6.6, 7.8, 9.5 และ 11.8 ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี, 21-25 ปี, 26-30 ปี และมากกว่า หรือเท่ากับ 36 ปี ตามลำดับ ในขณะที่คนต่างด้าวยังพบความชุกของการติดเชื้อค่อนข้างคงที่ร้อยละ 5.6-7.6 เมื่อพิจารณาตามปีเกิดของหญิงตั้งครรภ์เปรียบเทียบก่อนและหลังปีพ.ศ. 2535 พบว่าความชุกของการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เฉพาะในกลุ่มคนไทยจากร้อยละ 8.7 เหลือร้อยละ 3.8 ขณะที่คนต่างด้าวลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 7.2 เหลือร้อยละ 6.1 ( $p = 0.21$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในต่างประเทศ ทั้งในประเทศยุโรปและเอเชียอย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในพื้นที่ต่างๆของประเทศไทยเท่านั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ดังแผนภาพที่ 1

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมานานมากกว่า 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมานานมากกว่า 6 เดือน อายุระหว่าง 18-59 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช มีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังต่อไปนี้

#### คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) อายุ 18-59 ปี
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (ICD 10 รหัส B180)
- 3) สามารถสื่อสาร อ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
- 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
- 5) ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือสัญญาณชีพผิดปกติ คือ ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย ไม่มีอาการตัวตาเหลือง ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนการเก็บข้อมูล
- 6) ผู้ป่วยไม่ได้รับการปลูกถ่ายตับ ไม่ติดเชื้อร่วมกับไวรัสเอชไอวี (HIV) ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับชนิดอื่นๆ และไม่มีภาวะท้องมาน (ascites)



### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) จากการคำนวณจากสูตร  $N = 10k + 50$  โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด 6 ตัวแปร

	สูตร	$N = 10k + 50$
กำหนดให้	N	หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	k	หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
แทนค่า	N	$= 10(6) + 50$
	N	$= 110$ คน

ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Polit & Beck, 2004) จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 132 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 ขั้นตอน (triple-stage sampling) เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (representativeness) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ระบุโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 สังกัด ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 2) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
- 3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 4) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี
- 5) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิระพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน

6) โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ขั้นตอนที่ 2** สุ่มสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบกลุ่มอย่างง่าย (cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษาเพียง 2 สังกัด ผลการจับฉลากพบสังกัดของโรงพยาบาลที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูล ได้แก่

1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2) โรงพยาบาลสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**ขั้นตอนที่ 3** สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสุ่มได้ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันที่ร่วมโครงการวิจัย	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน
1.โรงพยาบาลศิริราช	232 คน
2.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	223 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ด้วยการคำนวณตามสัดส่วนของของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้สูตรของยูวดี ภาขาและคณะ (2543)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ  $n_i$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

$N_i$  = จำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในแต่ละโรงพยาบาล

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในการวิจัยครั้งนี้ (132 ราย)

$N$  = จำนวนรวมผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้ง 2 โรงพยาบาล

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจาก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 67 ราย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 65 ราย รวม 132 ราย

เนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหารและตับในแต่ละโรงพยาบาลจะมีคลินิกเฉพาะทางในวันและเวลาที่ต่างกันในแต่ละสัปดาห์ จึงมีวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูล

คลินิกอายุรกรรม	วัน	เวลา
<b>ระบบทางเดินอาหารและตับ</b>		
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาภาษาชาวไทย	วันพฤหัสบดี	08.00 – 16.00 น.
- โรงพยาบาลศิริราช	วันอังคาร วันพุธ	13.00 – 16.00 น. 09.00 – 12.00 น.

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา**

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส รายได้ โรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติการรับยาต้านไวรัส เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจากการบันทึกรายงานการรักษา

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ**

ประเมินการมีอาการไม่พึงประสงค์ จากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portenoy และคณะ (Portenoy et al., 1994) และถูกนำมาดัดแปลงโดย ปิยะณัฐ อมรชิวานันท์ et al. (2558) ใช้ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง มีจำนวน 34 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคโดยรวมเท่ากับ 0.85 ประกอบด้วยคำถามที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในมิติต่างๆ ได้แก่ มิติการเกิดอาการ (Symptom Occurrence) ความถี่ในการเกิดอาการ (Symptom Frequency) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวน (Symptom Distress) มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยยังคงด้านมิติต่างๆไว้ ได้แก่ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติอาการที่รบกวนผู้ป่วย

**มิติความถี่** เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จาก (1) คือ อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นน้อยมาก จนถึง (4) คือ อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นเกิดตลอด

1 คะแนน	หมายถึง	อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นน้อยมาก
2 คะแนน	หมายถึง	อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นบางครั้ง
3 คะแนน	หมายถึง	อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

4 คะแนน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นเกิดตลอด

**มิติความรุนแรงของอาการ** เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จาก (1) คือ อาการไม่พึงประสงค์นั้นมีความรุนแรงน้อย จนถึง (4) คือ อาการไม่พึงประสงค์นั้นมีความรุนแรงมากที่สุด

1 คะแนน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้มีความรุนแรงน้อย

2 คะแนน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้มีความรุนแรงปานกลาง

3 คะแนน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้มีความรุนแรงมาก

4 คะแนน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้มีความรุนแรงมากที่สุด

**มิติความรู้สึกรบกวนหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน** ข้อคำถามละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก (0) คือ ประสบการณ์การมีอาการนี้ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ จนถึง (4) คือ ประสบการณ์การมีอาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนมากทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

0 คะแนน หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการนี้ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

1 คะแนน หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนเล็กน้อยทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

2 คะแนน หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนพอควรทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

3 คะแนน หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนค่อนข้างมากทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

4 คะแนน หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขุรบกวนมากทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ

#### การแปลผลคะแนน

คิดคะแนนรวมจากคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ จำนวน 13 ข้อ จำนวน 3 มิติ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 156 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีประสบการณ์การมีอาการอยู่ในระดับมาก คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีประสบการณ์การมีอาการอยู่ในระดับน้อย

#### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง

ใช้แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง chronic hepatitis B self-management scale ของ Kong et al. (2018) โดยมีค่า Cronbach's  $\alpha$

coefficient ( $\alpha=0.887$ ) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัย มาแปลเป็นภาษาไทย โดยนำเครื่องมือไปแปลที่สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีหลักการ ดังนี้

1. การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward translation) โดยแปลจากภาษาดั้งเดิม (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษา จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้แปล โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษา จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ และนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไข และเมื่อปรับปรุงแก้ไขเสร็จแล้ว จึงนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา และความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

เครื่องมือประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่

- 1) การจัดการอาการและการติดตามอาการ ได้แก่ ข้อที่ 1-6
- 2) การจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อที่ 7-13
- 3) การเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อที่ 14-19
- 4) การจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการควบคุมโรค ได้แก่ ข้อที่ 20-25

มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale โดยให้คะแนน 1 (ไม่เลย) จนถึง 5 (สม่ำเสมอ) โดยออกแบบระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง สม่ำเสมอ การคิดคะแนนรวมจากคะแนนการจัดการตนเอง ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1-5 มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนน ถึง 125 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยจัดการตนเองได้ไม่ดี

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) มาใช้ในการประเมิน เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน

สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวล (ข้อที่ 1-3, 6-7 และ 13) มีค่าความเชื่อถือ Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.82 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale แต่ละข้อมีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน คือ 0 คะแนน ไม่ตรงกับผู้ป่วยเลย 1 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยเล็กน้อย 2 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยปานกลาง 3 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนน อยู่ในช่วง0-21 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ถ้าคะแนนต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำ ตามเกณฑ์ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ดังนี้

0-7 คะแนน(ปกติ)

8-10 คะแนน(มีความวิตกกังวลสูง)

11-21คะแนน(มีความวิตกกังวลในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช)

สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (ข้อที่ 4-5, 9-12 และ 14) มีค่าความเชื่อถือ

Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.85 ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale แต่ละข้อมีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน คือ 0 คะแนน ไม่ตรงกับผู้ป่วยเลย 1 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยเล็กน้อย 2 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยปานกลาง 3 คะแนน ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนน อยู่ในช่วง0-21 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูง ถ้าคะแนนต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ตามเกณฑ์ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ดังนี้

0-7 คะแนน(ปกติ)

8-10 คะแนน(มีภาวะซึมเศร้าสูง)

11-21คะแนน(มีภาวะซึมเศร้าในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช)

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทย ฉบับย่อ โดยวัชรลี เลอฆานกุลและ ปารณีย์ มีแต่้ม (2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มีทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย มิติข้อจำกัดการทำงานเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มิติความเจ็บปวดทางกาย มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป มิติการทำหน้าที่ทางสังคม มิติด้านพลังงานในร่างกาย มิติข้อจำกัดการทำงานเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ และมิติด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค อยู่ระหว่าง 0.72 – 0.86 ซึ่งมาตรฐานวัดแต่ละรายด้านแตกต่างกัน

เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 21 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ ลักษณะตัวเลือกเป็นแบบมาตรวัด Likert scale โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนเลือกตอบเป็น 1,2,3,4,5 หรือ 6 แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) ได้แก่ ข้อที่ 3.1, 3.2, 3.3

มิติที่ 2) มิติข้อจำกัดการทำงานเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical health) ได้แก่ ข้อที่ 4.1, 4.2, 4.3

มิติที่ 3) มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily Pain) ได้แก่ ข้อที่ 7, 8

- มิติที่ 4) มิติสุขภาพทั่วไป (General health) ได้แก่ ข้อที่ 1, 11.1, 11.2, 11.3  
 มิติที่ 5) มิติด้านพลังในร่างกาย (Validity) ได้แก่ ข้อที่ 9.1  
 มิติที่ 6) มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ได้แก่ ข้อที่ 6, 10  
 มิติที่ 7) มิติข้อจำกัดการทําทบเทาเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems) ได้แก่ ข้อที่ 5.1, 5.2, 5.3  
 มิติที่ 8) มิติด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ได้แก่ ข้อที่ 9.2, 9.3, 9.4

#### เกณฑ์การให้คะแนน

คำนวณคะแนนเป็นโดยรวมและรายด้าน โดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน

ข้อคำถามที่ 1, 2, 6, 8	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 100 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 75 คะแนน
		3 คะแนน เป็น 50 คะแนน
		4 คะแนน เป็น 25 คะแนน
		5 คะแนน เป็น 0 คะแนน
ข้อคำถามที่ 10, 11.1, 11.3	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 0 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 25 คะแนน
		3 คะแนน เป็น 50 คะแนน
		4 คะแนน เป็น 75 คะแนน
		5 คะแนน เป็น 100 คะแนน
ข้อคำถามที่ 3.1, 3.2, 3.3	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 0 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 50 คะแนน
		3 คะแนน เป็น 100 คะแนน
ข้อคำถามที่ 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 0 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 100 คะแนน
ข้อคำถามที่ 7, 9.1, 9.4	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 100 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 80 คะแนน
		3 คะแนน เป็น 60 คะแนน
		4 คะแนน เป็น 40 คะแนน
		5 คะแนน เป็น 20 คะแนน
		6 คะแนน เป็น 0 คะแนน
ข้อคำถามที่ 9.2, 9.3	แปลงคะแนนจาก	1 คะแนน เป็น 0 คะแนน
		2 คะแนน เป็น 20 คะแนน

3 คะแนน เป็น 40 คะแนน

4 คะแนน เป็น 60 คะแนน

5 คะแนน เป็น 80 คะแนน

6 คะแนน เป็น 100 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผล

คะแนนของแต่ละมิติอยู่ในช่วงระหว่าง 0-100 คะแนน และคะแนนรวมทุกมิติอยู่ในช่วงระหว่าง 0-800 คะแนน คะแนนรวมที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพดี คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงระดับสุขภาพไม่ดี ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 2 ระดับ (วิชรี เลอमानกุล & ปารณีย์ มีแต่้ม, 2548)

คะแนน 0-50 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี

คะแนน 50-100 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากที่ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน มีขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการเรียนรู้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1 สืบค้นประวัติ สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

1.2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ แนะนำตัว ชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและเรียนรู้ผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการ

1.3 ส่งหนังสือเรียนเชิญอย่างเป็นทางการ พร้อมแนบโครงร่างวิจัยฉบับสังเขป โดยส่งผ่านไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือส่งถึงมือผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรมทางเดินอาหารและตับ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลวิชาชีพฝ่ายพัฒนากุศลกร ฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

2. นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยใช้อัตราค่า I-CVI มากกว่าเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2004)



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of content validity : CVI)

$$CVI = \frac{\sum R_{3,4}}{N}$$

เมื่อผลรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 คือ ไม่เกี่ยวข้อง
- 2 คือ เกี่ยวข้องบ้าง
- 3 คือ ค่อนข้างเกี่ยวข้องบ้าง
- 4 คือ เกี่ยวข้องมาก

$\Sigma R_3$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นว่าข้อคำถามค่อนข้างเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

$\Sigma R_4$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นว่าข้อคำถามเกี่ยวข้องมากกับสิ่งที่ต้องการวัด

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

3. นำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษา ตัดและเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ในการวิจัยนี้ได้มีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังรายละเอียดในภาคผนวก

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน พบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นับจำนวนข้อที่มีค่า CVI  $\geq$  .80 คำนวณ S-CVI ได้เท่ากับ 1.0, 1.0, 0.92 และ 1.0 ตามลำดับ

### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปทดลองใช้(Try Out) กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหาร และตับ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า

ความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อทดลองใช้ เท่ากับ 0.94, 0.81, 0.84 และ 0.71 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (George & Mallery, 2003) โดยค่าความเที่ยงของแบบประเมินแสดงไว้ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคของแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แบบประเมิน	ค่าดัชนี ความตรง ตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง ทดลองใช้ (30 ราย)
แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ	1.00	0.94
แบบประเมินการจัดการตนเอง	1.00	0.81
แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า	0.92	0.84
แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1.00	0.71
มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	-	0.86
มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจาก ปัญหาทางร่างกาย	-	0.93
มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย	-	0.88
มิติสุขภาพทั่วไป	-	0.72
มิติด้านพลังในร่างกาย	-	-
มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	-	0.78
มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจาก ปัญหาด้านอารมณ์	-	0.85
มิติด้านสุขภาพจิต	-	0.71

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลและแจกแบบประเมินด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยและขอเก็บข้อมูลการวิจัย

1.3 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกระบบทางเดินอาหารและตับ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกทางเดินอาหารและตับ เพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเวชระเบียน แล้วจึงสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้พยาบาลประจำคลินิกแนะนำให้ผู้ป่วยพบกับผู้วิจัย เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆในภายหลังทั้งสิ้น

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้แก่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลขณะรอตรวจที่คลินิกระบบทางเดินอาหารและตับ และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมงานวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมิน หากพบว่าตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที โดยจะประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างเจตนา

ที่จะไม่ตอบหรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้อิสระกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามโดยไม่บังคับ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากแต่ละโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ 149/63 (วันที่รับรอง 14 เมษายน 2563) และโรงพยาบาลศิริราช เอกสารรับรองเลขที่ 202/2563 (IRB2) COA No. SI 303/2020 (วันที่รับรอง 15 เมษายน 2563) ให้เก็บข้อมูลการวิจัยได้ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมระบบทางเดินอาหารและตับ

2. ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินแก่อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์คัดเลือกเข้าโครงการวิจัย นอกจากนี้ยังชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในขณะที่ตอบแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การขอยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการนำเสนอการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับซึ่งนำมาใช้วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในเชิงวิชาการเป็นภาพโดยรวมไม่ระบุถึงชื่อกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการคำนวณค่าทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย 4 มิติ สำหรับมิติการเกิดอาการ (Symptom Occurrence) วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ และอีก 3 มิติ ได้แก่ ความถี่ในการเกิดอาการ (Symptom Frequency) ความรุนแรงของอาการ

(Symptom severity) และความรู้สึกรบกวน/รบกวน (Symptom Distress) การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

## 2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Grove, Burns, & Gray, 2012)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1 – 0.29	ต่ำ
0.3 – 0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 5 ชุด ทำการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่า 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง อายุระหว่าง 18-59 ปี โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช จำนวนทั้งสิ้น 132 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 3-4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5-9

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 10

### ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไวรัสตับเสบปีเรื้อรัง

**ตารางที่ 3** จำนวนร้อยละของผู้ป่วยไวรัสตับเสบปีเรื้อรัง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นไวรัสตับอักเสบปีเรื้อรัง ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส และการรักษาที่ได้รับ (n=132)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	82	62.10
หญิง	50	37.90
<b>อายุ (ปี)</b>		
50-59	72	54.50
40-49	36	27.30
30-39	19	14.40
18-29	5	3.80
( $\bar{X}$ = 49.92; SD = 8.95)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	85	64.40
โสด	43	32.60
หม้าย/หย่า/แยก	4	3.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	12	9.10
มัธยมศึกษา	13	9.80
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	10	7.60
ปริญญาตรี	69	52.30
สูงกว่าปริญญาตรี	28	21.20
<b>อาชีพ</b>		
ธุรกิจส่วนตัว	43	32.60
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	25.80
รับจ้าง	27	20.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	16	12.10
นักศึกษา	11	8.30
เกษตรกร	1	0.80
<b>รายได้ (บาท)</b>		
0-19,999	34	25.80
20,000-39,999	42	31.80
40,000-59,999	31	23.50
60,000-79,999	10	7.60
80,000-99,999	3	2.30
100,000 ขึ้นไป	12	9.10
Median = 30000.00		

จากตารางที่ 3 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.5 ( $\bar{X}$  = 49.92; SD = 8.95) สถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 64.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 52.3 ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 32.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 30,000 บาท

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส การรักษาที่ได้รับ (n= 132)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (ปี)</b>		
0-9	48	36.36
10-19	63	47.73
20-39	12	9.09
40-49	5	3.79
50-59	4	3.03
( $\bar{X}$ = 12.95; SD = 11.33)		



ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส</b>		
ได้รับยาต้านไวรัส	112	84.85
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	20	15.15
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>		
Baraclude	59	44.70
TAF (Tenofovir Alafenamide Fumarate)	42	31.80
Follow up (นัดติดตามอาการ)	23	17.30
Viread	3	2.30
Vemlidy	3	2.30
TDF (Tenofovir Disoproxil Fumarate)	1	0.80
Enticavir	1	0.80

จากตารางที่ 4 แสดงถึงผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 12.95 ปี (SD = 11.33) โดยมากร้อยละ 47.73 พบในช่วง 10-19 ปี ได้รับยาต้านไวรัสมากถึง ร้อยละ 84.85 ซึ่งโดยมากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส Baraclude ร้อยละ 44.70

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132) เรียงลำดับจากมากไปน้อย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Min	Max	Mean	SD	ระดับ
<b>รายด้าน</b>					
มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	0.00	100.00	78.78	21.61	ดี
มิติด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	0.00	100.00	77.14	26.24	ดี
มิติด้านสุขภาพจิต	40.00	100.00	66.41	11.45	ดี
มิติด้านข้อจำกัดการทำบทบาท เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	0.00	100.00	62.12	42.55	ดี
มิติด้านข้อจำกัดการทำบทบาท เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	0.00	100.00	55.80	41.28	ดี
มิติด้านสุขภาพทั่วไป	25.00	87.50	55.39	13.12	ดี
มิติด้านพลังในร่างกาย	0.00	100.00	32.87	22.80	ไม่ดี
มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย	0.00	77.50	16.07	18.54	ไม่ดี
<b>โดยรวม</b>	<b>24.95</b>	<b>79.48</b>	<b>55.57</b>	<b>12.71</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 5 แสดงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.57 (SD= 12.71) เมื่อพิจารณารายด้านของคุณภาพด้านสุขภาพ พบว่า มิติที่มีระดับสูงสุด ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.76 (SD= 21.61) อยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.14 (SD= 26.24) อยู่ในระดับดีเช่นกัน ส่วนมิติที่มีระดับต่ำสุด ได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.07 (SD= 18.54) อยู่ในระดับไม่ดี และมิติด้านพลังในร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.87 (SD= 22.80) อยู่ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วยเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การมีอาการ โดยรวมและรายด้านของ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n=132)

ประสบการณ์การมีอาการ	Min	Max	Mean	SD
มิติความถี่	13.00	65.00	48.30	12.29
มิติความรุนแรงของอาการ	13.00	65.00	46.23	13.80
มิติความรู้สึกรบกวนหรือรบกวน การดำเนินชีวิตประจำวัน	1.00	65.00	43.29	15.93
<b>โดยรวม</b>	<b>17.31</b>	<b>125.00</b>	<b>88.34</b>	<b>26.70</b>

จากตารางที่ 6 แสดงถึงประสบการณ์การมีอาการเป็นรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของประสบการณ์การมีอาการเท่ากับ 88.34 (SD= 26.70) ประกอบด้วย มิติความถี่เท่ากับ 48.30 (SD= 12.29) มิติความรุนแรงของอาการเท่ากับ 46.23 (SD= 13.80) และ มิติความรู้สึกรบกวนหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 43.29 (SD= 15.93)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดการตนเองโดยรวม และรายมิติของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132)

การจัดการตนเอง	Min	Max	Mean	SD
มิติการเผชิญปัญหาทางจิตสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย	17.00	30.00	26.18	3.27
มิติการจัดการปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วย	17.00	32.00	26.16	3.35
มิติการจัดการอาการและการ ติดตามอาการ	10.00	30.00	25.62	4.36
มิติการจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของ โรคและการควบคุมโรค	6.00	30.00	21.40	5.72
<b>โดยรวม</b>	<b>63.00</b>	<b>122.00</b>	<b>99.37</b>	<b>12.03</b>

จากตารางที่ 7 แสดงถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.37 (SD= 12.03) ประกอบด้วย ด้านการเผชิญปัญหาทางจิตสังคมเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่ากับ 26.18 (SD= 3.27) รองลงมาคือ ด้านการจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่ากับ 26.16 (SD= 3.35) และด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านการจัดการเกี่ยวกับข้อมูลของโรคและการควบคุมโรคเท่ากับ 21.40 (SD= 5.72)

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
0-7 คะแนน(ปกติ)	123.00	93.18
8-10 คะแนน(มีความวิตกกังวลสูง)	7.00	5.30
11-21คะแนน(มีความวิตกกังวลในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช)	2.00	1.52
$\bar{X}$ = 3.72; SD = 2.82		

ตารางที่ 8 แสดงถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังส่วนมากอยู่ในระดับปกติ จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 93.18 มีความวิตกกังวลสูงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.30 มีความวิตกกังวลในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวชจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (SD = 2.82)

**ตารางที่ 9** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
0-7 คะแนน(ปกติ)	124.00	93.94
8-10 คะแนน(มีภาวะซึมเศร้าสูง)	6.00	4.55
11-21คะแนน(มีภาวะซึมเศร้าในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช)	2.00	1.52
$\bar{X}$ = 1.90; SD = 2.49		

ตารางที่ 9 แสดงถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังส่วนมากอยู่ในระดับปกติ จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 93.94 มีความวิตกกังวลสูงจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 มีความวิตกกังวลในขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวชจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (SD = 2.49)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างเพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n = 132)

ตัวแปร	เพศ	ประสบการณ์การมีอาการ	การจัดการตนเอง	ความวิตกกังวล	ภาวะซึมเศร้า	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
เพศ	1					
ประสบการณ์การมีอาการ	-.05	1				
การจัดการตนเอง	.03	.02	1			
ความวิตกกังวล	.14	-.37**	-.28**	1		
ภาวะซึมเศร้า	.07	-.20*	-.39**	.60**	1	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.04	0.00	-.03	-.11	-.20*	1

\*\* p < .01, \* p < .05

จากตารางที่ 10 แสดงว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.20$ ) แต่เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง และความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยพบว่า ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.20$ ) การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.39$ ) และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .60$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแปรดังกล่าวไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแต่มีความสัมพันธ์โดยส่งผ่านตัวแปรภาวะซึมเศร้านั่นเอง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาหาร การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาหาร การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
2. ประสบการณ์การมีอาหาร ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
3. การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมานานมากกว่า 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลของระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมานานมากกว่า 6 เดือน อายุระหว่าง 18-59 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 132 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 1.0, 1.0, 0.92 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อทดลองใช้ เท่ากับ 0.94, 0.81, 0.84 และ 0.71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.5 ( $\bar{X}$  = 49.92 ; SD = 8.95) สถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 64.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 52.3 ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 32.6 โดยมากมีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 20,000-39,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.80 มีระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย 12.95 ปี (SD = 11.33) โดยมากร้อยละ 47.73 พบในช่วง 10-19 ปี ได้รับยาต้านไวรัสมากถึง ร้อยละ 84.85 ซึ่งโดยมากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส Baraclude ร้อยละ 44.70

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 55.57, SD = 12.71) เมื่อพิจารณารายด้านของคุณภาพด้านสุขภาพ พบว่า มิติที่มีระดับสูงสุด ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ( $\bar{X}$  = 78.76, SD = 21.61) อยู่ในระดับดี รองลงมา ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.14 (SD = 26.24) อยู่ในระดับดีเช่นกัน ส่วนมิติที่มีระดับต่ำสุด ได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.07 (SD = 18.54) อยู่ในระดับไม่ดี และมิติด้านพลังในร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.87 (SD = 22.80) อยู่ในระดับไม่ดีเช่นกัน



3. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.20$ )

4. เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง และความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แต่ประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = -.20, -.39$  ตามลำดับ) และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .60$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.57 (SD= 12.71) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีรับรู้ด้านความเจ็บปวดทางกายและด้านพลังในร่างกายอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากตับมีหน้าที่เป็นเสมือนโรงงานผลิตและสะสมพลังงานต่างๆ โดยเก็บในรูปแบบของน้ำตาล และสร้างสารที่เป็นส่วนประกอบของโปรตีน ทำให้ร่างกายมีพลังงาน สร้างน้ำดีเพื่อช่วยย่อยอาหาร กรองและกำจัดสารพิษ เช่น ยา และ แอลกอฮอล์ เป็นแหล่งสะสมธาตุเหล็ก วิตามินและเกลือแร่ และสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนั้น ส่งผลให้ร่างกายสร้างปฏิกิริยาการตอบสนองต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดการฆ่าเซลล์ที่ติดเชื้อและหลังสารบางชนิด ซึ่งจะก่อให้เกิดการอักเสบและพยายามต้านไวรัสที่เข้าสู่เซลล์โดยการตอบสนองและทำปฏิกิริยากับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การเกิดการอักเสบแบบเรื้อรังทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับและเกิดแผล ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานในการทำลายเชื้อไวรัสมากขึ้น และทำให้การทำงานของตับไม่สามารถกรองของเสีย วิตามินหรือแร่ธาตุได้อย่างเต็มที่(สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2559; อาทิตย์ วงศ์แสนสุข, 2551) ส่งผลต่อความกระฉับกระเฉง ความมีพลังในการทำงาน ในระยะยาวทำให้ตับเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง สูญเสียการทำงานของตับ เกิดโรคที่รุนแรง เช่น ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ (ส่งผลผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ส่งผลกระทบต่อ การเดิน การออกไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ การออกกำลังกาย เป็นต้น) ส่วนด้านสุขภาพทั่วไป ด้านอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และด้านข้อจำกัดการทำบทบาท อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เกิดความรู้สึกหวั่นวิตกโรครังไม่ดำเนินไปถึงระยะรุนแรง ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายัง

สามารถทำงานได้ตามปกติ และเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคอย่างปลอดภัย โดยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับตนเอง เช่น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อรา Alpha toxin เช่น ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ข้าวสารที่เก็บไว้นานจนเกิดเชื้อรา งดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายของเชื้อโรค รักษาสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้แจ่มใส โดยออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่รุนแรง และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม (Kate et al., 2013; SA Health, 2017; พัสมณท์ คุ่มทวีพร และคณะ, 2558; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Doan Thi Ben et al. (2017) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 50.81) เช่นกัน และผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูงถึงร้อยละ 84.85 ซึ่งการได้รับยาต้านไวรัสมีผลในการลดจำนวนเชื้อไวรัส ทำให้ลดการทำงานตับเพื่อกำจัดเชื้อลงด้วย และเซลล์ตับไม่ถูกทำลายมากขึ้น ทำให้ตับสามารถสร้างพลังงานให้ร่างกายได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xue et al. (2017) ที่พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา คุณภาพชีวิตด้านการทำงานของร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

**วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมี อาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง**

### 2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.20$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าต้องการการดูแลคุณภาพชีวิตด้านนี้มาก เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้ามีต่อการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างลึกซึ้ง และอาจมีอาการทางด้านจิตใจอื่น ๆ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ต้องรักษา และติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้เกิดความคิดหรือทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ben et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vu et al. (2019) ที่พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 37.5 เคยมีอาการซีมเศร่า และร้อยละ 31.4 มีอาการซีมเศร่าในระดับน้อย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังยังสัมพันธ์กับความเสียงที่สูงขึ้นของภาวะซีมเศร่าและด้านเศรษฐกิจพบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงมากขึ้น (Kayaastan & Guner, 2017) โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนต่อปีมากถึง 4,552 ดอลลาร์สหรัฐ (Lu et al., 2013) ซึ่งระดับรายได้ที่ลดลง การว่างงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซีมเศร่า และส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

## 2.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของเพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง และความวิตกกังวล กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังแล้ว พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง และความวิตกกังวล แต่

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของเพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังแล้ว พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังหญิง และชาย ยอมรับว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วย มีการเกิดโรคได้ไม่ต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ดูแลจัดการตนเองได้ดี สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตทั้งเพศหญิงและเพศชายอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Karacaer et al. (2016) ที่พบว่าเพศชายหรือหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศตุรกี แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ที่พบว่า ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชาวจีนตอนใต้เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย (Lam et al., 2009)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว พบว่าประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แต่ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซีมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.20$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีการรับรู้และการตอบสนองต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต โดยผู้ป่วยรับรู้ว่ามีเมื่อมีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับมากจะส่งผลให้มีความเครียดกับโรคที่เป็นและมีเมื่อมีความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการต่อไปจะส่งผลให้เกิดภาวะซีมเศร่าในเวลาต่อมาได้ โดยเริ่มแยกตัวออกจากสังคม

เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hann et al. (2008) ที่พบว่า การมี อาการ อ่อนล้า เบื่ออาหาร ปวดกล้ามเนื้อ/ข้อ คลื่นไส้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และการศึกษาของ Ben et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว พบว่าการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แต่การจัดการตนเองมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.39$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังรับรู้ว่ามี แพทย์หรือทีมสุขภาพบอกมีความสำคัญกับตนเองจึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงการนำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันหรือจัดการกับภาวะซึมเศร้า หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมเกิดผลกระทบน้อยที่สุด แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zandi et al. (2005) ที่พบว่า การดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เนื่องจากปัจจุบันนี้มีการรักษาที่ครอบคลุมมากขึ้น มีการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการต้านไวรัสได้ จึงทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้ แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Doan Thi Ben et al., 2017; Hasanpour-Dehkordi et al., 2016; Mohamed et al., 2012) ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เนื่องจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน การถูกปฏิเสธเข้าทำงานและผลกระทบจากการดำเนินของโรค นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้ เข้าถึงเทคโนโลยีและสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาและวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น รู้สึกปลอดภัย ไม่หวาดหวั่นหรือหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่

จากผลการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรพบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.20$ ) การจัดการตนเองมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.39$ ) และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .60$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแปรดังกล่าวไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรง

กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแต่มีความสัมพันธ์โดยส่งผ่านตัวแปรภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก

ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการและการตอบสนองต่อความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต โดยผู้ป่วยรับรู้ว่ามีเมื่อมีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับมากจะส่งผลให้มีความเครียดกับโรคที่เป็นและมีเมื่อมีความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการต่อไปจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมาได้ โดยเริ่มแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hann et al. (2008) ที่พบว่าการมีอาการ อ่อนล้า เบื่ออาหาร ปวดกล้ามเนื้อ/ข้อ คลื่นไส้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่งหากประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีความถี่ ความรุนแรง และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จะส่งผลให้ทำลายความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองต่ำต้อย รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้(มานิช หล่อตระกูล, 2544)

การจัดการตนเองเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังว่าหากมีความเจ็บป่วยขึ้นก็ต้องมีการจัดการการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการ ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมเกิดผลกระทบน้อยที่สุด ดังนั้นเข้าถึงการแสวงหาข้อมูลและเรียนรู้ เกี่ยวกับโรค อาการ การดูแลตนเอง การควบคุมโรคจากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต วิทยุหรือโทรทัศน์ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้านหรือเมื่อมาพบแพทย์แล้วรับรู้ว่ามีสิ่งที่แพทย์หรือทีมสุขภาพบอกมีความสำคัญกับตนเองจึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้นำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมเกิดผลกระทบน้อยที่สุด หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลึกลับกลอน ร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย และอาจไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ(ภัทรกร วิริยวงศ์, 2551)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเป็นการรับรู้ ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เป็นอาการทางจิตที่ตอบสนองต่อความกลัวซึ่งอาจไม่ทราบสาเหตุ มักพบว่าเป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วย ภาวะวิตกกังวลเกิดจากการถูกคุกคาม หรือ การได้รับอันตราย ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการที่บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจากการถูกคุกคามด้านสุขภาพ และจากการศึกษาของ Mohamed et al. (2012) พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน การถูกปฏิเสธเข้าทำงานและผลกระทบจากการดำเนินของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล หรือเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ ก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต และแยกตัวจากสังคมในที่สุด(มานิช หล่อตระกูล, 2544)

จากผลการวิจัยนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในแนวคิดของ Wilson & Cleray (1995) บางส่วน ดังนี้ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ส่วนประสบการณ์การมีอาการ และความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์ผ่านภาวะซึมเศร้า นั่นคือ สภาวะอาการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิต

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังโดยจัดกระทำกับภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ยังสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาจัดกระทำกับประสบการณ์การมีอาการ ความวิตกกังวล และการจัดการตนเอง ได้อีกด้วย เนื่องจากตัวแปรที่กล่าวมาแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านทางภาวะซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมในทุกๆด้าน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งงานวิจัยนี้ยังไม่ได้นำมาศึกษา จึงควรมีการคัดเลือกปัจจัยอื่นๆมาศึกษาเพิ่มเติม หรือควรมีการคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาศึกษาเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทย ฉบับย่อ โดยวัชรลี เลอमानกุลและ ปารณีย์ มีแต้ม (2546) มีการคำนวณคะแนนที่ต้องนำคะแนนมาแปลงจากมาตรวัดที่ละเอียดมาเป็นคะแนนมาตรวัดที่กว้างขึ้น อีกทั้งจำนวนข้อของแต่ละมิติในแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีจำนวนข้อและการให้คะแนนที่ไม่เท่ากันทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาและใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากยิ่งขึ้น

3. การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดอื่นเพื่อให้ครอบคลุมในทุกๆด้านของผู้ป่วย



## บรรณานุกรม

- กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562-2564. ใน. *กองนวัตกรรมการและวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 1, 37-39  
ขจรศักดิ์ มีมงคลกุลดิลก. (2544). *ความสัมพันธ์ของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกับโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง*.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จันทร์รัตน์ เรือสันติ. (2556). การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคตับอักเสบบี. *พยาบาลสาร*, 40(4),  
177-185.
- ชาติวุฒิจำจด. (2548). การให้ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีสำหรับบุคลากรทางการแพทย์.  
*จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 49(2), 103-112.
- ณัฐพร ภูไพบูลย์. (2563). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ชายขอบ  
ไทย-พม่า. *สวรรณสารเวชสาร*, 17(1), 1-8.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ประคอง กรรณสูต. (2538). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ เอื้อวรากุล. (2542). *การทำลายเชื้อไวรัส*. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและ  
พาหะนำโรค กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved from  
[http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc\\_nih/a\\_nih\\_1\\_001c.asp?info\\_id=405](http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=405)
- ปัฐยาวัชร ปรากุณผล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สรวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อย  
ศรีสวัสดิ์ และสำราญ จันทร์พงษ์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มี  
ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *สถาบันพระบรมราชชนก  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. Retrieved from  
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371>
- ปิยะณัฐ อมรชิวานันท์, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, วิชชุดา เจริญกิจการ และ ทวีศักดิ์ แทนวันดี. (2558).  
อาการไม่พึงประสงค์และอิทธิพลของอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง. *J Nurs Sci*  
33(2), 19-28.
- พัสมณฑิ คัมทวีพร และคณะ. (2558). *พยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ทีเอสบี  
โปรดักส์.
- ไพศาล ัญญาวินิชกุล, สมยศ กิตติสุภรณ์พันธ์, นิพิชฌน์ พรหมมี, วรวรรณ วสุโสภาพล, สุรพันธ์ แสง



- สว่าง, สุรเชษฐ์ อรุโณทอง และ สมบัติ แทนประเสริฐสุข. (2560). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(2), 102-109.
- มฤดี ชาตรีเวโรจน์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วนิดา อารยะเลิศ, ชนกพร จิตปัญญา และ ระพีณ ผลสุข. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. *วารสารแพทยนาวิ*, 43(3), 37-56.
- วรัญญา กิจคุณาเสถียร. (2547). *การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะพยาธิสภาพของตับในผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังจากเชื้อไวรัสบี ที่มีระดับเอนไซม์ เอแอลที เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วัชรী เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai J. Pharm. Sci.*, 29(1-2), 69-88.
- วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ. (2551). การรักษาดับอักเสบบีเรื้อรังจากไวรัสตับอักเสบบี. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 7(3), 116-146.
- ศรินยา พงศ์พันธุ์. (2558). โรคตับอักเสบบี. ใน สำนักกระบวนวิชา, *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558* (พิมพ์ครั้งที่ 7), 114-117. กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิชา.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2559). *ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรังในประเทศไทย ปี 2558*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง ๕๐๖ Hepatitis B*. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. Retrieved 14 ส.ค. 2561  
[http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d12\\_3061.pdf](http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d12_3061.pdf)
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ตำราวัคซีนและการสร้างเสริม*

- ภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สีดา สอนศรี และคณะ. (2559). เอเชียตะวันออกเฉียงใต้: การเมือง เศรษฐกิจ และการต่างประเทศ (พ.ศ.2550-2558). *วารสารการเมืองการปกครอง*, 6(1), 1-24.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อาทิตย์ วงศ์แสนสุข. (2551). ธรรมชาติและการดำเนินโรคของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 7(3), 98-113.
- AASLD. (2018). Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*, 67(4), 1560-1599. doi:10.1002/hep.29800
- Adrian R. Levy, Kris V. Kowdley, Uchenna Iloeje, Eskinder Tafesse, Jayanti Mukherjee, Robert Gish, . . . Andrew H. Briggs. (2008). The impact of chronic hepatitis B on quality of life: A multinational study of utilities from infected and uninfected persons. *Value in Health*, 11(3), 527-536.
- Apinya Leerapun. (2018). HBeAg positive chronic HBV with persistent normal ALT: Not treat now. *Thai Journal of Hepatology*, 1(2), 1-4. doi:10.30856/th.jhep2018vol1iss2\_01
- Bao, Z.-J., Qiu, D.-K., Ma, X., Fan, Z.-P., Zhang, G.-S., Huang, Y.-Q., . . . Zeng, M.-D. (2007). Assessment of health-related quality of life in Chinese patients with minimal hepatic encephalopathy. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 13(21), 3003.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103(5), 1524-1530.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: University of Pennsylvania Press.
- Ben, D. T., Puwarawuttipanit, W., & Thosingha, O. (2017). Factors related to quality of life among patients with chronic hepatitis B infection in vietnam. *Nursing Science*

*Journal of Thailand*, 35(3), 39-46.

Center for Disease Control and Prevention. (2018). HRQOL Concepts. Retrieved from April 9, 2019 <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

Chawla, K. S., Talwalkar, J. A., Keach, J. C., Malinchoc, M., Lindor, K. D., & Jorgensen, R. (2016). Reliability and validity of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) in adults with non-alcoholic steatohepatitis (NASH). *BMJ Open Gastroenterology*, 3(1), e000069.

Chen, M.-C., Hung, H.-C., Chang, H.-J., Yang, S.-S., Tsai, W.-C., & Chang, S.-C. (2017). Assessment of educational needs and quality of life of chronic hepatitis patients. *BMC Health Services Research*, 17(1), 148.

Chisari, F. V., Isogawa, M., & Wieland, S. F. (2010). Pathogenesis of hepatitis B virus infection. *Pathol Biol (Paris)*, 58(4), 258-266. doi:10.1016/j.patbio.2009.11.001

Croagh, C. M., & Lubel, J. S. (2014). Natural history of chronic hepatitis B: phases in a complex relationship. *World Journal of Gastroenterology*, 20(30), 10395.

Di Marco, V., Iacono, O. L., Cammà, C., Vaccaro, A., Giunta, M., Martorana, G., . . . Craxi, A. (1999). The long-term course of chronic hepatitis B. *Hepatology*, 30(1), 257-264.

Diema, K., Kombat, J., Elisha, L., Cecilia, N., Mogre, V. J. I. J. o. M., & Sciences, H. (2016). Coping mechanisms used by persons diagnosed with hepatitis B virus infection at the Tamale Teaching Hospital. 5(4), 245-253.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

EASL. (2017). European association for the study of the liver clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*, 67(2), 370-398.

Fan, J. Y., Huang, T. J., Jane, S. W., & Chen, M. Y. (2015). Prevention of liver cancer through the early detection of risk-related behavior among hepatitis B or C carriers. *Cancer Nurs*, 38(3), 169-176. doi:10.1097/NCC.0000000000000153

Feld, J., Janssen, H. L., Abbas, Z., Elewaut, A., Ferenci, P., Isakov, V., . . . Ono, S. K.

- (2016). World gastroenterology organisation global guideline hepatitis B: September 2015. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 50(9), 691-703.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Ferrer, M., Córdoba, J., Garin, O., Olivé, G., Flavià, M., Vargas, V., . . . Alonso, J. (2006). Validity of the Spanish version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a standard outcome for quality of life assessment. *Liver Transplantation*, 12(1), 95-104.
- Fontana, R. J. (2009). Side effects of long-term oral antiviral therapy for hepatitis B. *Hepatology*, 49(S5), S185-S195.
- Gaberson, K. B. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal*, 54(6), 1258-1261.
- George, D., & Mallery, M. (2003). Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Gutteling, J., De Man, R., Van Der Plas, S., Schalm, S., Busschbach, J., & DARLINGTON, A. S. (2006). Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 23(11), 1629-1635.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hann, H. W., Han, S. H., Block, T., Harris, M., Maa, J. F., Fisher, R., & Atillasoy, E. (2008). Symptomatology and health attitudes of chronic hepatitis B patients in the USA. *Journal of Viral Hepatitis*, 15(1), 42-51.
- Hasanpour-Dehkordi, A., Mohammadi, N., & Nikbakht-Nasrabadi, A. (2016). Re-designing Orem's self-care theory for patients with chronic hepatitis. *Indian Journal Palliat Care*, 22(4), 395-401. doi:10.4103/0973-1075.191754
- Hilleman, M. R. (2003). Critical overview and outlook: pathogenesis, prevention, and treatment of hepatitis and hepatocarcinoma caused by hepatitis B virus. *Vaccine*, 21(32), 4626-4649. doi:10.1016/s0264-410x(03)00529-2

- Hoofnagle, J. H., Dusheiko, G. M., Seeff, L. B., Jones, E. A., Waggoner, J. G., & Bales, Z. B. (1981). Seroconversion from hepatitis B e antigen to antibody in chronic type B hepatitis. *Annals of Internal Medicine*, *94*(6), 744-748.
- Houghton-Rahrig, L. D., Schutte, D. L., von Eye, A., Fenton, J. I., Given, B. A., & Hord, N. G. (2013). Exploration of a symptoms experience in people with obesity-related nonalcoholic fatty liver disease. *Nursing Outlook*, *61*(4), 242-251. e242.
- Karacaer, Z., Cakir, B., Erdem, H., Ugurlu, K., Durmus, G., Ince, N. K., . . . Yilmaz, E. M. (2016). Quality of life and related factors among chronic hepatitis B-infected patients: a multi-center study, Turkey. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1), 153.
- Karaivazoglou, K., Iconomou, G., Triantos, C., Hyphantis, T., Thomopoulos, K., Lagadinou, M., . . . Assimakopoulos, K. (2010). Fatigue and depressive symptoms associated with chronic viral hepatitis patients. health-related quality of life (HRQOL). *Ann Hepatol*, *9*(4), 419-427.
- Kate, J., Joanne, C., & Stephane, R. (2013). Hepatitis B virus part 1: risk factors, blood results and nursing care. *Gastrointestinal Nursing*, *11*(3), 37-41.
- Kathryn Oakes. (2014). Chronic hepatitis B 2: management of chronic hepatitis B virus *Nursing Times*, 110(8).
- Kayaaslan, B., & Guner, R. (2017). Adverse effects of oral antiviral therapy in chronic hepatitis B. *World Journal of Hepatology*, *9*(5), 227.
- Keltner, N., Schwecke, L., & Bostrom, C. (1995). *Psychiatric nursing*, ed 2, St. In: Louis.
- Keskin, G., Gümüs, A. B., & Orgun, F. (2013). Quality of life, depression, and anxiety among hepatitis B patients. *Gastroenterology Nursing*, *36*(5), 346-356.
- Kim, S. H., Oh, E. G., & Lee, W. H. (2006). Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(8), 1047-1056.
- Kollia, Z., Patelarou, E., Vivilaki, V., Kollia, E., Kefou, F., Elefsiniotis, I., . . . Brokalaki, H. (2010). Translation and validation of the Greek chronic liver disease questionnaire. *World Journal of Gastroenterology*, *16*(46), 5838.
- Kong, L.-N., Zhu, W.-F., He, S., Wang, T., & Guo, Y. (2018). Development and preliminary validation of the chronic hepatitis B self-management scale. *Applied Nursing*

*Research, 41, 46-51.*

- Lam, E. T., Lam, C. L., Lai, C., Yuen, M., Fong, D. Y., & So, T. M. (2009). Health-related quality of life of Southern Chinese with chronic hepatitis B infection. *Health and Quality of Life Outcomes, 7*(1), 52.
- Larson, P., Carriere-Kohlmann, V., & Dodd, M. (1994). The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management. Faculty Group: A model of symptom management. *Image, 26, 272-276.*
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27.
- Leroi, C., Adam, P., Khamduang, W., Kawilapat, S., Ngo-Giang-Huong, N., Ongwandee, S., . . . Jourdain, G. (2016). Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. *Internal Journal Infection Disease, 51, 36-43.* doi:10.1016/j.ijid.2016.08.017
- Levy, A. R., Kowdley, K. V., Iloeje, U., Tafesse, E., Mukherjee, J., Gish, R., . . . Briggs, A. H. (2008). The impact of chronic hepatitis B on quality of life: a multinational study of utilities from infected and uninfected persons. *Value in Health, 11*(3), 527-538.
- Liaw, Y.-F., Tsai, S.-L., Sheen, I.-S., Chao, M., Yeh, C.-T., Hsieh, S.-Y., & Chu, C.-M. (1998). Clinical and virological course of chronic hepatitis B virus infection with hepatitis C and D virus markers. *The American Journal of Gastroenterology, 93*(3), 354.
- Liu, Y., Zhang, S., Zhao, Y., Du, J., Jin, G., Shao, S., & Lu, X. (2016). Development and application of the Chinese (Mainland) version of Chronic Liver Disease Questionnaire to assess the health-related quality of life (HRQOL) in patients with chronic hepatitis B. *Plos One, 11*(9), e0162763.
- Lok, A. S., & McMahon, B. J. (2009). Chronic hepatitis B: update 2009. *Hepatology, 50*(3), 661-662.
- Lu, J., Xu, A., Wang, J., Zhang, L., Song, L., Li, R., . . . Lu, M. (2013). Direct economic burden of hepatitis B virus related diseases: evidence from Shandong, China. *BMC Health Services Research, 13*(1), 37.
- McGowan, P. (2005). *Self-management: a background paper*. Paper presented at the

- New perspectives: international conference on patient self-management.
- Michael Sharpe, & David Wilks. (2002). Fatigue *BMJ*, 325, 480-483.
- Mohamed, R., Ng, C. J., Tong, W. T., Abidin, S. Z., Wong, L. P., & Low, W. Y. (2012). Knowledge, attitudes and practices among people with chronic hepatitis B attending a hepatology clinic in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 601.
- NICE. (2013). Hepatitis B (chronic): diagnosis and management. Retrieved from June 8 , 2019 <https://www.nice.org.uk/guidance/CG165/chapter/1-Recommendations#monitoring>
- Ong, S. C., Mak, B., Aung, M. O., Li, S. C., & Lim, S. G. (2008). Health-related quality of life in chronic hepatitis B patients. *Hepatology*, 47(4), 1108-1117. doi:10.1002/hep.22138
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*.
- Pérez San Gregorio, M. d. l. Á., Martín Rodríguez, A., Domínguez Cabello, E., Fernández Jiménez, E., Borda Mas, M. d. l. M., & Bernardos Rodríguez, Á. (2012). Mental health and quality of life in liver transplant and cirrhotic patients with various etiologies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 203-218.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., . . . Norton, L. (1994). The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1326-1336.
- SA Health. (2017). *Nursing Model of Care for Viral Hepatitis Management in South Australia* Government of South Australia.
- Shepard, C. W., Simard, E. P., Finelli, L., Fiore, A. E., & Bell, B. P. (2006). Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. *Epidemiologic Reviews*, 28(1), 112-125.
- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Satitpornkul, P., & Sripetch, C. (2004). Chronic liver disease questionnaire: translation and validation in Thais. *World*

- Journal of Gastroenterology*, 10(13), 1954.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. *Cross-cultural anxiety*.
- T. Jake Liang. (2009). Hepatitis B: The virus and disease. *Hepatology* 49(5), 1-4.
- Taheri Ezbarami, Z., Hassani, P., Zagheri Tafreshi, M., & Alavi Majd, H. (2017). A qualitative study on individual experiences of chronic hepatitis B patients. *Nursing Open*, 4(4), 310-318.
- Tan, N., Cheah, S., Teo, E., & Yang, L. (2008). Patients with chronic hepatitis B infection: what is their quality of life? *Singapore Medical Journal*, 49(9), 682.
- Taşbakan, M. I., Sertöz, Ö. Ö., Pullukçu, H., ÇALIK, Ş., SİPAHI, O. R., & Yamazhan, T. (2010). Comparison of quality of life in hepatitis B virus carriers versus chronic hepatitis B virus carriers versus the normal population. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(4), 575-583.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Van Der Plas, S. M., Hansen, B. E., De Boer, J. B., Stijnen, T., Passchier, J., Rob, A., & Schalm, S. W. (2004). The liver disease symptom index 2.0; validation of a disease-specific questionnaire. *Quality of Life Research*, 13(8), 1469-1481.
- Vu, T. T. M., Le, T. V., Dang, A. K., Nguyen, L. H., Nguyen, B. C., Tran, B. X., . . . Ho, R. (2019). Socioeconomic vulnerability to depressive symptoms in patients with chronic hepatitis B. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 255.
- Wang, X., Wang, L., Zhang, H., Xu, M., & Shao, L. (2017). Application of individualized nursing intervention in patients with chronic hepatitis B. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 10(3), 5286-5292.
- Ware. (1993). SF-36 health survey: manual and interpretation guide. *Health Institute*.
- Ware, & Sherbourne. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- WHO. (2018). Hepatitis B. Retrieved from 28 Aug 2018 <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- WHO. (2020). Hepatitis B. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact->




sheets/detail/hepatitis-b.

- WHOQOL-BREF, W. (1996). Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment—Field Trial Version. *Geneva, Switzerland*.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, *273*(1), 59-65.  
doi:10.1001/jama.1995.03520250075037
- Woo, G., Tomlinson, G., Yim, C., Lilly, L., Therapondos, G., Wong, D. K., . . . Heathcote, E. J. (2012). Health state utilities and quality of life in patients with hepatitis B. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *26*(7), 445-451.
- Xue, X., Cai, S., Ou, H., Zheng, C., & Wu, X. (2017). Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B during antiviral treatment and off-treatment. *Patient Preference and Adherence*, *11*, 85.
- Younossi, Z., Guyatt, G., Kiwi, M., Boparai, N., & King, D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*, *45*(2), 295-300.
- Zandi, M., Adib-Hajbagheri, M., Memarian, R., Nejhad, A. K., & Alavian, S. M. (2005). Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran Hepatitis Center. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*(1), 35.
- Zhuang, G., Zhang, M., Liu, Y., Guo, Y., Wu, Q., Zhou, K., . . . Zhang, X. (2014). Significant impairment of health-related quality of life in mainland Chinese patients with chronic hepatitis B: a cross-sectional survey with pair-matched healthy controls. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*(1), 101.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, *12*(1), 63-70.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และตารางแสดงการพิจารณาความสอดคล้อง  
กับเนื้อหาของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ชื่อ	ความชำนาญ	สถานที่ทำงาน
รศ.นพ. วัชรศักดิ์ โชติยะปุตตะ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริราช	อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการ พยาบาลอายุรศาสตร์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ	พยาบาลวิชาชีพฝ่ายพัฒนา บุคลากร ฝ่ายการพยาบาล	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางสาวนงลักษณ์ สรรสม	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขา อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์	หอผู้ป่วยวิบูลย์ลักษณ์ โรงพยาบาลศิริราช

## ข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

### แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ

- ปรับแก้ไข โดยการตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีออก และลดจำนวนข้อคำถามลง ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32 และข้อที่ 34
- รวมข้อคำถามข้อที่ 16 รู้สึกเศร้าใจ และข้อที่ 18 กังวล/กลุ้มใจ ปรับแก้เป็น รู้สึกเศร้าใจ กังวล/กลุ้มใจ
- รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

### แบบสอบถามการจัดการตนเอง

- ข้อที่ 1 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าใช้ยาต้านไวรัสตามที่แพทย์สั่ง” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าทานยาต้านไวรัสตามคำแนะนำของแพทย์”
- ข้อที่ 3 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าเฝ้าระวังอาการของโรคนี้” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าสังเกตอาการของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”
- ข้อที่ 4 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เมื่อมีอาการหรืออาการทรุดลง” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เมื่ออาการของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังปรากฏหรือรุนแรงขึ้น”
- ข้อที่ 5 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าพยายามบรรเทาอาการปวดเฉพาะที่หรืออาการเหนื่อยอ่อน” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าพยายามบรรเทาอาการปวดบริเวณตับหรืออาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า”
- ข้อที่ 9 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้ารับประทานผักและผลไม้สดในระดับปานกลาง” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารับประทานผักและผลไม้ที่สดสะอาด”
- ข้อที่ 11 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าปรับเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกายตามอาการ” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าปรับวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอาการของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”
- ข้อที่ 12 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้ามั่นใจว่านอนหลับพักผ่อนเพียงพอ” ปรับแก้ไขเป็น ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และเติมคำว่า “อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน”
- ข้อที่ 13 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าใช้ชีวิตตามปกติ” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ”
- ข้อที่ 14 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าคิดเชิงบวกเกี่ยวกับโรคนี้” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ามองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”
- ข้อที่ 16 ปรับแก้ข้อคำถามจาก “ข้าพเจ้าปรับอารมณ์ตนเองเมื่ออารมณ์ไม่ดี” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโมโห โกรธ หรือมีอารมณ์ทางลบ”

ข้อที่ 17 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าตอบสนองอย่างจริงจังกับการกีดกันโรคนี้” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าแสดงออกอย่างชัดเจนว่าไม่เห็นด้วยกับการแบ่งแยกผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังกับบุคคลอื่น”

ข้อที่ 19 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าร้องขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในการจัดการกับโรคนี้” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”

ข้อที่ 21 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้ามีการติดต่อสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”

ข้อที่ 22 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าหาทางออกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าร่วมวางแผนการรักษากับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ”

ข้อที่ 23 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้กับผู้ป่วยรายอื่น” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลของโรคกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังท่านอื่นๆ”

ข้อที่ 24 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าค้นหาความรู้เกี่ยวกับโรคนี้จากแหล่งต่างๆ” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าค้นหาความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจากแหล่งต่างๆด้วยตนเอง”

ข้อที่ 25 ปรับแก้ข้อความจาก “ข้าพเจ้าเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้อย่างครบถ้วน” ปรับแก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง”

#### **แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า**

-ปรับข้อความที่เป็นคำถามเชิงลบให้เรียงต่อกัน และข้อความเชิงบวกให้เรียงต่อกัน

#### **แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ**

- แก้ไขโดยใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่าท่านทุกคำ

ข้อที่ 5 ปรับแก้ข้อความจาก “ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่” ปรับแก้ไขคำว่า “กิจกรรมปกติประจำวัน เป็น กิจวัตรประจำวัน”

ข้อที่ 5.3 ปรับแก้ข้อความจาก “ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆโดยไม่ระมัดระวังอย่างที่เคยทำ” ปรับแก้ไข โดยตัดคำว่า “โดยไม่ระมัดระวังอย่างที่เคยทำ” ออก และใช้คำว่า “ได้ตามปกติ”

ข้อที่ 9.3 ปรับแก้ข้อความจาก “คุณรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรจะทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้หรือไม่” ปรับแก้ไข โดยตัดคำว่า “กระ” ออก

ข้อที่ 9.4 “คุณรู้สึกสงบสบายหรือไม่” ปรับแก้ไข โดยเพิ่มคำว่า “สบายใจ”

ตารางแสดงการพิจารณาความสอดคล้องกับเนื้อหาของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ 3,4	Item CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5		
<b>แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ</b>							
1.อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง	4	4	4	4	4	5	1
2.คลื่นไส้	4	4	4	4	4	5	1
3.รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	4	4	4	4	4	5	1
4.รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	3	4	4	4	4	5	1
5.อาเจียน	4	4	4	4	4	5	1
6.รู้สึกเศร้าใจ กังวล/กลัวหัวใจ	4	3	2	3	4	4	0.8
7.มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	3	4	4	3	3	5	1
8.คันตามร่างกาย	3	4	4	4	4	5	1
9.ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร.	3	4	4	4	4	5	1
10.เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	3	4	4	4	4	5	1
11.น้ำหนักลด	3	4	4	4	4	5	1
12.บวมบริเวณแขน/ขา	3	4	4	3	4	5	1
13.ปวดท้อง/รู้สึกเจ็บบริเวณชายโครงขวา	3	4	4	4	4	5	1
	ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม คำนวณโดยนำค่า I-CVI มาหาค่าเฉลี่ย Mean I-CVI = 1+1+1+1+0.8+1+1+1+1+1+1 = 12.8/13						0.98
	ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ นับจำนวนข้อที่มีค่า CVI $\geq$ .80 S-CVI = 13/13						1.0

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวน ผู้เชี่ยวชาญ ที่ตอบ 3,4	Item CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5		
<b>แบบประเมินการจัดการตนเอง</b>							
1.ข้าพเจ้าทานยาต้านไวรัสตามคำแนะนำ ของแพทย์	4	4	4	4	4	5	1
2.ข้าพเจ้าไปตรวจติดตามผลตามนัดหมาย	4	4	4	4	4	5	1
3.ข้าพเจ้าสังเกตอาการของโรคไวรัสตับ อักเสบบีเรื้อรัง	4	4	4	4	4	5	1
4.ข้าพเจ้าไปพบแพทย์เมื่ออาการของโรค ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังปรากฏหรือรุนแรง ขึ้น	1	4	4	4	4	4	0.8
5.ข้าพเจ้าพยายามบรรเทาอาการปวด บริเวณตับหรืออาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	3	4	3	4	4	5	1
6.ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงยาที่เป็นอันตรายต่อดี	4	4	4	4	4	5	1
7.ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เช่น มี ไขมันสูง หรืออาหารรสเค็ม	4	4	4	4	3	4	0.8
8.ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง	3	4	2	3	4	4	0.8
9.ข้าพเจ้ารับประทานผักและผลไม้ที่สด สะอาด	3	4	2	3	4	5	1
10.ข้าพเจ้างดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4	4	4	4	4	5	1
11.ข้าพเจ้าปรับวิธีการออกกำลังกายให้ เหมาะสมกับอาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง	4	4	4	4	4	5	1
12.ข้าพเจ้านอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน	4	4	4	4	4	5	1
13.ข้าพเจ้าดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ	4	4	3	3	4	5	1
14.ข้าพเจ้ามองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคไวรัส ตับอักเสบบีเรื้อรัง	4	4	3	4	4	5	1
15.ข้าพเจ้ามั่นใจว่าสามารถจัดการกับ อาการต่างๆของข้าพเจ้าได้	3	4	4	4	4	5	1
16.ข้าพเจ้าควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อ รู้สึกโมโห โกรธ หรือมีอารมณ์ทางลบ	3	4	4	4	4	5	1
17.ข้าพเจ้าแสดงออกอย่างชัดเจนว่าไม่เห็น ด้วยกับการแบ่งแยกผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับ อักเสบบีเรื้อรังกับบุคคลอื่น	4	4	4	3	3	5	1



ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ 3,4	Item CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5		
18.ข้าพเจ้ายังคงติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติ	4	4	4	4	4	5	1
19.ข้าพเจ้าขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเมื่อประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ	4	4	3	4	4	5	1
20.ข้าพเจ้ามีการติดต่อสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	4	4	3	3	3	5	1
21.ข้าพเจ้าปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	4	4	4	4	4	5	1
22.ข้าพเจ้าร่วมวางแผนการรักษากับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ	4	4	1	4	4	4	0.8
23.ข้าพเจ้าได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลของโรคกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังท่านอื่นๆ	4	4	4	4	4	5	1
24.ข้าพเจ้าค้นหาความรู้/รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจากแหล่งต่างๆด้วยตนเอง	4	4	4	4	4	5	1
25.ข้าพเจ้ารวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	4	4	4	4	4	5	1
	ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม คำนวณโดยนำค่า I-CVI มาหาค่าเฉลี่ย Mean I-CVI = 1+1+1+0.8+1+1+0.8+0.8+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+0.8+1+1+1 = 24.2/25						0.97
	ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการจัดการตนเอง นับจำนวนข้อที่มีค่า CVI $\geq$ .80 S-CVI = 25/25						1.0

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ 3,4	Item CVI	
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5			
แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า								
1. ฉันรู้สึกดีที่เครียด	3	4	4	3	4	5	1	
2. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	2	4	4	3	4	4	0.8	
3. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	2	4	4	3	4	4	0.8	
4. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร ซ้ำๆ ซาลงกว่าเดิม	3	4	3	4	4	5	1	
5. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	2	4	3	3	4	4	0.8	
6. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	3	4	3	3	4	5	1	
7. ฉันรู้สึกหวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	2	4	3	2	4	3	0.6	
8. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	2	4	3	3	4	4	0.8	
9. ฉันรู้สึกแสบในเสื่อบิกบาน	4	4	4	3	4	5	1	
10. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	4	4	4	3	4	5	1	
11. ฉันสามารถหัวเราะและมืออารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้	4	4	3	3	4	5	1	
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ	4	4	2	3	4	4	0.8	
13. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	4	4	4	3	4	5	1	
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้	4	4	4	4	4	5	1	
			ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม คำนวณโดยนำค่า I-CVI มาหาค่าเฉลี่ย					
			Mean I-CVI = 1+0.8+0.8+1+0.8+1+0.6+0.8+1+1+1+0.8+1+1					0.9
			ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นับจำนวนข้อที่มีค่า CVI $\geq$ .80					
			S-CVI = 13/14					0.92

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ 3,4	Item CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5		
<b>แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ</b>							
1. โดยทั่วไปท่านสามารถท่านบอกได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	4	4	4	4	4	5	1
2. โดยทั่วไปท่านสามารถท่านบอกได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	3	4	4	4	4	5	1
3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณปฏิบัติแต่ละวัน คุณคิดว่าสุขภาพของคุณในตอนนี้ มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้เต็มที่ หรือไม่ ถ้ามี มีแค่ไหน?							
3.1 กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	4	4	4	4	4	5	1
3.2 กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ ตู้บ้าน ด้วยไม้ถูพื้น เดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ	4	4	4	4	4	5	1
3.3 ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	3	4	3	3	3	5	1
4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพของคุณทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันต่างๆของคุณหรือไม่?							
4.1 ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	4	4	4	4	4	5	1
4.2 ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	4	4	4	4	4	5	1
4.3 ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	4	4	4	4	4	5	1
5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?							
5.1 ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	4	4	4	4	4	5	1
5.2 ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	4	4	4	4	4	5	1
5.3 ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆโดยไม่มีระดับระงับอย่างที่เคยทำ	4	4	4	3	4	5	1
6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านมากขึ้นเพียงใด							
	4	4	4	4	4	5	1

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบ 3,4	Item CVI
	ผู้เชี่ยวชาญ 1	ผู้เชี่ยวชาญ 2	ผู้เชี่ยวชาญ 3	ผู้เชี่ยวชาญ 4	ผู้เชี่ยวชาญ 5		
7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการปวดตามร่างกาย รุนแรงเพียงใด	2	4	4	4	4	4	0.8
8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของคุณ รบกวนการทำงานตามปกติของคุณ(ทั้งงานที่ทำงานและงานที่บ้าน)เพียงใด	2	4	4	4	4	4	0.8
9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับว่า คุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถามแต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด							
9.1 คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่าหรือไม่	3	4	4	4	4	5	1
9.2 คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่	3	4	4	4	4	5	1
9.3 คุณรู้สึกหุดห่อเศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้หรือไม่	3	4	4	4	4	5	1
9.4 คุณรู้สึกสุขสบายหรือไม่	3	4	4	3	3	5	1
10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้านบ่อยแค่ไหน	3	4	4	4	4	5	1
11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยเพียงไหนสำหรับท่าน							
11.1 ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น	4	4	4	4	4	5	1
11.2 ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีเท่ากับคนอื่นที่ฉันรู้จัก	4	4	4	4	4	5	1
11.3 ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	4	4	4	4	4	5	1
	ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม คำนวณโดยนำค่า I-CVI มาหาค่าเฉลี่ย Mean I-CVI = 1+1 = 20.6/21						0.98
	ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นับจำนวนข้อที่มีค่า CVI ≥ .80 S-CVI = 21/21						1.0

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว 64.11/ 1550



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภสวรรค์ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

| พุทธศักราช 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิศา เชื้อมโนชาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |   |  |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิชระศักดิ์ โชติยะบุตร | อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์<br>พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง<br>สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ |
| 2. นางสาวนงลักษณ์ สรรสม                           |  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิชระศักดิ์ โชติยะบุตร และนางสาวนงลักษณ์ สรรสม

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

รียนนิสิต นางสาวนันทิศา เชื้อมโนชาญ โทร. 06-245-0-5225

ที่ อว 64.11/ 1552



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทิศา เชื้อมโนชาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร สนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร สนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
ขื่อนิสิต	นางสาวนันทิศา เชื้อมโนชาญ โทร. 06-2450-5225

ที่ อว 64.11/ 1551



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๓ พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทธิดา เชื้อมโนชาญ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายพัฒนาบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร.นงลักษณ์ อนันตอาจ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

ชื่อนิสิต

นางสาวนันทธิดา เชื้อมโนชาญ โทร. 06-2450-5225



คณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เลขรับที่: 0931  
วันที่: 17 มิถุนายน 2563 เวลา: 11:20



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
ฝ่ายทรัพยากรบุคคล  
2 ถนนวิ่งหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ  
โทร.0 2419 8546 โทรสาร 0 2419 8769

ที่ อว 78.07/ 02568  
วันที่ 20 พฤษภาคม 2563  
เรื่อง อนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือที่ อว 64.11/1550 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เรียนเชิญนางสาวนงลักษณ์ สรรสม บุคลากรสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เข้าร่วมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยของนางสาวนันท์ธิดา เข้มโนชาญ ความแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิฯ ดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี  
เพื่อทราบ

18 มิถุนายน 2563 เวลา 12:55

18 มิถุนายน 2563 เวลา 13:33

18 มิถุนายน 2563 เวลา 14:04

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)  
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทราบ

21 มิถุนายน 2563 เวลา 11:53



เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวนันทิศา เขื่อนโนชาญ

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ คลินิกทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

คลินิกทางเดินอาหารและตับ ชั้น 4 โซน A โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์หมายเลขโทรศัพท์ 062-4505225

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน  ไม่มี  มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี 5 เดือน

ที่มาของโครงการวิจัย ไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเป็นปัญหาในระบบสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ในปี 2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง 257 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคตับแข็ง 720,000 ราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ 470,000 ราย และมีแนวโน้มว่าจะพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในกลุ่มประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.1 ในปี 2015 พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในประเทศไทยสูงถึง 3 ล้านคน จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังพบปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าการมีอาการเหนื่อยล้าทำให้มีความสามารถในการทำงานลดลง ด้านจิตใจมีความวิตกกังวล กลัวภาวะแทรกซ้อนของโรค กังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เรื่องการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน และด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมพบว่าถูกแบ่งแยกจากครอบครัวและในที่ทำงาน ขาดความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน รู้สึกเป็นตราบาป ถูกปฏิเสธเข้ารับทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต ไม่ดูแลสุขภาพและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งในปัจจุบันการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังไม่พบบทบาทที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นการมีองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลและปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความประสงค์นำความรู้ที่ได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย** 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้** เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ท่านที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนานมากกว่า 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ เนื่องจากท่านจะต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

**จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 132 คน**

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 1 ข้อ แบบแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินการจัดการตนเอง จำนวน 25 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกทางเดินอาหารและตับ โดยผู้ร่วมวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมงานวิจัย

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุตัวผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ปรากฏในรายงาน

4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ แบบสอบถามและบันทึกต่างๆ

**ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย** อาจจะไม่มี เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็น การตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น แต่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจจะต้องเสียเวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้

**หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้** ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

**หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย** ท่านสามารถติดต่อ นางสาวนันท์ริดา เชื้อมโนชาญ และหมายเลขที่จะสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง คือ 062-4505225

**ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย** ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพราะเนื่องจากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่แนวทางการพัฒนางานด้านความรู้ รูปแบบการพยาบาลสำหรับการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ** ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้

**ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง** ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมกรณีเป็นการวิจัยทางคลินิก ผลการวิจัยในภาพรวมนี้ได้จากเว็บไซต์ (<http://www.ClinicalTrials.gov/> <http://www.ClinicalTrials.in.th>) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน <http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร 0 2411 0162 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

**ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย** นางสาวนันทิศา เข้มโนชาญ

**สถานที่วิจัย** หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ คลินิกทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลศิริราช

**สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ**

คลินิกทางเดินอาหารและตับ ชั้น 4 โซน A โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์หมายเลขโทรศัพท์ 062-4505225

**ผู้สนับสนุนทุนวิจัย** ทุนส่วนตัว

**การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน**  ไม่มี  มี ระบุ.....

**ระยะเวลาในการวิจัย** 1 ปี 5 เดือน

**ที่มาของโครงการวิจัย** ไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเป็นปัญหาในระบบสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย ในปี 2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง 257 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคตับแข็ง 720,000 ราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ 470,000 ราย และมีแนวโน้มว่าจะพบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในกลุ่มประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.1 ในปี 2015 พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในประเทศไทยสูงถึง 3 ล้านคน จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังพบปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าการมีอาการเหนื่อยล้าทำให้มีความสามารถในการทำงานลดลง ด้านจิตใจมีความวิตกกังวล กลัวภาวะแทรกซ้อนของโรค กังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เรื่องการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวและเพื่อน และด้านการทำหน้าที่ด้านสังคมพบว่าถูกแบ่งแยกจากครอบครัวและในที่ทำงาน ขาดความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน รู้สึกเป็นตราบาป ถูกปฏิเสธเข้ารับทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต ไม่ดูแลสุขภาพและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งในปัจจุบันการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังไม่พบบทบาทที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นการมีองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้เป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลและปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความประสงค์นำความรู้ที่ได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย** 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก** ท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ท่านที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนานมากกว่า 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ เนื่องจากท่านจะต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

**จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 132 คน**

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการขอให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 1 ข้อ แบบแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินการจัดการตนเอง จำนวน 25 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที จำนวน 1 ครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกทางเดินอาหารและตับ โดยผู้ร่วมวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมงานวิจัย

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุตัวผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ปรากฏในรายงาน

4. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย ได้แก่ แบบสอบถามและบันทึกต่างๆ

**ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย** อาจจะไม่มี เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็น การตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น แต่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจจะต้องเสียเวลาส่วนตัวหรือเกิดความไม่สบายใจจากข้อความบางส่วนในแบบสอบถามได้

**หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้** ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

**หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย** ท่านสามารถติดต่อ นางสาวนันท์ริดา เชื้อมโนชาญ และหมายเลขที่จะสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง คือ 062-4505225

**ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย** ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพราะเนื่องจากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่แนวทางการพัฒนางานด้านความรู้ รูปแบบการพยาบาลสำหรับการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ** ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้

**ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง** ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมกรณีเป็นการวิจัยทางคลินิก ผลการวิจัยในภาพรวมนี้ได้จากเว็บไซต์ (<http://www.ClinicalTrials.gov/> <http://www.ClinicalTrials.in.th>) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน <http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๔๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร 0 2411 0162 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....





### Agreement to Use of Chronic Hepatitis B Self-management Scale

To: Nunthida Chuamanochan, Faculty of Nursing in Chulalongkorn University

I agreed you to use the **Chronic Hepatitis B Self-management Scale** developed by Ling-Na Kong et al.

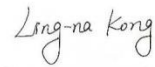
1. The scale is only used for research, and your research is about factors associated with health-related quality of life in chronic hepatitis B virus patients

2. The scale should be cited in the text and references as follows:

Kong Ling-Na, Zhu Wen-Fen, He Shan, Wang Tian, Guo Ying. Development and preliminary validation of the chronic hepatitis B self-management scale [J]. Applied Nursing Research, 2018, 41, 46-51.

3. Do not transfer the scale to others. If others need it, they will apply to Ling-Na Kong.

Applicant (signature):



Institution: School of Nursing, Chongqing Medical University

Date: July 20, 2019

### ***Chronic Hepatitis B Self-Management Scale***

**Directions:** This questionnaire aims to know your management of chronic hepatitis B in the past month. Please read and answer the following 25 questions carefully, and circle the number most relevant to your situation. There is no right or wrong answer. Please do not take more time on one question. If you are not sure about the answer to a question, please choose the most appropriate answer. Each question has only one answer. Please do not choose more or omit the answer.

1= never do   2=seldom do   3=sometimes do   4= often do   5=always do

Your information will remain strictly confidential. Thank you for cooperation.

	Items	never	seldom	sometimes	often	always
1	I take antiviral drugs according to instruction	1	2	3	4	5
2	I attend follow ups as required	1	2	3	4	5
3	I monitor the symptoms of CHB	1	2	3	4	5
4	I see a doctor if symptoms appear or aggravate	1	2	3	4	5
5	I try to relieve hepatic region pain or fatigue	1	2	3	4	5
6	I avoid drugs that are harmful to liver	1	2	3	4	5
7	I avoid certain food, such as high-fat or high-cholesterol and spicy foods	1	2	3	4	5
8	I take protein-rich food	1	2	3	4	5
9	I take moderate fresh vegetables and fruits	1	2	3	4	5
10	I drink	1	2	3	4	5
11	I adjust exercise according to symptoms	1	2	3	4	5
12	I ensure adequate sleep	1	2	3	4	5
13	I keep a regular life	1	2	3	4	5
14	I am optimistic with CHB	1	2	3	4	5
15	I am confident with managing the symptoms	1	2	3	4	5
16	I make self-emotion adjustment when in negative mood	1	2	3	4	5
17	I actively respond to discrimination against CHB	1	2	3	4	5
18	I maintain normal communication with other people	1	2	3	4	5
19	I seek support when in difficulties in coping with CHB	1	2	3	4	5

20	I keep good communication with health professionals	1	2	3	4	5
21	I consult health professionals about CHB	1	2	3	4	5
22	I work out difficulties with health professionals	1	2	3	4	5
23	I exchange disease information with other CHB patients	1	2	3	4	5
24	I acquire knowledge about disease from various resources	1	2	3	4	5
25	I keep the disease-related information complete	1	2	3	4	5

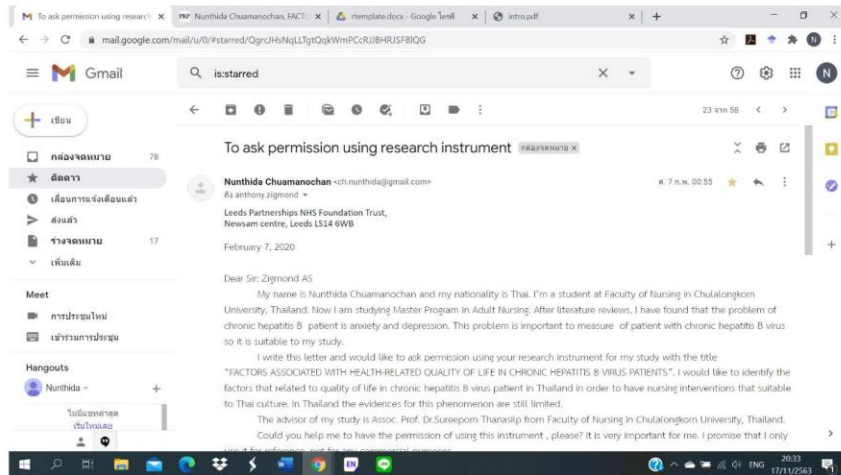
### Scoring method of for chronic hepatitis B patients self-management scale

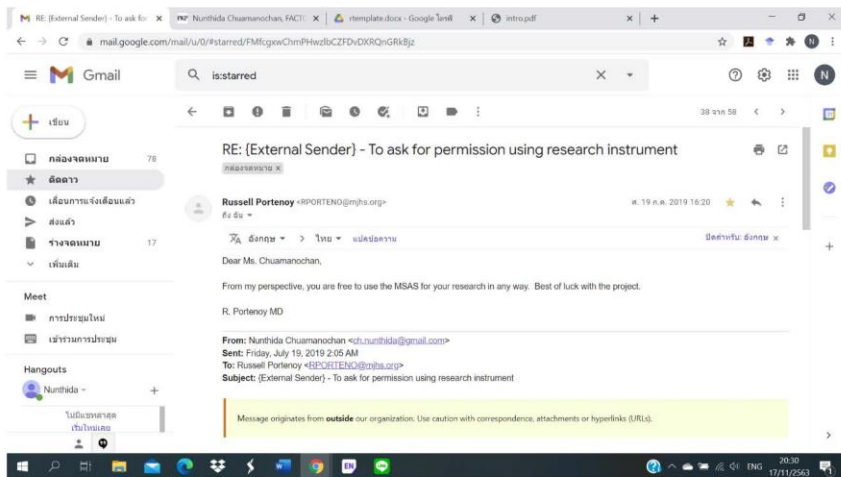
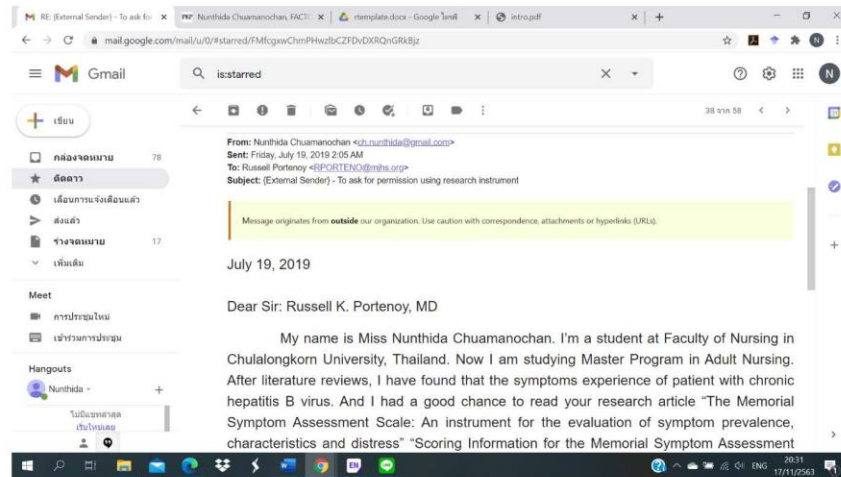
#### 1. Dimensions

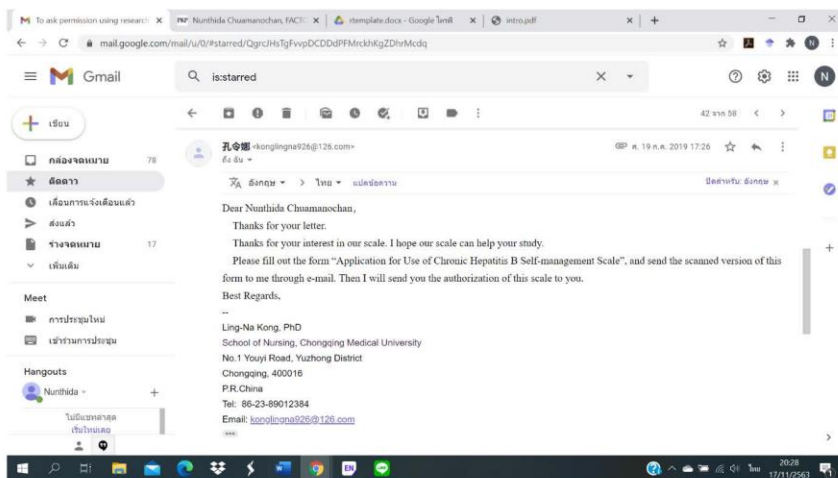
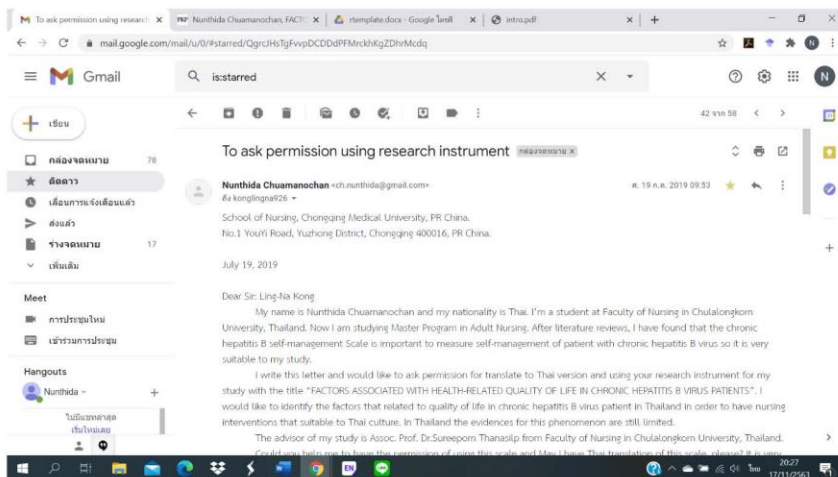
- (1) Symptom Management: Item 1-6
- (2) Lifestyle management: Item 7-13
- (3) Psychosocial coping: Item 14-19
- (4) Disease information management: Item 20-25

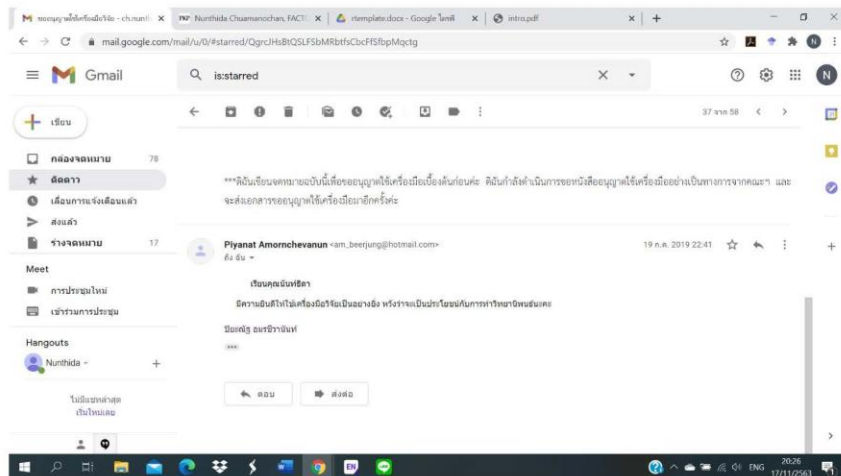
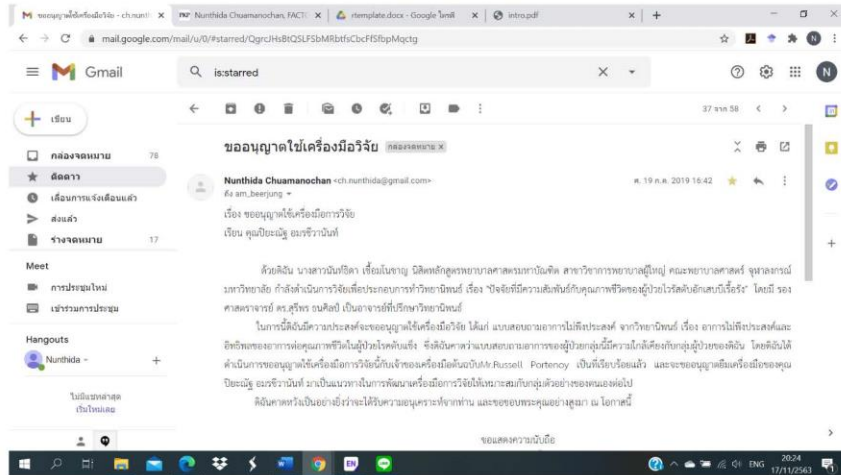
#### 2. Scoring Method

- (1) Items 1-9, 11-25: never, seldom, sometimes, often and always was scored 1, 2, 3, 4 and 5, respectively.
- (2) Item 10 is the reverse item: never, seldom, sometimes, often and always was scored 5, 4, 3, 2 and 1, respectively.

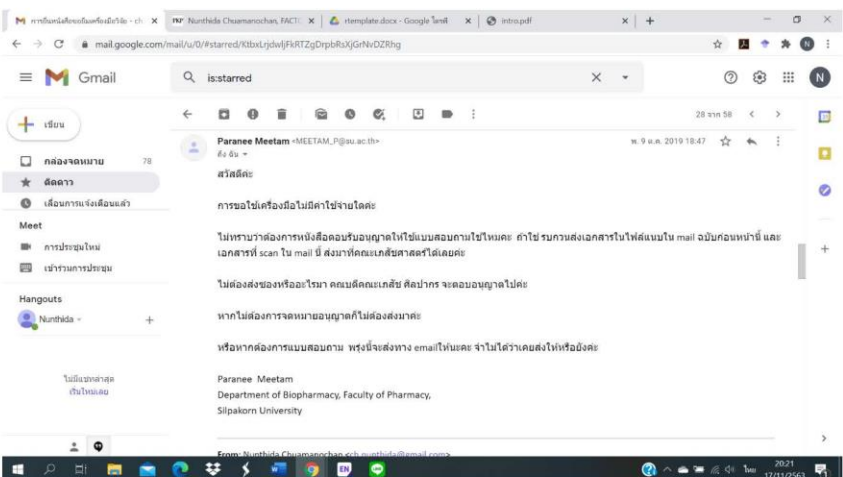
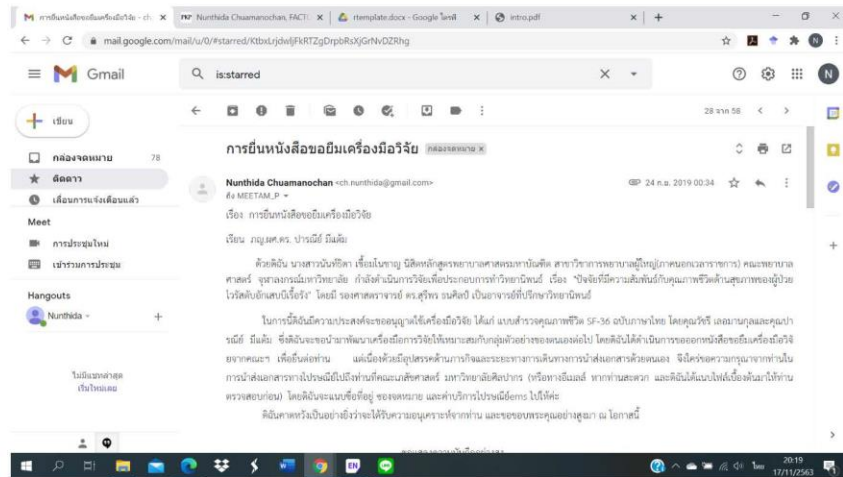












ที่ อว 64.11/ 1908



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

11 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการมี อาการไม่พึงประสงค์ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง อาการไม่พึงประสงค์และอิทธิพลของอาการต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ของ นางสาวปิยะฉัตร อมรชิวานันท์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2558) โดยมี รองศาสตราจารย์ คณิงนิจ พงศ์ถาวรวงมล เป็นอาจารย์ควบคุม วิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่าง สูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155

ข้อบิลิต

นางสาวนันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ โทร. 06-2450-5225





### แบบสอบถามการวิจัย

#### โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

เรียน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ดิฉัน นางสาวนันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร จนศิลป์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก การรับรู้และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของท่าน ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ทั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและการรักษาที่ท่านจะได้รับ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวนันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ

นิสิตปริญญาโทบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ส่วนที่ 2** แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม มีจำนวน 13 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเกิดอาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวน โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตรงตัวเลขหน้าช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทรมานจากอาการ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด หากท่านไม่มีอาการใดให้ทำเครื่องหมาย(-) ในช่องไม่มีอาการ

**การประเมินความถี่ของอาการ สามารถพิจารณา ดังนี้**

น้อยมาก หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้น 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินวันละ 1 ครั้ง

เกิดตลอด หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาอาการยังคงมีอยู่ไม่หายขาดเลย

ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมามีอาการดังข้างล่าง นี้หรือไม่	มีอาการ												
	ไม่มี อาการ	เกิดการป่วยเพียงใด				เกิดการรุนแรงเพียงใด				เกิดการทำให้กึ่งทุพพาน หรือรบกวน ชีวิตประจำวันเพียงใด			
		น้อย มาก (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	เกิดตลอด (4)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)	ไม่เคย (0)	เล็กน้อย (1)	พอควร (2)	ค่อนข้าง มาก (3)
1.อ่อนเพลีย/ง่วง/ไม่มีแรง													
2.คลื่นไส้													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
.													
.													
.													
13.ปวดท้อง/รู้สึกเจ็บบริเวณชาย โครงขวา													



**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการจัดการตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม มีจำนวน 25 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการอาการ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตรงกับท่านมากที่สุด

**การประเมิน สามารถพิจารณา ดังนี้**

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติ
น้อยมาก	หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติน้อยมาก
บางครั้ง	หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
สม่ำเสมอ	หมายถึง ท่านปฏิบัติทุกครั้ง

คำถาม	ไม่เลย	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
	1	2	3	4	5
1. ข้าพเจ้านายด้านไวรัสตามคำแนะนำของแพทย์					
2. ข้าพเจ้าไปตรวจติดตามผลตามนัดหมาย					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
25. ข้าพเจ้ารวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตั้งแต่ออกเสปปีเรียริง					



**ส่วนที่ 5** แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเอง ข้อมูลนี้จะช่วยสะท้อนว่าท่านรู้สึกอย่างไร และสามารถทำกิจกรรมตามปกติของท่านได้เพียงใด โปรดตอบทุกคำถามโดยเลือก

ในแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจจะตอบอย่างไรดี ให้เลือกคำตอบที่คิดว่าใกล้เคียงที่สุด

**1. โดยทั่วไปคุณสามารถบอกได้ว่าสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร**

ดีเลิศ  ดีมาก  ดี  พอใช้ได้  ไม่ดี

**2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว คุณพูดได้ว่าสุขภาพของคุณโดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร**

ตอนนี้ดีกว่าปีที่แล้ว  ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง  
 พอๆกับเมื่อปีที่แล้ว  ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง  
 ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว

**11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยเพียงไหนสำหรับท่าน**

	ถูกต้อง อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ค่อนข้างจะ ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง เลย
11.1 ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น					
11.2 ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นๆที่ฉันรู้จัก					
11.3 ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง					





COA No. 465/2020

IRB No. 149/63

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนันทิดา เชื้อมโนชาญ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

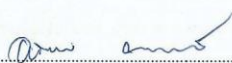
1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 3/4/63
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 14/02/63
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0 Date 3/4/63
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1.0 Date 14/02/63
5. แบบสอบถามการวิจัย Version 2.0 Date 3/4/63
6. จปประมาณ Version 1.0 Date 13/2/63

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## 11. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Nunthida Chuamanochan
- Assoc.Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp

ลงนาม ..... 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อภิชัย วสุรัตน์)  
รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม ..... 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา ทองคัน)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 14 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 13 เมษายน 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI  
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72  
Fax. +66 2411 0162

### Siriraj Institutional Review Board

#### Certificate of Approval

COA no. SI 303/2020

Protocol Title(English) : Factors associated with health-related quality of life in chronic hepatitis b virus patients  
 Protocol Title(Thai) : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง  
 SIRB Protocol No. : 202/2563(IRB2)  
 Principal Investigator/Affiliation : Miss Nunthida Chuamanochan / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University  
 Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital  
 Duration of research : 2 years  
 Approval date : April 15, 2020  
 Expired date : April 14, 2021

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

*Siriporn Pitimana-aree*

(Assoc. Prof. Siriporn Pitimana-aree, M.D.)  
Chairperson

20 APR 2020

date

*Prasit Watanapa*

(Prof.Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)  
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

21 APR 2020

date

#### Approval includes :

1. SIRB submission form, date April 14, 2020
2. Proposal
3. Participant information sheet, date April 10, 2020
4. Informed consent form, date April 10, 2020
5. Questionnaire
6. Curriculum vitae



หน่วยจรรยาบรรณการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐  
ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร. 0 2411 0162

ที่ อว 78.071/EC 00967  
วันที่ 20 มิ.ย. 2563

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นางสาวนันท์ธิดา เข้มโนชาญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 11 ข้อ สำหรับ โครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ในนามของคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง “ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง” รหัสโครงการ 202/2563(IRB2) ได้รับการรับรอง  
จากคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 จึงขอส่งเอกสารรับรอง (Certificate of  
Approval หรือ COA) และเอกสารแนบอื่นๆ ดังเอกสารแนบ มายังท่าน

พร้อมกันนี้คณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคนได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง  
แล้ว 11 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านปฏิบัติตามด้วย ตามเอกสารที่  
ส่งมาด้วย (สีชมพู)

คณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน ขออำนวยการให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัย  
สมความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

*Dr. U*

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริพร ปิติมานะอารี)  
ประธานคณะกรรมการจรรยาบรรณการวิจัยในคน





**ตารางที่ 11** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การมีอาการรายชื่อ และรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (n=132)

อาการ	SO n (ร้อยละ)	SF $\bar{x}$ (S.D.)	SS $\bar{x}$ (S.D.)	SD $\bar{x}$ (S.D.)
1. เชื้องซึม	83 (62.88)	1.11 (1.06)	0.83 (0.78)	0.55 (0.69)
2. อ่อนเพลีย	77 (58.33)	1.00 (1.06)	0.75 (0.78)	0.51 (0.70)
3. แน่นท้อง	77 (58.33)	0.99 (1.02)	0.77 (0.79)	0.48 (0.64)
4. คัด	68 (51.52)	0.80 (0.96)	0.64 (0.74)	0.48 (0.75)
5. เวียนศีรษะ	59 (44.70)	0.70 (0.92)	0.49 (0.60)	0.31 (0.55)
6. กลุ้มใจ	56 (42.42)	0.68 (0.92)	0.58 (0.73)	0.37 (0.70)
7. คลื่นไส้	47 (35.61)	0.44 (0.66)	0.40 (0.58)	0.18 (0.41)
8. เบื่ออาหาร	45 (34.09)	0.56 (0.91)	0.42 (0.68)	0.26 (0.56)
9. เจ็บชายโครง	43 (32.58)	0.51 (0.84)	0.42 (0.65)	0.28 (0.57)
ขวา				
10. น้ำหนักลด	33 (25.00)	0.39 (0.78)	0.31 (0.61)	0.14 (0.55)
11. มีปัญหาด้าน	28 (21.21)	0.31 (0.67)	0.24 (0.48)	0.08 (0.39)
เพศ				
12. อาเจียน	19 (14.39)	0.17 (0.43)	0.17 (0.42)	0.05 (0.21)
13. บวมแขน/ขา	19 (14.39)	0.18 (0.48)	0.17 (0.39)	0.08 (0.40)
<b>รวม</b>	-	48.30 (12.29)	46.23 (13.80)	43.29 (15.93)

หมายเหตุ SO คือ จำนวนการเกิดอาการ, SF คือ มิติด้านความถี่, SS คือ มิติด้านความรุนแรงของอาการ, SD คือ มิติความรู้สึกรบกวนหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากตารางที่ 11 แสดงถึงประสบการณ์การมีอาการเป็นรายชื่อและรายด้านของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง อาการที่เกิดมากที่สุด 3 อาการแรก ได้แก่ 1) รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง และรู้สึกอึดอัด/แน่นท้อง เหมือนมีลมในท้อง โดยมีค่าเฉลี่ยของอาการรู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม ด้านมิติความถี่เท่ากับ 1.11 (SD= 1.06) มิติความรุนแรงของอาการเท่ากับ 0.83 (SD= 0.78) และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.55 (SD= 0.69) 2) อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง มีค่าเฉลี่ยของอาการรู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม ด้านมิติความถี่เท่ากับ 1.00 (SD= 1.06) มิติความรุนแรงของอาการเท่ากับ 0.75 (SD= 0.78) และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.51 (SD= 0.70) และ 3) อาการรู้สึกอึดอัด/แน่นท้อง ด้านมิติความถี่เท่ากับ 0.99 (SD= 1.02) มิติความรุนแรงของอาการเท่ากับ 0.77 (SD= 0.79) และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.48 (SD= 0.64)



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล น.ส.นันทธิดา เชื้อมโนชาญ  
วัน เดือน ปี เกิด  
สถานที่เกิด จังหวัดราชบุรี  
วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ  
ที่อยู่ปัจจุบัน 319/103 หมู่ที่ 1 ตำบล เกาะพลับพลา อำเภอ เมืองราชบุรี จังหวัด ราชบุรี  
70000



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY