



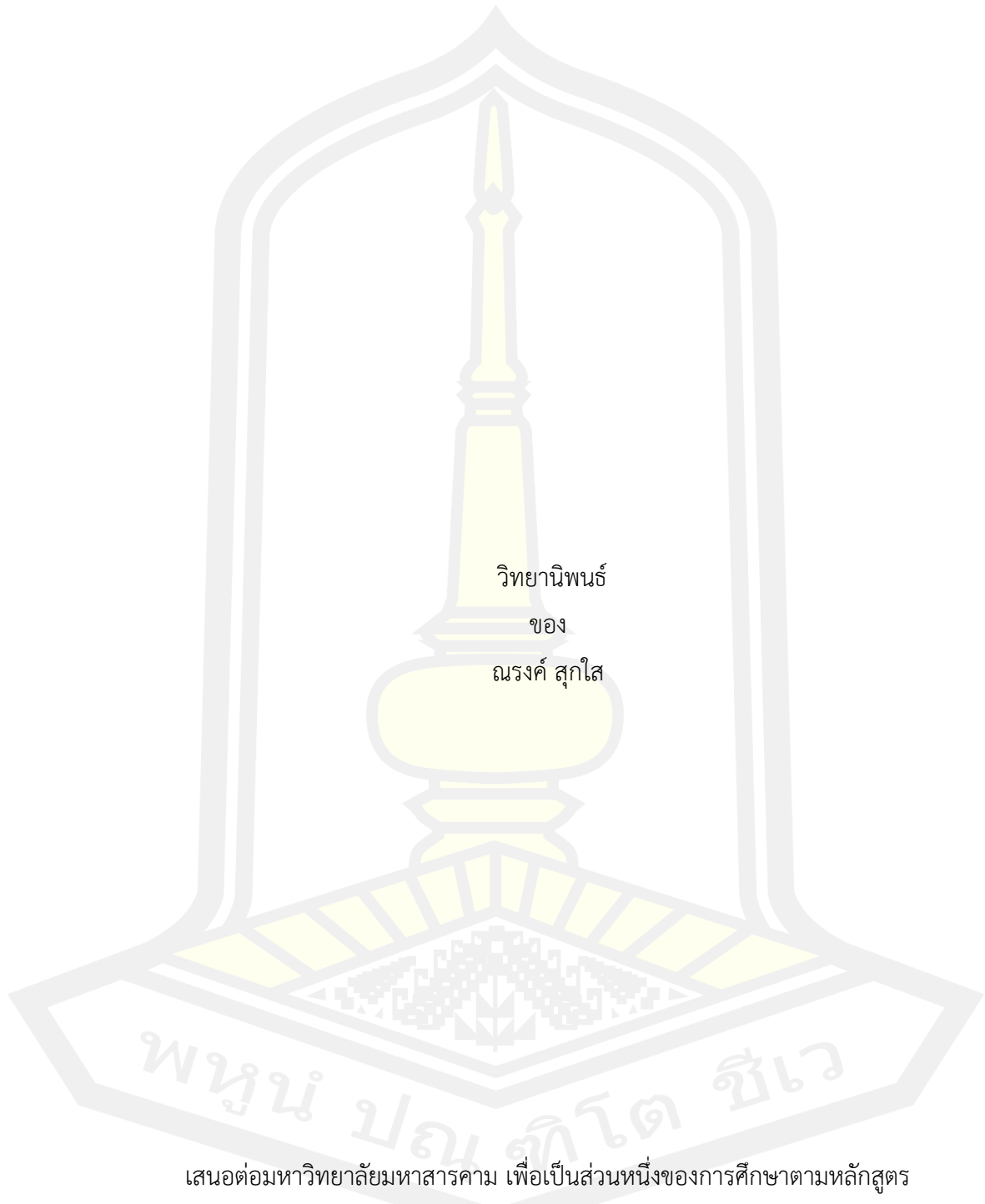
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

วิทยานิพนธ์
ของ
ณรงค์ สุกใส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
เมษายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

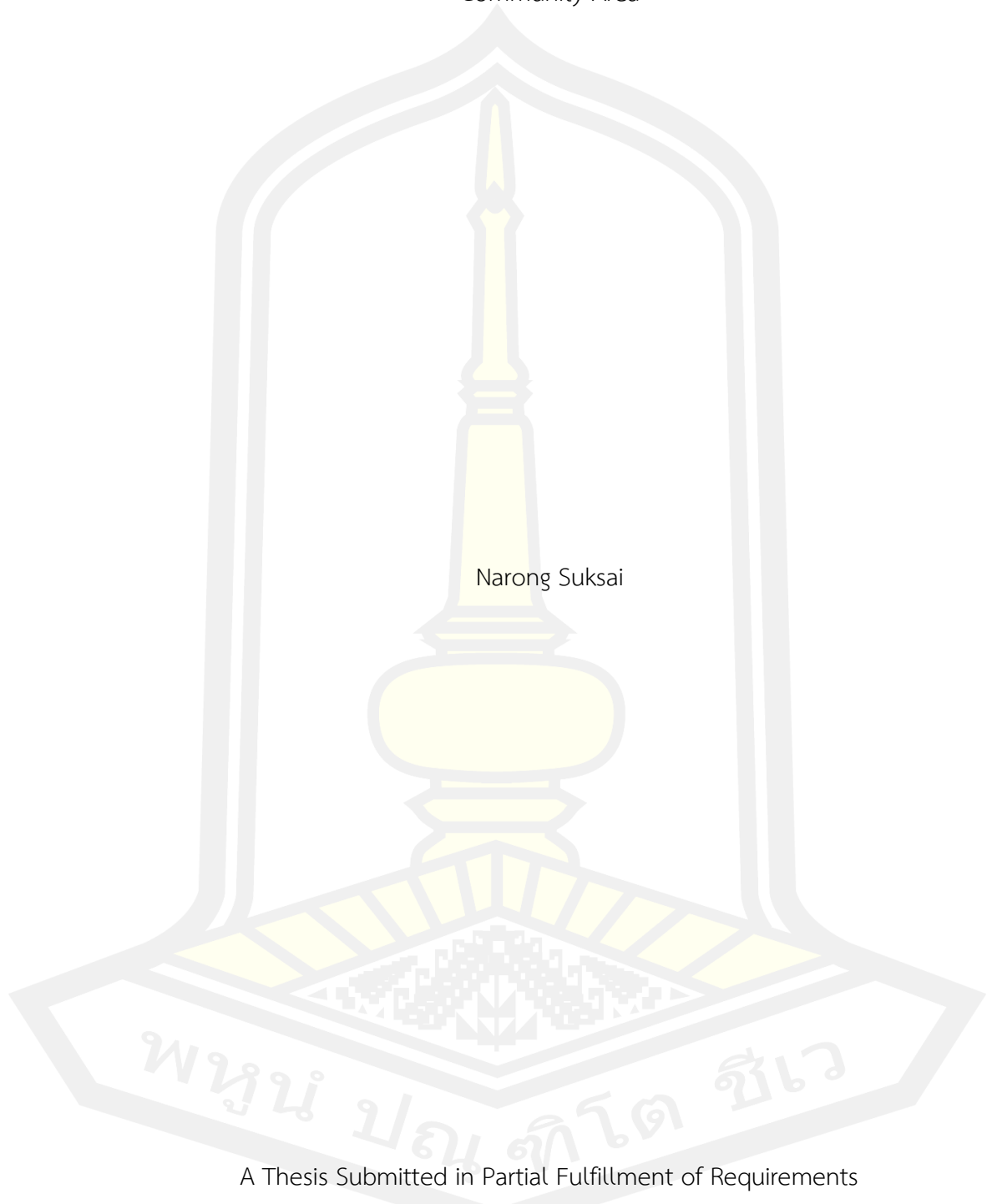


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

เมษายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban
Community Area



Narong Suksai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

April 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายณรงค์ สุกใส แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง		
ผู้วิจัย	ณรงค์ สุกใส		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีศกุล อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง และวัตถุประสงค์เฉพาะ 1) เพื่อวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง 2) เพื่อศึกษากระบวนการ การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง 3) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง จำนวน 258 คน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน โดยรวมปฏิบัติบ่อยครั้ง วัตถุประสงค์เฉพาะ 1) การวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาหาร 3 มื้อ 2) การศึกษากระบวนการจัดการดูแลที่บ้าน โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ 3) การประเมินผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้าน โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด และ 4) การศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน ความสำเร็จของบริการดูแลการกักตัวที่บ้านได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการระบาดใหญ่

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ, การดูแลที่บ้าน, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

TITLE	Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban Community Area		
AUTHOR	Narong Suksai		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai leetongdeesakul , Ph.D. Professor Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

The purpose of this action research was to study a home care management model for viral infectious disease patients. Corona 2019 in urban communities and specific objectives: 1) to analyze the context of home care management for coronavirus disease 2019 patients in urban communities; home care management for coronavirus disease 2019 patients in urban communities, 3) to assess the performance of home care management for coronavirus disease 2019 patients in urban communities, and 4)) to study the success factors of the home care management model for 258 coronavirus disease 2019 patients in urban communities. The statistics used were frequency, percentage, mean and standard deviation. and content analysis. Overall, practice often. Specific Objectives 1) Analysis of home care management context. Most of the samples did not receive 3 meals a day. 2) The study of home care management process. Overall, practice regularly. 3) Evaluation of home care management performance. 4) the study of the success factors of the home care management model. Successful home quarantine care services have been developed in response to the pandemic.

Keyword : Management Model, Home Care, Coronavirus Disease 2019 Patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ นางสุกัญญา สารละดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ดร.ปรีชา สุวรรณทอง อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี อาจารย์ขวัญเรือน ก้าวิตุ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

ขอขอบคุณนายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมถึงให้ความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางเสาธง องค์การบริหารส่วนตำบลบางเสาธง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 20 ทุกท่าน

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2566 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จ

ณรงค์ สุกใส

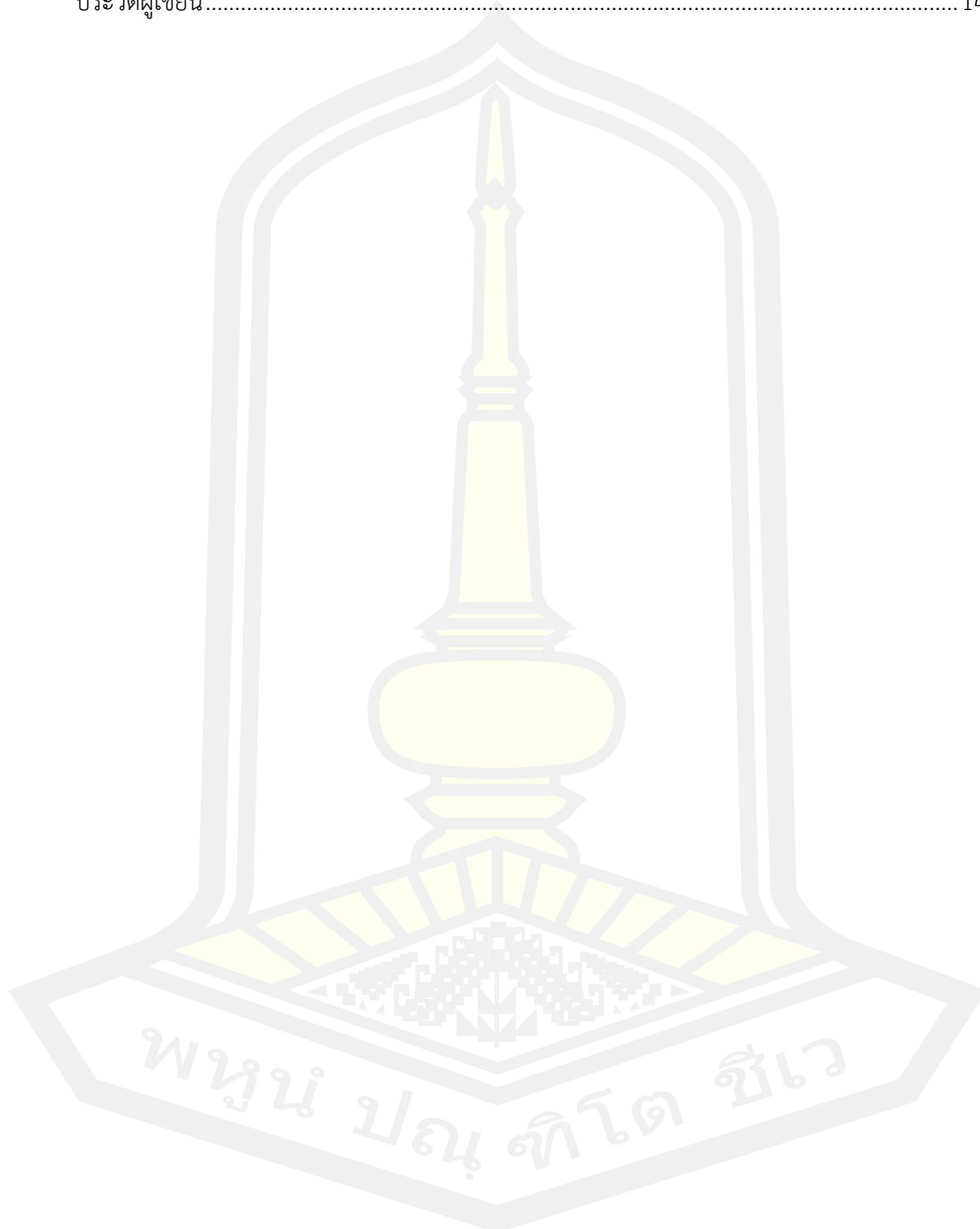
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 ปรัชศน์เอกสารข้อมูล	7
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	7
2.2 มาตรการการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	16
2.3 มาตรการการรักษาและฟื้นฟูโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	23
2.4 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน.....	30
2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	31
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	44

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	45
3.1 รูปแบบการวิจัย	45
3.2 กลุ่มเป้าหมาย	46
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	52
3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	54
3.7 จริยธรรมการวิจัย.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	55
4.1 บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง..	56
4.2 กระบวนการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง	57
4.3 การดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง.....	59
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง	85
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
5.1 สรุป	87
5.2 อภิปรายผล.....	94
5.3 ข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม.....	99
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	105
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย.....	126
ภาคผนวก ค หนังสือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	134

ภาคผนวก ง ตัวอย่างภาพประกอบ 138

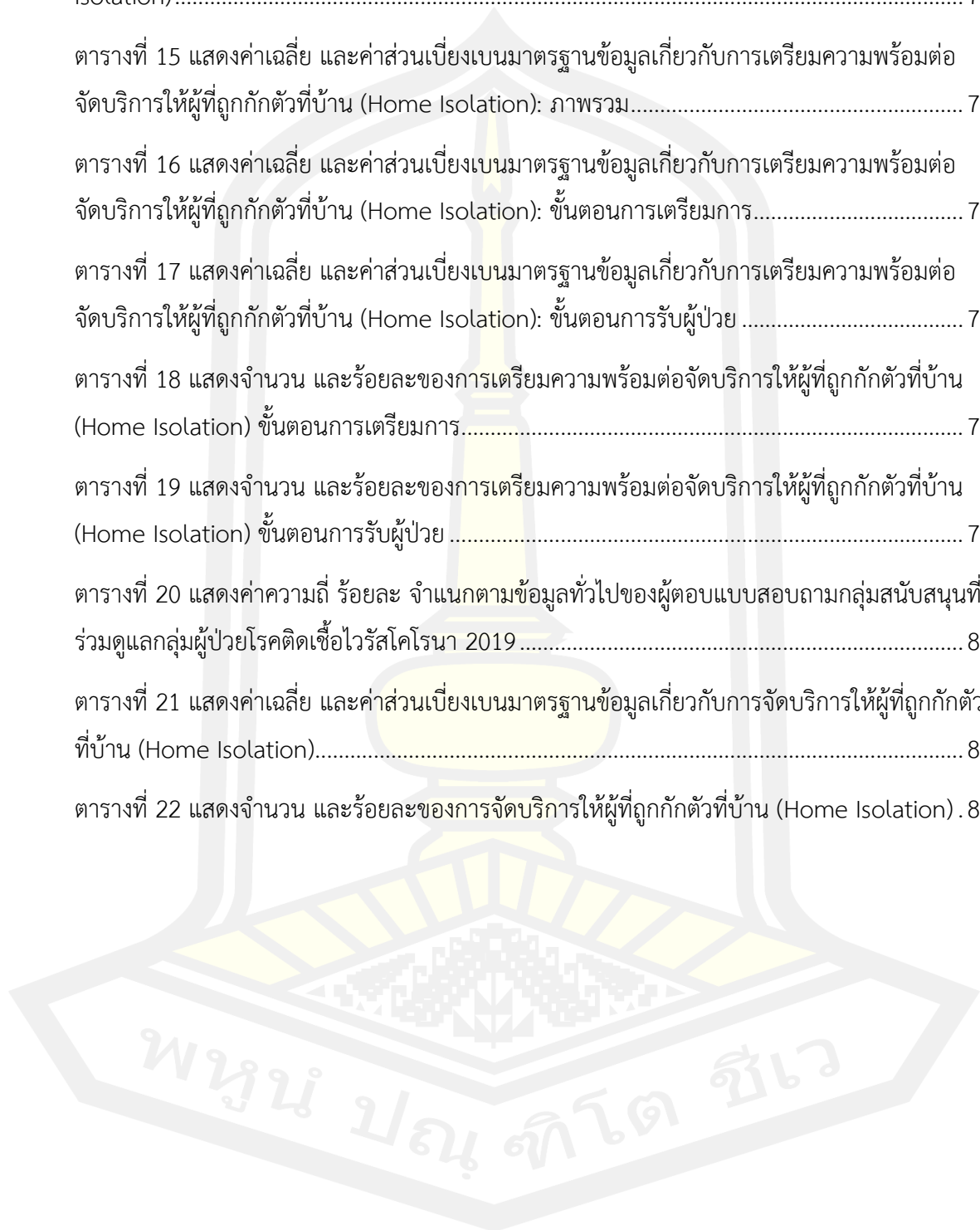
ประวัติผู้เขียน..... 142



สารบัญตาราง

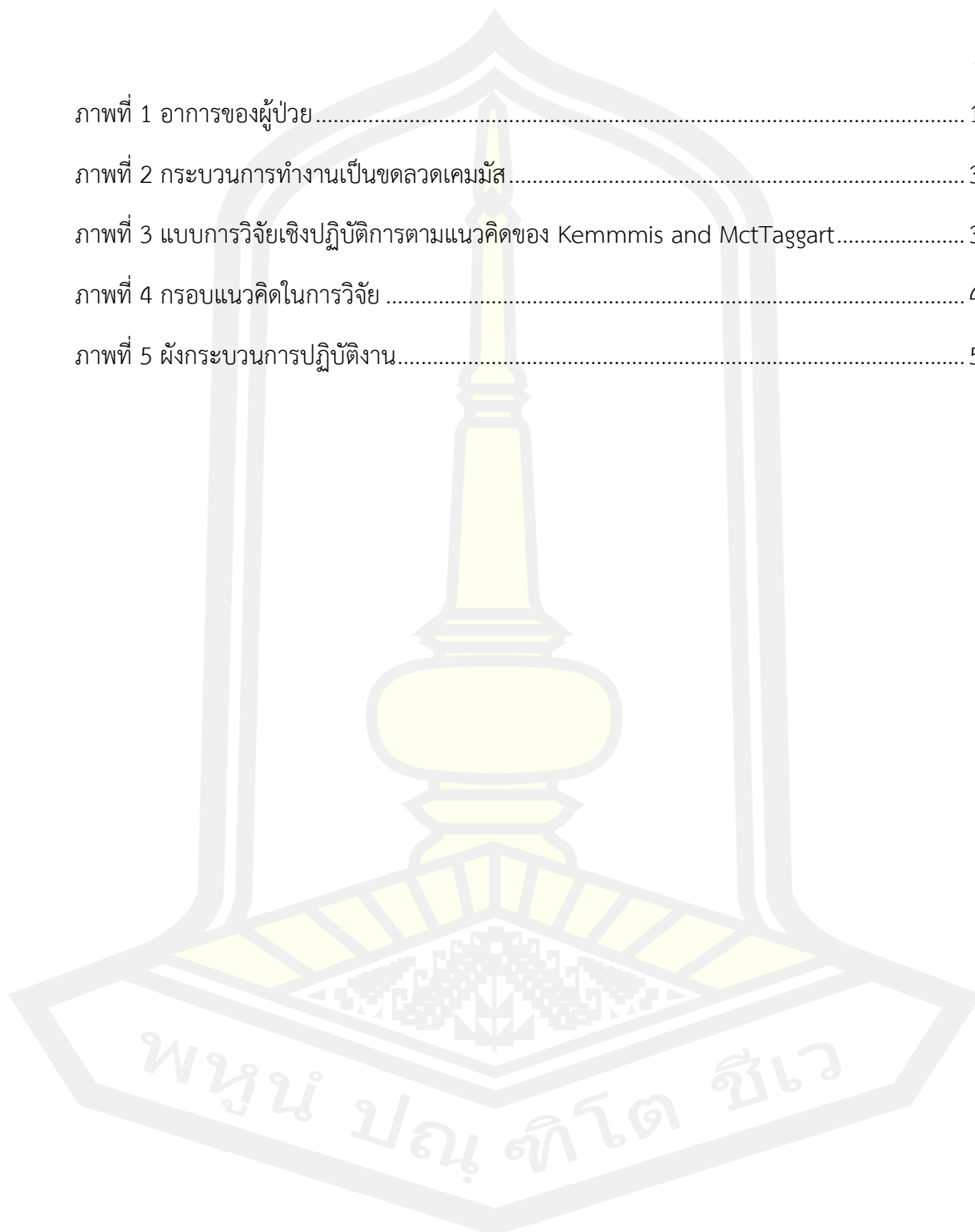
	หน้า
ตารางที่ 1 ยืนยันเป้าหมายของเชื้อ SARS-CoV-2.....	13
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 210).....	60
ตารางที่ 3 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการ.....	64
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว.....	67
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว.....	68
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ภาพรวม.....	68
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่.....	69
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ.....	69
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก.....	70
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่.....	70
ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ.....	71
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก.....	71
ตารางที่ 13 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	73

ตารางที่ 14 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation).....	74
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อ จัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ภาพรวม.....	76
ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อ จัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการเตรียมการ.....	76
ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อ จัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการรับผู้ป่วย	78
ตารางที่ 18 แสดงจำนวน และร้อยละของการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการเตรียมการ.....	79
ตารางที่ 19 แสดงจำนวน และร้อยละของการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการรับผู้ป่วย	79
ตารางที่ 20 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	81
ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัว ที่บ้าน (Home Isolation).....	83
ตารางที่ 22 แสดงจำนวน และร้อยละของการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) .	84



สารบัญรูปร่าง

	หน้า
ภาพที่ 1 อาการของผู้ป่วย.....	12
ภาพที่ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมมัส.....	36
ภาพที่ 3 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmmis and MctTaggart.....	37
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	44
ภาพที่ 5 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน.....	59



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีต้นกำเนิดจากเมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 ต่อมาแพร่ระบาดไปประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็วและรุนแรง เนื่องจากเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจทำให้การแพร่กระจายเป็นไปได้ง่ายและรวดเร็ว ต่อมาวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกได้รายงานจำนวนผู้ป่วยสะสม ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 มีจำนวนถึง 233,503,524 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 4,777,503 คน อัตราผู้ป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 0,20 (World Health Organization, 2021)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบในประเทศไทยตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกประเทศจีน ต่อจากนั้น เริ่มมีมาตรการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 ยังพบผู้ป่วยจำนวนน้อย มีผู้ป่วยยืนยันเพียง 35 ราย ต่อมาในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมากขึ้น โดยเกิดการแพร่เชื้อเป็นกลุ่มก้อน เริ่มกลุ่มคลัสเตอร์ในสนามมวยลุมพินี และสถานบันเทิงย่านทองหล่อ จากนั้นประเทศไทยก็อยู่ในสถานการณ์พบผู้ป่วยยืนยันมากกว่า 100 คนต่อวัน ทำให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้มีการประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2563 เป็นต้นมา จากการที่รัฐบาลประกาศสั่งปิดสถานประกอบการ ห้างร้าน และให้ประชาชนหยุดอยู่ที่บ้าน ห้ามการเดินทางเข้าประเทศทางอากาศ และลดการเดินทางระหว่างเมือง เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลภาครัฐ ทำให้สถานการณ์การระบาดมีแนวโน้มดีขึ้น สามารถควบคุมการระบาดให้อยู่ในวงจำกัดได้ในเดือนเมษายน พ.ศ.2563 จนกระทั่งพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่ำกว่า 10 คนต่อวัน ต่อมาในช่วงปลายปี พ.ศ.2563 ตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2563 ได้พบการระบาดที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบในหญิงไทยอายุ 67 ปี อาชีพแม่ค้าขายอาหารทะเลที่ตลาดกลางกุ้ง ไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ทางกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสอบสวนโรค พบว่า ผู้ป่วยน่าจะติดเชื้อมาจากแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาในตลาดกลางกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานเมียนมาอยู่อย่างหนาแน่น ทางจังหวัดสมุทรสาครได้

ลงทำการตรวจค้นหาเชื้อเชิงรุก พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานชาวเมียนมาติดเชื้อแต่ไม่มีอาการเป็นจำนวนมาก วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2563 ตรวจพบผู้ติดเชื้อถึง 516 ราย จากการสุ่มตรวจ 1,192 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 43.00 ของผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด จากการพบผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงนี้ ประกอบกับประเทศไทยเข้าสู่ฤดูหนาว ซึ่งอากาศเย็นจะส่งผลให้ไวรัสมีอายุมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ในครั้งนี้อาจจะรุนแรงกว่าเดิม จากสถิติการระบาดรอบ 2 จาก 75 ประเทศ พบว่าร้อยละ 90.00 มีการระบาดรุนแรงกว่าเดิม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 1,626,604 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 16,937 คน อัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 1.04 (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดสมุทรปราการ มีรายงานการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระลอกใหม่ นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เป็นต้นมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2564 จำนวน 110,223 ราย เสียชีวิต 1,219 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.11 (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสมุทรปราการ (ศบค.จ.ส.ป.), 2564) โดยผู้ป่วยจะพบเป็นกลุ่มก้อนที่เรียกว่า คลัสเตอร์ ในโรงงานอุตสาหกรรม แคมป์ก่อสร้าง จังหวัดสมุทรปราการมี 6 อำเภอ พบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนทุกอำเภอ ตั้งแต่เดือน เมษายน 2564-มิถุนายน 2564 มีจำนวน 82 คลัสเตอร์ ซึ่งมีการพบการระบาดในโรงงาน อุตสาหกรรม สถานประกอบการ ตามลำดับดังนี้ อำเภอเมืองสมุทรปราการ พบการระบาดเป็นกลุ่ม ก้อนจำนวน 10 คลัสเตอร์ จากการคัดกรองเชิงรุกจำนวน 6,467 ราย พบผู้ติดเชื้อ 1,360 ราย คิด เป็นอัตราป่วย ร้อยละ 21.03 อำเภอบางเสาธง พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 8 คลัสเตอร์ ทำการตรวจคัดกรองเชิงรุกจำนวน 3,688 รายพบผู้ติดเชื้อจำนวน 1,104 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อย ละ 29.93 อำเภอบางพลี พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 5 คลัสเตอร์ ทำการตรวจคัดกรองเชิง รุกจำนวน 3,956 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 901 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 22.78 อำเภอพระ สมุทรเจดีย์ พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 11 คลัสเตอร์ ทำการตรวจคัดกรองเชิงรุกจำนวน 1,527 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 331 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 26.33 อำเภอพระประแดง พบ การระบาดเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 3 คลัสเตอร์ ทำการตรวจคัดกรองเชิงรุกจำนวน 1,675 ราย พบผู้ติด เชื้อจำนวน 209 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 12.47 และอำเภอบางบ่อ พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน จำนวน 1 คลัสเตอร์ ทำการตรวจคัดกรองเชิงรุกจำนวน 497 ราย พบผู้ติดเชื้อจำนวน 98 ราย คิด เป็นอัตราป่วยร้อยละ 19.72 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2564)

กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีเขียว จากการตรวจคัดกรองเชิงรุก และจากระบบบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมี อาการเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก ตาแดง ผื่นขึ้น จากการไปค้นหาในชุมชนหรือไปตรวจในระบบ

บริการ ไม่มีอาการทางเดินหายใจส่วนล่างจะนำเข้า รพ.สนาม หรือฮอสพิเทล (Hospital) กลุ่มสีเหลือง มีอาการแต่ไม่รุนแรง แต่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว มีปัจจัยเสี่ยงอาการรุนแรงหรือโรคร่วม เช่น อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ ไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่คุมไม่ได้ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน 90 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย และเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 1000 และกลุ่มสีแดง มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เอกซเรย์พบปอดอักเสบรุนแรง มีภาวะปอดบวม ความอึดตัวของเลือดน้อยกว่า 96% หรือลดลงของออกซิเจนมากกว่า 3% หลังออกแรง ของค่าที่วัดได้ในครั้งแรกที่ออกแรง เพื่อการบริหารจัดการเพียงสามารถใช้ได้เพียงที่มีศักยภาพในการรักษาได้ดีขึ้น การจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา ผู้ป่วยและ ลดการแพร่ระบาดในชุมชน ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการไม่รุนแรงอาจรับการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) หรือเข้ารับการแยกกักในชุมชน (community isolation) (กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม 2564, 2564)

จังหวัดสมุทรปราการมีเตียงรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งของโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน จำนวนทั้งหมด 6,091 เตียง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดเพียงที่มีอยู่ก็ไม่พอรองรับจำนวนผู้ป่วย เกิดปัญหาในด้านการบริหารจัดการเตียง ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตกค้างรอรับการรักษายู่ที่บ้านจำนวนมาก ในทางกลับกันพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการอาการและหายเองได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเด็นนี้จึงเป็นที่มาของการกำหนดแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด โดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ อายุไม่เกิน 70 ปี พักอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่ร่วมกับคนอื่นไม่เกิน 1 คน หรือมีห้องส่วนตัวเป็นสัดส่วนและไม่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ไม่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) แต่ด้วยข้อจำกัดในเขตชุมชนเมือง การพักอาศัยในห้องเช่า หรือบ้านพักคนงานที่มีขนาดเล็ก หรือด้วยข้อจำกัดด้านอายุ โรคประจำตัว ทำให้ไม่เข้าหลักเกณฑ์ในการแยกกักตัวที่บ้าน แต่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามก็มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นได้ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ของการระบาดจะมีแนวโน้มลดลง (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสมุทรปราการ (ศบค.จ.สป.), 2564) เป็นธรรมชาติของโรคระบาดโดยเฉพาะโรคที่ระบาดไปทั่วโลก (pandemic) ที่จะมีการระบาดซ้ำหลายระลอก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็เกิดปรากฏการณ์เช่นนั้น การเตรียมความพร้อมด้านการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดภาระการดูแลในโรงพยาบาลได้ การมีส่วนร่วมในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างมี

ประสิทธิภาพมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่จะทำให้การจัดการผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนอย่างเป็นระบบ และนำการจัดการที่ดีและตรงประเด็นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อค้นหารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมืองที่เหมาะสมในพื้นที่ โดยผู้วิจัยคาดว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นองค์ความรู้ด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งอาจนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกัน ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านในกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นในชุมชนสำหรับกรณีในชุมชนเขตเมือง ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.1.1 เพื่อวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

1.3.1.2 เพื่อศึกษากระบวนการ การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

1.3.1.3 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

1.3.1.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 **ขอบเขตด้านพื้นที่** พื้นที่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่บางพลี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกัลปพฤกษ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลบางเสาธง และองค์การบริหารส่วนตำบลบาง
เสาธง

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 258 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เคยได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 210 คน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง กันยายน 2565

1.4.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ การดูแลทางด้านโภชนาการ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ด้านการรักษาพยาบาลการเบื้องต้น ด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้สนับสนุน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) หรือ โรคโควิด 19 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1.5.2 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

1.5.3 การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง กระบวนการจัดการในการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การให้การพยาบาลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดตามในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การให้การช่วยเหลือโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชน

1.5.4 รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน หมายถึง การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation โดยมีการจัดบริการอาหาร การ

สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ პროვითდონჰუმი เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ยาที่จำเป็น การติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์ การเอกซเรย์ปอด การจ่ายยาต้านไวรัส การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่บ้าน

1.5.5 ชุมชนเมือง ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง หมู่ที่ 1-16 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 สามารถนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในกรณีการเกิดโรคระบาดอื่น ๆ ในพื้นที่

1.6.2 เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.2 มาตรการการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.3 มาตรการการรักษาและฟื้นฟูโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไวรัสโคโรนาจัดอยู่ใน order: nidovirales, family: Coronaviridae, sub-family: Coronavirinae สามารถ แบ่งได้เป็น 4 genera: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* และ *Deltacoronavirus* โดย *Betacoronavirus* สามารถแบ่งออกเป็น 5 sub-genera: *Embecovirus* (lineage A), *Sarbecovirus* (lineage B), *Merbecovirus* (lineage C), *Nobecovirus* (lineage D) และ *Hibecovirus* โคโรนาเป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอ (positive-sense RNA) มี เยื่อหุ้มไขมัน นล้อมรอบ (enveloped virus) จัดเป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในกลุ่มไวรัสที่มี สารพันธุกรรมอาร์เอ็นเอด้วยกัน Corona แปลว่า Crown ในภาษาลาติน หรือมงกุฎ เนื่องจากเชื้อนี้มีกลุ่มของ คาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่มๆ (spikes) ยื่นออกจากอนุภาคไวรัส เมื่อส่องด้วย กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน จะเห็นลักษณะคล้าย มงกุฎล้อมรอบ เชื้อไวรัสในกลุ่มนี้มี ความหลากหลายมาก ทั้งทางพันธุกรรมและชนิดของโฮสต์ (host) สามารถพบเชื้อได้ในนก สัตว์เลี้ยงลูก ด้วยนม เช่น ค้างคาว แมว หมู สุนัข หนู ชะมด ปลาวาฬ งู และคน นอกจากนี้เชื้อไวรัสโคโรนามี อัตราการเกิด recombination สูงเป็นปัจจัย สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ไวรัสโคโรนาจากสัตว์สามารถ ปรับ ตัวมาก่อโรคในคนได้ (zoonotic infection) ปัจจุบันมีรายงานพบไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคน (Human coronavirus-HCoV) ทั้งหมด 7 สายพันธุ์ ประกอบด้วย ก่อโรคไม่รุนแรงจำนวน 4 สายพันธุ์ ได้แก่ HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 และ HCoV-HKU1 และ ก่อโรครุนแรงจำนวน 2 สายพันธุ์ ได้แก่ ไวรัสซาร์ส (Severe acute respiratory syndrome coronavirus: SARS-CoV) และ

ไวรัสเมอร์ส (Middle East respiratory syndrome coronavirus: MERS-CoV) ซึ่งทั้งสองสายพันธุ์ ถูกจัดอยู่ใน *Betacoronavirus* ไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ HCoV-229E และ HCoV-OC43 เป็น ไวรัสโคโรนา 2 สายพันธุ์ แรกที่มีรายงานการก่อโรคในคน ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่รุนแรง ปี พ.ศ.2545-2546 มีการระบาดของไวรัสซาร์ สทางตอนกลางของจีน โดยเชื้อไวรัสนี้ทำให้เกิดโรคปอดบวมรุนแรง ร่วมกับภาวะหายใจลำบาก โรคซาร์สได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วเป็น pandemic โดยมี ผู้ติดเชื้อสูงถึง 8,000 ราย และมีอัตราการตายถึงร้อยละ 10.00 หลังจากระบาดของโรคซาร์ส พบเชื้อโคโรนาในคนอุบัติขึ้น 2 สายพันธุ์ คือ HCoV-NL63 และ HCoV-HKU1 ในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ. 2548 ตามลำดับ จากนั้นในปี 2557 ได้มีการระบาดของเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2012 (MERS-CoV) ในคาบสมุทรอาหรับ ซึ่งก่อให้เกิดโรคปอดบวมรุนแรงและ มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงเกือบร้อยละ 401 ในช่วงปลายปี 2562 มีการรายงานเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ 2019 ซึ่งนับเป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ 7 ที่ก่อโรคในคน โดยแยกเชื้อได้จากผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบ คล้ายโรคซาร์ส ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับตลาดค้า อาหารทะเลในเมืองอู่ฮั่น ต่อมาองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดชื่อสำหรับเรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย เรียกว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยาของไวรัส (International Committee on Taxonomy of Viruses: ICTV) ได้ กำหนดให้ใช้ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 เป็นชื่อทางการของไวรัสเนื่องจากเชื้อชนิดนี้มีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม อย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส (สุรียา همانมานะ, 2563)

ไวรัสวิทยา

การศึกษาข้อมูลลำดับนิวคลีโอไทด์ทั้งหมดในจีโนม (Whole genome sequencing) ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่แยกได้จากน้ำล้างปอด (Bronchoalveolar lavage fluid) ของผู้ติดเชื้อไวรัส ด้วยวิธี Next generation metagenomic RNA sequencing พบว่า เชื้อมีลำดับ นิวคลีโอไทด์ประมาณ 29,903 คู่เบส (MN908947) และเมื่อวิเคราะห์สายสัมพันธ์เชิงวิวัฒนาการ โดยใช้ Phylogenetic tree พบว่าเชื้อ SARS-CoV-2 มีความใกล้เคียงกับเชื้อในกลุ่มไวรัสซาร์สของค้างคาว (Bat SARS-like coronavirus ZC45) ประมาณร้อยละ 89 ไวรัสซาร์สของคน (SARS-CoV) ประมาณร้อยละ 79 และไวรัส MERS-CoV ประมาณร้อยละ 50 ดังนั้นไวรัส SARS-CoV-2 จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่ม *Betacoronavirus*, *subgenera Sarbecovirus* เช่นเดียวกับเชื้อไวรัสซาร์สของคน

โครงสร้างจีโนมของไวรัส SARS-CoV-2 เหมือน จีโนมของไวรัสโคโรนาทั่วไป คือ ประกอบด้วยส่วน non-structural protein (nsp) และส่วน structural protein และเมื่อวิเคราะห์สายสัมพันธ์เชิงวิวัฒนาการ โดยใช้ phylogenetic tree พบว่า topology ของ tree เปลี่ยนไปตามยีนที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นผลมาจากการเกิด recombination ของไวรัสกลุ่มนี้ประมาณ 2 ใน 3 ส่วน

จากปลาย 5' ของโครงสร้างจีโนมไวรัสโคโรนา ประกอบด้วย open reading frame (ORF) 1a และ ORF1b ทำหน้าที่สร้าง non-structural protein อย่างน้อย 16 ชนิด มีคุณสมบัติ เป็นเอนไซม์ replication ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้าง สายอาร์เอ็นเอ ใหม่ RNA recombination และการเพิ่มจำนวนไวรัสในเซลล์ติดเชื้อ ลำดับนิวคลีโอไทด์ในจีโนม บริเวณนี้มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (conserved) สามารถใช้ในการจัดกลุ่มไวรัสได้ และ 1 ใน 3 ส่วนที่เหลือด้านปลาย 3' ทำหน้าที่สร้าง โปรตีนโครงสร้างหลัก (Structural protein) 4 ชนิด คือ โปรตีน spike (S) membrane (M) envelope (E) และ nucleocapsid (N) โปรตีน S เป็นโปรตีนที่ยื่นออกมาจากเปลือกนอก (envelope) ของอนุภาคไวรัส ทำให้ไวรัสโคโรนามีลักษณะ คล้ายมงกุฎเมื่อส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนและมีความสำคัญในการก่อโรคในคน โปรตีน M และ E เป็นส่วนประกอบบนเปลือกของไวรัส และโปรตีน N เป็น โปรตีนที่จับบนจีโนมของไวรัสทำให้เกิดแคปซิดที่สมมาตรแบบเกลียว (helix) นอกจากนี้ยังพบไวรัสโคโรนา บางสายพันธุ์ในกลุ่ม *betacoronavirus* สร้างโปรตีน hemagglutinin esterase (HE) เช่น HCoV-OC43 และ HCoV-HKU1 ซึ่งยังไม่ทราบหน้าที่ชัดเจน 1,2,4 ผลการศึกษา ลำดับนิวคลีโอไทด์ในจีโนมของไวรัส SARS-CoV-2 ที่ตรวจพบในผู้ป่วยเทียบกับ SARS-CoV พบว่า ส่วน nsp1 ซึ่งเป็น conserved domain และพบยีน ORF8 ระหว่างโปรตีน M และ N ทำให้เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ความคล้ายคลึงกับ SARS-CoV และส่วน ORF1b ของเชื้อ SARS-CoV-2 มีความคล้ายกับเชื้อในกลุ่ม *sarbecovirus*

กลไกการติดเชื้อของไวรัสโคโรนาเกิดจากไวรัสใช้ โปรตีนส่วน spike จับกับตัวรับจำเพาะบนผิวเซลล์เจ้าบ้าน (host) นำไปสู่กระบวนการปลดปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่เซลล์ การเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมและประกอบเป็น อนุภาคไวรัสใหม่ต่อไป ขั้นตอนการจับกับตัวรับที่จำเพาะ บนผิวเซลล์เป็นกระบวนการสำคัญที่กำหนดว่าไวรัสจะ สามารถเข้าสู่เซลล์เพื่อก่อการติดเชื้อได้หรือไม่ และการศึกษาตัวรับ (Receptor) บนผิวเซลล์ของเซลล์เจ้าบ้าน มีความสำคัญในการก่อโรคของเชื้อไวรัส สำหรับเชื้อในกลุ่ม *Betacoronavirus* ที่ก่อโรครุนแรง ไวรัสซาร์สใช้โมเลกุล angiotensin-converting enzyme (ACE2) เป็นตัวรับ และ MERS-CoV ใช้โมเลกุล dipeptidyl peptidase 4 (DPP4) หรือ CD26 เป็นตัวรับ เมื่อพิจารณาโครงสร้างนิวคลีโอไทด์ ในส่วน spike ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 พบว่า โปรตีนทั้งหมดของเชื้อมีความคล้ายคลึงกับไวรัสซาร์ส ร้อยละ 76.00-78.00 และ receptor binding domain (RBD) ร้อยละ 73.00-76.00 ส่วนของ receptor-binding motif (RBM) มีความคล้ายร้อยละ 50.00-53.00 เชื้อในกลุ่มไวรัสซาร์สของค้างคาวและเชื้อไวรัสซาร์สของคนใช้โมเลกุล ACE2 เป็นตัวรับในการเข้าสู่เซลล์ ดังนั้นจึงคาดว่าไวรัส SARS-CoV-2 น่าจะใช้โมเลกุล ACE2 ในการเข้าสู่เซลล์เจ้าบ้านเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาจากบทเรียนการระบาดของโรคซาร์ส และโรค MERS-CoV พบว่า เชื้อไวรัสทั้งสองมีต้นกำเนิด มาจากค้างคาวเช่นเดียวกับไวรัส SARS-CoV-2 โดย โรคซาร์สและ MERS มี

สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเป็นตัวกลาง รับไวรัสจากค้างคาว และถ่ายทอดสู่คนอีกต่อหนึ่ง (Intermediate host) ไวรัสโรคซาร์สและโรค MERS มีตัว ชะมด (civet) และอูฐหนอกเดียว (dromedary camels) เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดไวรัสสู่คนตามลำดับ สำหรับ สัตว์ชนิดใดที่เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สู่คนนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการ ศึกษา Metagenomics ของนิ่ม (Pangolins) พบว่าจีโนม ของเชื้อ *Betacoronavirus* ที่พบในตัวนิ่มเหมือนกับ เชื้อโคโรนาที่พบในผู้ป่วย คาดว่าอาจจะเป็นตัวกลางใน การรับและถ่ายทอดเชื้อไวรัสจากค้างคาวเข้าสู่คน ซึ่งต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

นอกจากนี้ นักวิทยาศาสตร์ชาวจีนได้ศึกษาและ เฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของไวรัสชนิดนี้ ซึ่งเชื้อ SARS-CoV-2 ที่พบล่าสุดอาจมี 2 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์เดิม S type และเชื้อไวรัสได้มีการพัฒนาจนเกิดการกลายพันธุ์ เรียกว่า L type ซึ่งสามารถติดต่อและแพร่กระจายได้ มากกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม โดยเริ่มกลายพันธุ์ ช่วงก่อนวันที่ 7 มกราคม พ.ศ.2563 ในเมืองอู่ฮั่น ทั้งนี้จุดศูนย์กลางการแพร่ระบาดและผู้ติดเชื้อในปัจจุบัน พบว่าเป็นสายพันธุ์ใหม่ L type มากกว่าร้อยละ 70.00 และ S type ร้อยละ 30.00 ดังนั้นจึงมีจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังและศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

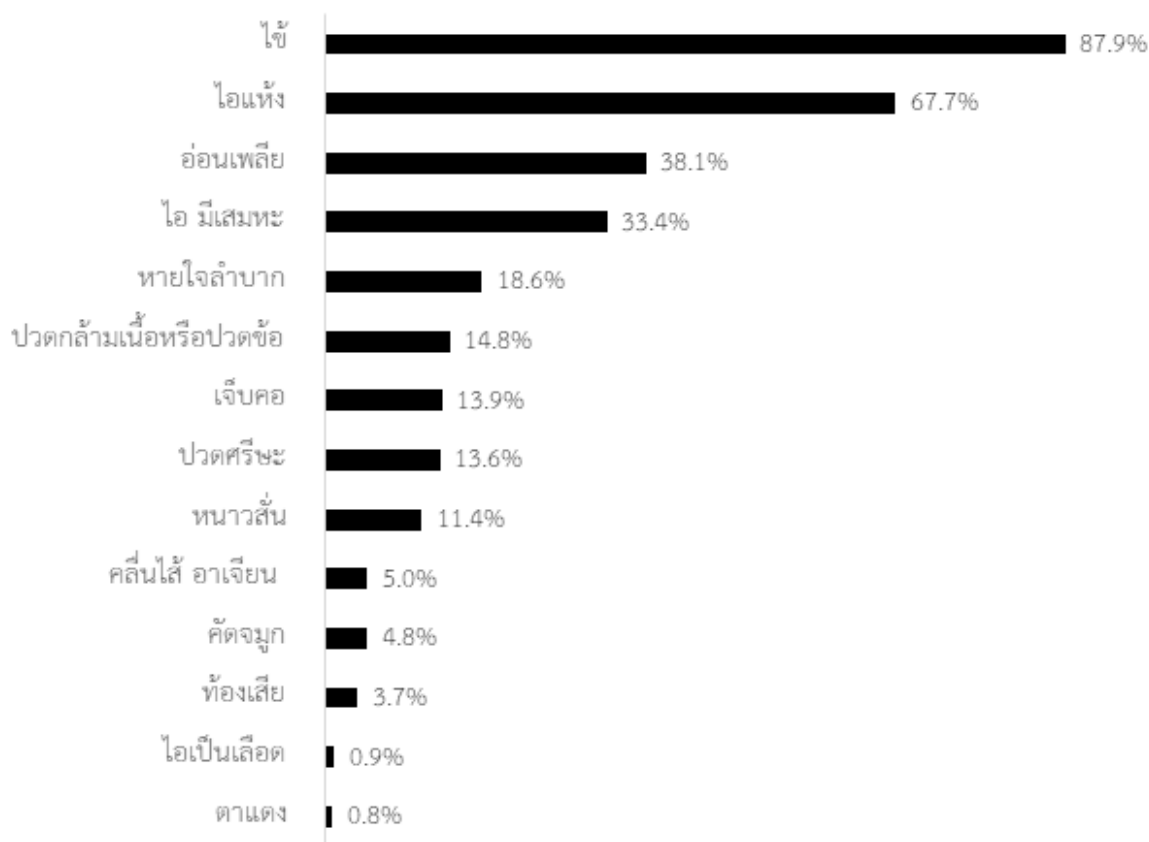
ระบาดวิทยา

วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกมาประกาศเตือนการระบาดของโรค ปอดอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน พบผู้ป่วยจำนวน 27 ราย โดยผู้ป่วย 7 ราย มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับตลาดอาหารทะเลฮัวหนาน ซึ่งนอกจากอาหาร ทะเลแล้ว ตลาดแห่งนี้ยังขายสัตว์ป่าอีกด้วย ต่อมาจีนได้ ประกาศปิดตลาดดังกล่าว เนื่องจากเป็นต้นตอของการระบาดของโรคปอดอักเสบปริศนานี้ในวันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2563 จีนได้ประกาศพบผู้ป่วยเพิ่มเป็น 59 ราย และมีอาการรุนแรงรวม 7 ราย มีผู้สัมผัสที่อยู่ในระหว่างการติดตามอาการอีก 163 ราย โดยไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และไม่พบการแพร่จากคนสู่คน ในวันที่ 7 มกราคม 2563 จีนประกาศเชื้อสาเหตุนี้ว่าเป็นเชื้อไวรัส โคโรนา ซึ่งแยกได้จากผู้ป่วยและศึกษาลักษณะของไวรัสภายใต้กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนพบว่า มีลักษณะเหมือน เชื้อโคโรนา วันที่ 11 มกราคม 2563 พบผู้เสียชีวิตรายแรกจากการติดเชื้อนี้เป็นชายชาวอู่ฮั่น วัย 61 ปี วันที่ 12 มกราคม 2563 พบลำดับจีโนมที่สมบูรณ์ของไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ (Whole genome) ถูกบันทึกลงในฐานข้อมูล National Center for Biotechnology Information (NCBI) วันที่ 13 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย และถือเป็นผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีน ต่อมาได้มีการรายงานพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ นอกประเทศ จีนเพิ่มขึ้น เช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลี วันที่ 20 มกราคม 2563 มีการรายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ ใหม่ในบุคลากรสาธารณสุขของจีนจำนวน 16 คน ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ในที่สุดทางการจีนได้ประกาศปิดเมืองอู่ฮั่น วันที่ 23 มกราคม 2563 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

และจำกัดพื้นที่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ต่อมา คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติจีน ได้ออกมายืนยันการติดเชื้อจากคนสู่คนหลังจากพบผู้ติดเชื้อที่ไม่มีประวัติการเดินทางไปยังตลาดดังกล่าว ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้

ลักษณะอาการทางคลินิก

เชื้อไวรัสโคโรนาก่อให้เกิดโรคที่มี ความรุนแรง แตกต่างกันตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยจนถึง รุนแรงในหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ซึ่งความรุนแรงของโรคนี้อยู่กับโรคประจำตัว และระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอง เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ติดผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อไวรัสปะปนอยู่จากการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดดมละอองฝอยเข้าไป นอกจากนี้เชื้อไวรัสสามารถติดผ่านทาง fecal-oral transmission ได้ ระยะฟักตัวของโรคอยู่ในช่วง 2-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ 5 วัน หลังจาก ได้รับเชื้อ 11 ผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีอาการดัง ภาพที่ 1 กลุ่มเสี่ยงสูงที่มี อายุมากกว่า 60 ปี และมีโรค ร่วมจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ที่ไม่แสดงอาการ ของโรคหรืออยู่ในระยะฟักตัวสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสสู่ผู้อื่นได้ และในผู้ที่มีประวัติสัมผัสเชื้อแต่ไม่แสดง อาการ สามารถตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสได้เช่นกัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ลดลง (lymphopenia) มีค่าของ inflammatory marker เช่น C-reactive protein เพิ่มสูงขึ้น และมีระดับ serum procalcitonin เพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วย ที่มีอาการรุนแรง (สุรียา همانمانะ, 2563)



ภาพที่ 1 อาการของผู้ป่วย

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ : องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากระบบทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract) เช่น nasopharyngeal swab oral pharyngeal swab และ/หรือ ระบบทางเดินหายใจ ส่วนล่าง (lower respiratory tract) เช่น Broncho alveolar lavage นอกจากนี้เลือดและอุจจาระอาจเป็นสิ่งส่งตรวจ ได้เช่นกัน

1. การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจ

การตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสโดยใช้ หลักการ Nucleic acid amplification tests (NAAT) เป็น เทคนิคเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมของไวรัสในสิ่งส่งตรวจ เช่น reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) สำหรับการตรวจวินิจฉัยเชื้อ SARS-CoV-2 ที่เป็นเชื้ออุบัติ ใหม่ ได้มี การออกแบบ primer และ probe สำหรับวิธี RT-PCR ที่มีประสิทธิภาพในการตรวจหาสาร พันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ให้มี ความจำเพาะกับเชื้อและไม่จับกับจีโนมของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่น ยืนยันเป้าหมายที่มีศึกษา เช่น ยีน N, E, S และ RdRp ดังตารางที่ 116 ขั้ตอน

การสกัดอาร์เอ็นเอควรทำในห้องปฏิบัติการระดับ 2 ที่สวมชุดป้องกันตามระดับความปลอดภัยแบบ เสริมสมรรถนะ ไม่แนะนำการให้ความร้อน (heat treatment) ก่อนขั้นตอนการสกัดอาร์เอ็นเอ

ตารางที่ 1 ยีนเป้าหมายของเชื้อ SARS-CoV-2

ประเทศ	หน่วยงาน	ยีนเป้าหมาย
จีน	China CDC	<i>ORF1ab</i> และ <i>N gene</i>
เยอรมัน	Charité	<i>RdRp</i> และ <i>E gene</i>
ฮ่องกง	HKU	<i>ORF1b-nsp14, N</i>
ญี่ปุ่น	National Institute of Infectious Diseases, Department of Virology III	Pancorona multiple targets, Spike protein
ไทย	National Institute of Health	<i>N</i> และ <i>RdRp gene*</i>
สหรัฐอเมริกา	US CDC	<i>N gene 3 targets</i>
ฝรั่งเศส	Institute Pasteur	<i>RdRp 2 targets</i>

(Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans, 2021)

การตรวจยืนยันโควิด-19 ในพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรค โดยวิธี NAAT

- ตรวจยืนยันด้วย อย่างน้อย 2 ยีนเป้าหมาย ที่แตกต่างกันต้องมียีนเป้าหมายที่จำเพาะ ต่อเชื้อ SARS-CoV-2 หรือ
- ตรวจเบื้องต้นด้วย 1 ยีนเป้าหมาย ที่มีความจำเพาะต่อ *betacoronavirus* และตรวจยืนยันเชื้อ SARS-CoV-2 โดยการถอดรหัสสารพันธุกรรมแบบ whole genome หรือแบบบางส่วน ของยีน (partial sequencing) โดยที่ความยาวของยีนเป้าหมายจะต้องครอบคลุมยีนเป้าหมาย เบื้องต้น หรือใช้ยีนเป้าหมายที่แตกต่างกัน

ในกรณีที่ผลไม่สอดคล้องกัน (discordant results) แนะนำให้เก็บตัวอย่างใหม่

การตรวจยืนยันผู้ป่วยโควิด-19 ในพื้นที่ที่มี การระบาดแบบวงกว้าง โดยวิธี NAAT

- การตรวจคัดกรองด้วย 1 ยีนเป้าหมายเพียงพอ สำหรับพื้นที่มี การระบาดแบบ กว้างขวาง ผลลบไม่ได้บ่งบอกว่าไม่มี การติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดจากคุณภาพของสิ่งส่งตรวจที่ ปริมาณเชื้อไวรัส น้อยกว่า limit of detection การเก็บตัวอย่างในช่วงเวลา ที่ไม่เหมาะสม คือเก็บซ้ำ หรือเก็บในช่วงแรกของการ ติดเชื้อ การเก็บและขนส่งสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม ข้อจำกัดของวิธีการ ตรวจ เช่น ไวรัสมีการกลายพันธุ์ ทำให้ primer ไม่สามารถจับได้ หรือมี ตัวยับยั้งปฏิกิริยา PCR

2. การตรวจทางภูมิคุ้มกัน serological testing

การเก็บซีรัมคู่ (acute และ convalescent serum) สำหรับการทดสอบทางภูมิคุ้มกัน มีประโยชน์ในทาง ระบาดวิทยา สามารถประเมินผลย้อนหลังของการระบาด ได้ในกรณีที่ผลการตรวจ ไม่พบสารพันธุกรรม ขณะนี้ยังไม่มีชุดทดสอบทางภูมิคุ้มกัน commercial test kit ที่ได้ รับการ รับรองสำหรับตรวจสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19

จากการศึกษาของ Zhou และคณะ พบว่า แอนติบอดีต่อเชื้อ SARS-CoV-2 สามารถ เกิดปฏิกิริยา บวกข้าม (cross-neutralized) กับไวรัสโคโรนาบางสายพันธุ์ ได้ ดังนั้นในการศึกษาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสโคโรนาควรพิจารณาผลทางห้องปฏิบัติการอื่นและข้อมูล ทางระบาดวิทยาร่วมด้วย

3. การถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อไวรัส

นอกจากใช้ยืนยันไวรัสแล้ว การถอดรหัสพันธุกรรมยังมีประโยชน์ในการติดตามการ กลายพันธุ์ ซึ่งอาจมีผลต่อการรักษาและการตรวจวินิจฉัยและการศึกษา whole genome ของไวรัส ยังเป็นประโยชน์ในการศึกษา ด้านระบาดวิทยาอีกด้วย

4. การเพาะเลี้ยงเชื้อไวรัส (viral isolation)

ไวรัส SARS-CoV-2 จัดเป็นเชื้อก่อโรคอันตราย ระดับ 3 สามารถติดต่อผ่านทางเดิน หายใจ ก่อโรครุนแรง ผู้ติดเชื้ออาจตายได้ การเพาะเลี้ยงเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ต้องทำใน ห้องปฏิบัติการชีวโมเลกุลระดับ 3 (BSL-3) เท่านั้น ไวรัสสามารถเพิ่มจำนวนได้ในเซลล์เพาะเลี้ยง Vero E6 ได้มาจาก kidney epithelial cells และ Huh-7 ได้มาจาก ตับ cell lines การเพิ่มจำนวนของ ไวรัสทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ (cytopathic effect: CPE)

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะจึงรักษา ตามอาการ ในผู้ป่วยรายที่มีอาการรุนแรง จะรักษาเพื่อ พยุงระบบการทำงานของร่างกาย นักวิทยาศาสตร์กำลัง เร่งพัฒนายาและคิดค้นยาใหม่ สำหรับรักษาโรคโควิด-19 โดยทดลองใช้ยารักษาไวรัสอื่นที่มีอยู่เดิมเช่น chloroquin, baricitinib, remdesivir, ritonavir/lopinavir มาทดสอบประสิทธิภาพทางคลินิก (clinical trial) ในการยับยั้งเชื้อ SARS-CoV-2 การรักษาด้วยสมุนไพร หรือการใช้ Chinese herbal medicine และการให้แอนติบอดีต่อ เชื้อ COVID-19 จากผู้ป่วยที่หายจากโรคแล้วหรือเรียกว่า intravenous immunoglobulin (IVIG) มาใช้ในการรักษา ผู้ป่วยโรค COVID-19-21

สำนักงานบริหารผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของประเทศจีน (The National Medical Products Administration of China) ได้รับรองยาต้านไวรัสชนิดแรก “ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir)” ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ยาฟาวิลาเวียร์ หรือชื่อการค้าคือ Avigan และ Favilavir เป็นยา ต้านไวรัสที่มีฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ RNA-dependent RNA polymerase (RdRp inhibitor) ซึ่งผลการ ทดสอบ ยากับผู้ป่วย 80 ราย (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) พบว่า ยาฟาวิพิราเวียร์มีประสิทธิภาพสูงกว่า

ยา lopinavir/ ritonavir และมีผลข้างเคียงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในการทดลองทางคลินิก (clinical trial) ในขั้นต้น อย่างไรก็ตามยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีหลักฐานชัดเจนว่าสามารถ รักษาได้ โดยเฉพาะ ต้องศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยาในขั้นตอน clinical trial ต่อไป

การป้องกัน

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง อย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรอง และเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยง รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า งดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาด สถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็นความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้ คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุด เท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้

จากข้อมูลของทางองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบว่า มีวัคซีนโควิด 19 จำนวน 292 ชนิดที่ถูกผลิตขึ้น โดยมีจำนวน 184 ชนิดที่กำลังอยู่ในช่วงการทดลองกับสัตว์ และมีจำนวน 108 ชนิดที่กำลังศึกษาในมนุษย์ซึ่งวัคซีนเหล่านี้มีเทคโนโลยีการผลิตที่หลากหลาย โดยอาศัย องค์ความรู้ในเรื่องของโครงสร้างของไวรัสซาร์ส-โควิ-2 กระบวนการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ และการตอบสนอง ของร่างกายเมื่อมีการติดเชื้อมาประยุกต์ใช้ในการสร้างวัคซีน สำหรับโครงสร้างของไวรัสซาร์ส-โควิ-2 นั้นจะมีปุ่มยื่น ที่เรียกว่า โปรตีนสไปค์ (spike protein) ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนที่ทำหน้าที่จับกับตัวรับ angiotensin-reverting enzyme-2 (ACE2) receptor ซึ่งอยู่บนผิวของเซลล์ของระบบทางเดินหายใจ หลอดเลือด และลำไส้ เมื่อส่วนของ โปรตีนสไปค์ที่เรียกว่า receptor-binding domain (RBD) จับกับตัวรับ ACE2 ของคนแล้ว ไวรัสจะสามารถเข้าเซลล์ ทำให้เกิดการติดเชื้อและอาการเจ็บป่วยตามมาดังนั้นวัคซีนส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายผลิต ภูมิคุ้มกันต่อโปรตีนสไปค์เป็นสำคัญ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด 19 จะมีระดับแอนติบอดีที่สูง ต่อโปรตีนสไปค์ โดยเฉพาะในส่วนของ RBD (anti-RBD antibody) เราจึงใช้ระดับแอนติบอดีต่อ RBD เป็นตัวชี้วัด ระดับภูมิคุ้มกันโรคและการตอบสนองต่อวัคซีน เทคโนโลยีการผลิตวัคซีนโควิด 19 ที่มีการศึกษาในมนุษย์ในขณะนี้แบ่งออกเป็น 4 กระบวนการหลัก คือ วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ วัคซีนดีเอ็นเอ (DNA) หรือเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA, mRNA) วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (recombinant viral vector vaccine) วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (protein subunit vaccine) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564)

2.2 มาตรการการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบว่ามีภาวะระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และต่อมาได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) หลังมีการลุกลามไปยังหลายประเทศในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก เมื่อในวันที่ 11 มีนาคม 2563 (ศุภกชญา ภาวังคะรัต, 2563)

สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3,810 ราย กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 128 ราย รักษาหายแล้ว 3,623 ราย และเสียชีวิต 59 ราย (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2563)

โดยที่ผ่านมามีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ซึ่งมีการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาดอาจมีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ต่อมา นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ออกมาทั้งจำนวน 14 ฉบับ และออกประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

1. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 โดยได้ออก

ข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่หรือสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อโรคโควิด 19 ตามที่กำหนดในมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 17 มีนาคม 2563 หรือตามที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้ประกาศหรือสั่งตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไว้ก่อนวันที่ข้อกำหนดนี้ใช้บังคับและที่ทางราชการจะประกาศให้ทราบต่อไป ในกรณีที่ได้รับการผ่อนผันให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด ให้ถือว่าประกาศหรือคำสั่งของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามวรรคหนึ่ง เป็นคำสั่งตามข้อกำหนดนี้

ข้อ 2 การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัดออกคำสั่งโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 35 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พิจารณาสั่งปิดสถานที่ซึ่งมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกัน และเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคโควิด 19 เป็นการชั่วคราว แต่อย่างน้อยให้ปิดสถานที่ ดังต่อไปนี้

(1) สนามมวย สนามกีฬา สนามแข่งขัน สนามเด็กเล่น สนามม้า ในทุกจังหวัดทั่วราชอาณาจักร จนกว่าจะมีประกาศเป็นอย่างอื่น

(2) ฌับ สถานบริการ สถานที่แสดงมหรสพ สถานที่มีการแสดงหรือการละเล่น สาธารณะ สถานประกอบการ อาบ อบ นวด และนวดโบราณ สปา สถานที่ออกกำลังกาย (ฟิตเนส) สถานบันเทิง ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีประกาศเป็นอย่างอื่น

(3) สถานที่อื่นนอกจากนี้ เช่น แหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติ พิพิธภัณฑ์สถาน หอสมุดสาธารณะ ศาสนสถาน สถานีขนส่งหรือโดยสาร ตลาด ห้างสรรพสินค้า ให้พิจารณาสั่งปิดเฉพาะส่วนหรือทั้งหมดและอาจจะกำหนดเงื่อนไขและเงื่อนไขตามความจำเป็นและเหมาะสมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ให้คำนึงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดต่อโรค ความจำเป็นของประชาชนในการจัดหาสิ่งอุปโภคบริโภคและการเดินทาง โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งต้องมีการเตรียมตัวหรือปรับตัว ในกรณียังไม่ได้มีคำสั่งให้ปิดสถานที่ใด ให้เจ้าของหรือผู้ดูแลสถานที่นั้นจัดให้มีมาตรการคัดกรองและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด หรือระบบให้สอดคล้องกับมาตรการดังกล่าวให้มากที่สุด

ข้อ 3 การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร ในการใช้ยานพาหนะไม่ว่าจะเป็นอากาศยาน เรือ รถยนต์ หรือพาหนะอื่นใด

ข้อ 4 การห้ามกักตุนสินค้า ห้ามผู้ใดกักตุนสินค้าซึ่งเป็นยา เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่ม หรือสินค้าอื่นที่จำเป็นต่อการอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็สินค้าควบคุมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2552 หรือไม่ก็ตาม

ข้อ 5 การห้ามชุมนุม ห้ามมิให้มีการชุมนุม การทำกิจกรรม หรือการมั่วสุมกัน ณ ที่ใดๆ ในสถานที่แออัดหรือกระทำการดังกล่าวอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย

ข้อ 6 การเสนอข่าว ห้ามการเสนอข่าวหรือทำให้แพร่หลายทางสื่อต่างๆ ซึ่งมีข้อความหรือข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันไม่เป็นความจริงและอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนทำให้เกิดความเข้าใจผิด

ข้อ 7 มาตรการเตรียมรับสถานการณ์

(1) ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัดเป็นผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินทุกมิติในเขตท้องที่ที่ตนรับผิดชอบ

(2) ให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งกำหนดและประชาสัมพันธ์มาตรการการช่วยเหลือหรือบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการบังคับใช้มาตรการของรัฐต่อประชาชน

(3) ให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จัดหา ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจโรค เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ และการเตรียมสถานที่กักกัน สถานที่คุ้มไว้สังเกตอาการ

(4) ในการกักกันตัวเองไว้สังเกตอาการ ให้เจ้าหน้าที่หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ผู้ว่าราชการจังหวัดจัดตั้งขึ้น หรืออาสาสมัครที่ปฏิบัติงานให้แก่ทางราชการสามารถเข้าตรวจสอบการเฝ้าระวังหรือความเข้มงวด จริงจังในการดำเนินการดังกล่าวได้

ข้อ 8 มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท กำหนดให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ดังต่อไปนี้ อยู่ในเคหสถานหรือบริเวณสถานที่พำนักของตนเอง เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก

(1) ผู้สูงอายุตั้งแต่เจ็ดสิบปีขึ้นไป

(2) กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำตามธรรมชาติของโรค

(3) กลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่าห้าปีลงมา

ข้อ 9 มาตรการเกี่ยวกับการออกนอกราชอาณาจักร ให้กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติเข้มงวดในการตรวจลงตราหรือออกวีซ่าหรือ อนุญาตให้ชาวต่างชาติยังคงอยู่ภายในประเทศ

ข้อ 10 มาตรการดูแลความสงบเรียบร้อย กำหนดให้มีการจัดเวรยาม ตั้งด่านตรวจ หรือ จุดตรวจการเดินทางข้ามพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการผู้เดินทาง ทั้งนี้ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหาร เจ้าหน้าที่ กอ.รมน. หรืออาสาสมัครในพื้นที่ร่วมปฏิบัติการดังกล่าวได้

ข้อ 11 มาตรการป้องกันโรค ให้มีมาตรการป้องกันโรคตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(1) ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสก่อนการจัดกิจกรรม และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

(2) ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมกิจกรรม ลูกจ้าง ผู้ใช้บริการสวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค และเว้นระยะ นั่ง หรือยืนห่างกันอย่างน้อยหนึ่งเมตรเพื่อป้องกันการติดต่อ สัมผัส หรือแพร่เชื้อโรคทางฝอยละออง น้ำลาย

(3) ให้ความสำคัญจำนวนผู้ร่วมกิจกรรมมิให้แออัด หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมให้สั้นลงเท่าที่จำเป็น

ข้อ 12 นโยบายการยังคงให้เปิดสถานที่ทำการ กำหนดให้สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ ยังคงเปิดดำเนินการในวันและเวลาราชการ โดยการจัดให้เหลือเวลาการทำงานและพักเที่ยง การทำงานนอกสถานที่ปกติ การจัดประชุมผ่านระบบสื่อสารทางไกล (Tele Conference)

ข้อ 13 คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด กำหนดให้ประชาชนงดหรือชะลอการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัดโดยไม่จำเป็นและควรพักหรือทำงานอยู่ ณ ที่พักอาศัย กรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรอง และกักกันสังเกตอาการ

ข้อ 14 คำแนะนำแผนการจัดกิจกรรมอื่นๆ การจัดกิจกรรมหรือพิธีกรรมทางสังคมตามประเพณีนิยม เช่น พิธีมงคลสมรส พิธีเซ่นไหว้บรรพบุรุษ พิธีบำเพ็ญกุศล พิธีศพ พิธีสงกรานต์ หรือกิจกรรมภายในครอบครัว ยังคงจัดได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่กำหนด

2. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 2) มีผลบังคับใช้วันที่ 3 เมษายน 2563 โดยประกาศห้ามบุคคลภายในประเทศออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 22.00 น ถึง 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น เว้นแต่มีความจำเป็นโดยต้องมีหนังสือหรือเอกสารรับรองความจำเป็นในการเดินทาง

3. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 3) มีผลบังคับใช้วันที่ 10 เมษายน 2563 เป็นการกำหนดข้อยกเว้นในกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานในช่วงที่ข้อกำหนดฯ (ฉบับที่ 2) ประกาศกำหนด เช่น 1) การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานตามที่ทางราชการมีคำสั่ง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร 2) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องพบแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงาน 3) การขนส่งสินค้าเพื่อประโยชน์ของประชาชน 4) การเคลื่อนย้ายกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง เพื่อไปยังสถานที่กักกันเพื่อสังเกตอาการ 5) การบริการหรือการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน 6) การประกอบอาชีพซึ่งจำเป็นต้องกระทำภายในช่วงเวลาพิเศษ เช่น ผู้เข้าเวรยาม ผู้ประกอบอาชีพประมง กรีดยาง เป็นต้น

4. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 4) ได้ประกาศขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 1) ออกไปอีก 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 31 พฤษภาคม 2563

5. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 5) ยังคงห้ามบุคคลภายนอกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 22.00 น. ถึง 04.00 น. และกำหนดห้ามจัดกิจกรรมต่างๆ เพิ่มเติม เช่น การใช้สถานศึกษาในการเรียนการสอน สอบ ฝึกอบรม ห้ามจัดประชุม สัมมนา การแจกจ่ายอาหารหรือสิ่งของที่เกิดความแออัด ข้อกำหนดดังกล่าวให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 3 พฤษภาคม 2563

6. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 6) จากการรับฟังความเห็นจากฝ่ายเศรษฐกิจ ผู้ประกอบการ และประชาชน จึงเห็นสมควรในการประกาศผ่อนคลายการบังคับใช้บางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 1) เช่น การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มให้ดำเนินการได้โดยให้นำกลับไปบริโภคที่อื่น ห้ามสรรพสินค้าหรือศูนย์การค้าให้เปิดได้เฉพาะซูเปอร์มาร์เกต ร้านขายยา ร้านเสริมสวย แต่งผมหรือตัดผมสำหรับบุรุษหรือสตรีให้ให้บริการได้เฉพาะการสระ ตัด ซอยผม แต่งผม และต้องไม่มีผู้นั่งรอในร้าน โดยให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม 2563

7. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 7) โดยให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม 2563 มีการประกาศข้อกำหนดผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ที่สำคัญ (ผ่อนคลายระยะที่ 2) เช่น 1) ช่วงเวลาของการออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 23.00 น. - 04.00 น. ของวันรุ่งขึ้น 2) การเปิดสถานศึกษา การจัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 3) การจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มสามารถให้นั่งรับประทานภายในร้านได้ แต่ยังคงห้ามบริโภคและจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) ห้ามสรรพสินค้าให้เปิดเพิ่มในส่วนที่เป็นการจำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภค 5) การถ่ายทำรายการ

โทรทัศน์ ภาพยนตร์ โดยจำกัดจำนวนคนทุกแผนกไม่เกิน 50 คน 6) คลินิกเวชกรรมเสริมความงาม และสถานเสริมความงาม เป็นต้น

8. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 8) โดยที่มีการกำหนดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดลำปาง เขตเลือกตั้งที่ 4 แทนตำแหน่งว่าง จึงจำเป็นต้องยกเว้นหรือผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการในเขตพื้นที่เลือกตั้ง แต่ต้องมีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2563 เป็นต้นไป

9. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 9) การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 3) และขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 2) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 โดยให้กิจการหรือกิจกรรมสามารถดำเนินการได้ เช่น 1) การออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 23.00 น. – 03.00 น. ของวันรุ่งขึ้น แต่ให้การขนส่งสินค้า หรือรถโดยสารสาธารณะสามารถเดินทางในช่วงเวลาดังกล่าวได้ 2) ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า รวมถึงศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ประชุม หรือการจัดนิทรรศการให้เปิดดำเนินการได้จนถึงเวลา 21.00 น. 3) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สปา นวดแผนไทย ยกเว้น อบอ บบ นวด 4) สถานที่ออกกำลังกาย สนามมวย สนามฟุตบอล 5) โรงภาพยนตร์ โรงละคร 6) การผ่อนคลายการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด เป็นต้น

10. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 10) การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 4) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2563 ยังคงเน้นย้ำมาตรการสากลในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางสังคม และเพิ่มเติมมาตรการระบบติดตามตัวผ่านแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ “ไทยชนะ” ในการเข้าไปในสถานที่ต่างๆ การยกเลิกการห้ามออกนอกเคหสถาน การใช้อาคารสถานที่ของโรงเรียนหรือสถานศึกษา การผ่อนคลายกิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต เช่น การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหาร ภัตตาคาร แต่ยังไม่อนุญาตในสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ เป็นต้น

11. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 11) การผ่อนคลายมาตรการบางมาตรการ (ผ่อนคลายระยะที่ 5) ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วประเทศ (คราวที่ 3) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ (New Normal) การเปิดเรียนและรูปแบบการเรียนการสอนในโรงเรียน สถาบันการศึกษา หรือมหาวิทยาลัยต่างๆ การเปิดห้างสรรพสินค้าได้ตามปกติ แต่ไม่เกิน 22.00 น. สถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ ให้

เปิดกิจการได้แต่ไม่เกิน 24.00 น. แต่งตั้งเวรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย สถานประกอบการกิจการ
อาบ อบ นวด โดยกิจการทั้งหมดนั้นต้องมีมาตรการเพื่อลดการสัมผัสและแพร่เชื้อ ดังนี้ 11.1 การ
ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย

11.2 ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า

11.3 การเว้นระยะห่าง

11.4 จัดให้มีที่ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

11.5 จัดให้มีการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสก่อนและหลังกิจกรรม

12. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์
ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 12) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563 โดยเป็นการกำหนด
คุณสมบัติผู้ที่ จะเดินทางเข้ามาภายในประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้คนไทยที่
อาศัยอยู่ต่างประเทศได้กลับมายังประเทศไทย และได้รับการดูแล คัดกรอง และเฝ้าระวังตาม
มาตรการต่อไป

13. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์
ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 13) ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่ว
ประเทศ (คราวที่ 4) ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ได้เปิดให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่ม หรือใช้
สิทธิของประชาชนเพื่อการชุมนุมใดๆ ภายใต้สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ

14. ข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์
ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 14) ขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่ว
ประเทศ (คราวที่ 5) ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 กันยายน 2563

15. ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่ว
ราชอาณาจักร (คราวที่ 6) ตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2563

16. ประกาศ เรื่อง การขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่ว
ราชอาณาจักร (คราวที่ 7) ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน 2563

จากการศึกษาข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นทำให้เป็นมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด 19 ภายในประเทศในแต่ละระยะตามแต่ละช่วงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนกระทั่งเข้าสู่
ช่วงของมาตรการผ่อนปรนเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจภายในประเทศ ซึ่งหลังจากมีการประกาศข้อกำหนด
ตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548
(ฉบับที่ 1) เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 หลังจากมีการแพร่ระบาดในพื้นที่สำคัญ ประกอบกับสถาน
ประกอบการเกือบทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลต้องหยุดกิจการชั่วคราว ส่งผล
ให้พนักงาน ลูกจ้างทั้งที่เป็นคนไทยซึ่งส่วนใหญ่

เป็นคนต่างจังหวัดเดินทางกลับภูมิลำเนา รวมทั้งกลุ่มแรงงานต่างด้าวมีการเดินทางกลับประเทศของตนเอง ส่งผลให้เกิดความกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดภายในประเทศ จนมีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาบางท่านออกมาประเมินสถานการณ์ (Scenario) โดยแบ่งได้เป็น 3 แนวทาง ได้แก่

1. สถานการณ์ที่การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ (รุนแรงที่สุด) นั่นคือ หากปล่อยให้การระบาด เป็นไปโดยธรรมชาติของโรค มีความพยายามที่จะชะลอการระบาดบ้าง แต่ไม่มากนัก หรือไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อ 1 คนจะสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้อีก 2.2 คน การระบาดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก หากมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวทุกสัปดาห์ตั้งแต่เดือนมีนาคมเป็นต้นไป จนทำให้ผู้ป่วยต่อสัปดาห์สูงสุดในเดือนสิงหาคม จะมีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 16.7 ล้านคนใน 1 ปี

2. สถานการณ์ที่สามารถชะลอการระบาดได้พอสมควร หากมาตรการควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการมีส่วนร่วมที่ดีจากภาคประชาชน ทำให้ไทยสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคได้ในระดับหนึ่ง จนทำให้ผู้ที่ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้เพียง 1.8 คน

3. สถานการณ์ที่สามารถควบคุมโรคได้ดี จนทำให้ผู้ที่ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (RO) ได้เพียง 1.6 คน เกิดการระบาดตามฤดูกาลในแต่ละปี และกลายเป็นโรคประจำถิ่นคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งต้องมีมาตรการควบคุมโรคที่เข้มข้น และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง รวมทั้งประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างมาก

2.3 มาตรการการรักษาและฟื้นฟูโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้แนวทางไว้ ดังนี้

2.3.1 การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ ATK ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยัน ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ แบ่งกลุ่มตามอาการได้เป็น 4 กรณี ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19) แนะนำให้แยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้อย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อระยะเวลาการกักตัว (ในสถานพยาบาลรวมกับที่บ้าน) อาจนานกว่านี้ในผู้ป่วยบางรายขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ ให้ดูแลรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาต้านไวรัส เนื่องจากส่วนมากหายได้เองและอาจได้รับผลข้างเคียงจากยา พิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจรในกลุ่มที่ไม่มีอาการขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาฟ้าทะลายโจรและยาต้านไวรัสร่วมกัน อาจมีผลข้างเคียงจากยา

2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) พิจารณาให้ favipiravir เริ่มให้ยาเร็วที่สุด หากตรวจพบเชื้อมาเกิน 7 วัน และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาด้านไวรัส เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้แยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้ หากเข้าเกณฑ์ที่จะรับการรักษาแบบ Home Isolation หรือ Community Isolation ก็สามารถให้การรักษาในลักษณะดังกล่าวได้โดยให้ปฏิบัติตามหลักการแยกโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย (รวมทุกระบบการรักษา) 14 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือจนกว่าอาการ จะดีขึ้นอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มี ปอดบวม (pneumonia) เล็กน้อย ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 4 (COVID-19 with risk factors for severe disease or having co-morbidity or mild pneumonia) ปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ >60 ปีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.) ดับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรครุนแรงมากขึ้น แนะนำให้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้อยู่ในระบบการรักษาและการแยกโรคอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น (อาจอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน แล้วกลับไปกักตัวที่บ้านจนครบ 14 วัน) แนะนำให้ favipiravir โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด ให้ยานาน 5 วัน หรือมากกว่า ขึ้นกับอาการทางคลินิกตามความเหมาะสมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ corticosteroid ร่วมกับ favipiravir ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการและภาพถ่ายรังสีปอดที่แย่ง คือ มี progression of infiltrates หรือค่า room air SpO₂ $\leq 96\%$ หรือพบว่ามี SpO₂ ขณะออกแรงลดลง $\geq 3\%$ ของ ค่าที่วัดได้ครั้งแรก (exercise-induced hypoxia)

4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation $\leq 96\%$) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates o แนะนำให้ favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก อาจพิจารณาให้ lopinavir/ritonavir 5-10 วัน ร่วมด้วย (ตามดุลยพินิจของแพทย์) แนะนำให้ corticosteroid

2.3.2 การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ ATK ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยัน ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ ให้เข้าในการรักษาจำเพาะดังนี้ โดยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเหมือนผู้ใหญ่

1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการ (Asymptomatic COVID-19) แนะนำให้ดูแลรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดบวม ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors) o แนะนำให้ดูแลรักษาตามอาการ พิจารณาให้ favipiravir เป็นเวลา 5 วัน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยง หรือมีอาการปอดบวม (pneumonia) เล็กน้อยไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 4 (Symptomatic COVID-19 without pneumonia but with risk factors) ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 1 ปี และภาวะเสี่ยงอื่น ๆ เหมือนเกณฑ์ในผู้ใหญ่ แนะนำให้ favipiravir เป็นเวลา 5 วัน อาจให้นานกว่านี้ได้หากอาการยังมาก โดยแพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม
4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการปอดบวม หายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจตามกำหนดอายุ (60 ครั้งต่อนาที ในเด็กอายุ 5 ปี) แนะนำให้ favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน (อาจพิจารณาให้ร่วมกับ lopinavir/ritonavir เป็นเวลา 5-10 วัน) แนะนำให้ corticosteroid

2.3.3 การแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation)

ผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะ ค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายสนิท อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายสัปดาห์แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเอง เมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษาหรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลโดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2-3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยนับ จากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจจะมีเชื้อไวรัสที่ยังแพร่ไปสู่ผู้อื่นอยู่ใน น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วัน หลังจากเริ่มป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หากครบ 14 วัน แล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งนี้สามารถปรึกษาแพทย์ได้หากไม่มั่นใจระยะเวลาที่เหมาะสมในการหยุดแยกตัว หลังจากนั้น แนะนำให้สวม หน้ากากอนามัยและระมัดระวังสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อไปตามมาตรฐาน

วิถีใหม่ (new normal) แต่ถ้าเป็นผู้ที่มี ภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีอาการหนักในช่วงแรก อาจจะแพร่เชื้อได้นานถึง 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะต้องรับการ รักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้แล้วมักจะพ้นระยะแพร่เชื้อแล้วจึงไม่ต้องแยกตัว ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะที่แพร่เชื้อได้ มีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยแยกจากคนอื่นในบ้าน ตามคำแนะนำดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม 2564, 2564)

2.3.3.1 คำนิยาม Home Isolation เป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

สำหรับ

1. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ระหว่างรอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษาที่บ้านระหว่างรอเตียงได้
2. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในระยะพักฟื้น (Step down) หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้แล้วอย่างน้อย 10 วัน และจำหน่ายกลับบ้านเพื่อรักษาต่อเนื่องที่บ้าน โดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

2.3.3.2 ลักษณะของบ้านพักอาศัยที่เหมาะสม

บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วงที่ต้องแยกตัว ควรจะต้องมีลักษณะดังนี้

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ต้องอาศัยในสถานที่พักอาศัยตลอดระยะเวลาที่กักตัว ไม่ให้ออกจากที่พัก
2. มีห้องนอนส่วนตัว ถ้าไม่มีควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้อื่นกรณีมีผู้อยู่ร่วมบ้าน และต้องเปิดประตู หน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี
3. มีผู้จัดหาอาหารและของใช้จ าเป็นให้ได้ ไม่ต้องออกไปจัดหานอกบ้านด้วยตนเอง
4. ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขอนามัย และการแยกจากผู้ป่วยได้
5. สามารถติดต่อกับโรงพยาบาลและเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก ถ้าบ้านหรือที่พักไม่เหมาะสม อาจต้องหาสถานที่แห่งอื่นในการแยกตัว

2.3.3.3 ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระหว่างแยกตัว ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว

2. อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หากยังมีการไอจามต้องสวมหน้ากากอนามัยแม้ขณะที่อยู่ในห้องส่วนตัว โดยแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ไม่ให้ใช้หน้ากากผ้า
3. หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร หรือประมาณหนึ่งช่วงแขน หากไอจามไม่ควรเข้าใกล้ผู้อื่นหรืออยู่ห่างอย่างน้อย 2 เมตร และให้หันหน้าไปยังทิศทางตรงข้ามกับ ตำแหน่งที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย
4. หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ต้องเอามือมาปิดปากและไม่ต้องถอดหน้ากากอนามัยออก เนื่องจากมืออาจเปราะเปื้อน หากไอจามขณะที่ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยให้ใช้ต้นแขนด้านในปิดปาก และจ้มูก
5. ภูมิด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ (หากมือเปราะเปื้อนให้ล้างด้วยสบู่และน้ำ) โดยเฉพาะภายหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ขณะไอ จาม หรือหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และก่อนสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้อื่นในบ้านใช้ร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได มือจับตู้เย็น ฯลฯ
6. กรณีที่เป็นมารดาให้นมบุตร ยังสามารถให้นมบุตรได้ เนื่องจากยังไม่มีรายงานพบเชื้อโควิด-19 ในน้ำนม แต่มารดาควรสวมหน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัดทุกครั้งก่อนสัมผัสหรือให้นมบุตร
7. ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้ายให้ปิดฝาชักโครกก่อนกดน้ำ
8. การทำความสะอาดห้องน้ำและพื้นผิว ควรทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก อุจจาระ ปัสสาวะหรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำและน้ำยาฟอกผ้าขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (เช่น ไฮเตอร์, คลอโรกซ์) โดยใช้ 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน หรือ 0.5% (น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน)
9. แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์
10. ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ควรให้ผู้อื่นจัดหาอาหารมาให้ แล้วแยกรับประทานอาหารคนเดียว ถ้าเป็นอาหารที่สั่งมาและต้องเป็นผู้รับอาหารนั้น ควรให้ผู้ส่งอาหารวางอาหารไว้ ณ จุดที่สะดวก แล้วไปนำอาหาร เข้าบ้าน ไม่รับอาหารโดยตรงจากผู้ส่งอาหาร
11. ซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติหากใช้เครื่องซักผ้า ให้ใช้ ผงซักฟอก และ น้ำยาปรับผ้านุ่มได้

12. การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ใส่ถุงพลาสติก และปิดปากถุงให้สนิทก่อน ทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดมือ ด้วยแอลกอฮอล์ หรือน้ำ และสบู่ทันที

2.3.3.4 คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยในการสังเกตอาการตนเอง

1. ให้สังเกตอาการตนเอง วัดอุณหภูมิและ oxygen saturation ทุกวัน
2. หากมีอาการแย่ลง คือ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ เช่น หอบ เหนื่อย ไข้สูง ลอย ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ให้รีบโทรติดต่อโรงพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่
3. เมื่อจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลให้ใช้รถยนต์ส่วนตัวหรือรถที่โรงพยาบาลมารับ ไม่ใช้รถสาธารณะ ให้ทุกคนในรถใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่เดินทาง หากมีผู้ร่วมยานพาหนะมาด้วย ให้เปิดหน้าต่างรถเพื่อเพิ่มการระบายอากาศ

2.3.3.5 คำแนะนำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการติดตามดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่อยู่ที่บ้าน เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วย COVID-19

อาจปรับได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและด้านการควบคุมโรคประกอบกัน

1. เป็นผู้ติดเชื้อที่สบายดีหรือไม่มีอาการ (Asymptomatic cases, Mild symptomatic)
2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
4. อยู่คนเดียวหรือที่พักอาศัยสามารถมีห้องแยกเพื่ออยู่คนเดียวได้
5. ไม่มีภาวะอ้วน (ภาวะอ้วน หมายถึง ดัชนีมวลกาย >30 กก./ม.2 หรือน้ำหนักตัว >90 กก.)
6. ไม่มีโรคร่วมดังต่อไปนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคไตเรื้อรัง (CKD stage 3, 4) โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์
7. ยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง

2.3.3.6 การดำเนินการของโรงพยาบาล

1. ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อ ตามดุลยพินิจของแพทย์
2. ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์การแยกตัวบ้าน
3. ควรถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) ในวันแรกที่วินิจฉัย (ถ้าสามารถทำได้)
4. แนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยติดเชื้อ

5. ติดตามประเมินอาการผู้ติดเชื้อระหว่างการแยกตัวที่บ้าน โดยให้ผู้ติดเชื้อวัด อุณหภูมิ และ oxygen saturation และแจ้งทางโรงพยาบาลทุกวันผ่านระบบสื่อสารที่เหมาะสม

6. เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

7. ทั้งนี้ระหว่างติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ติดตามฉบับปัจจุบันจาก <https://covid19.dms.go.th/> (ฉบับปัจจุบัน วันที่ 25 มิถุนายน 2564) โดย มีระบบการจัดส่งยา การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงที่เหมาะสม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ถ้ามีอาการแย่ง เช่น ค่าปริมาณออกซิเจนที่ปลายนิ้วต่ำกว่าร้อยละ 95 อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต ได้ให้หลัก 5 ร. และ 5 ต.

การดูแลจิตใจของตนเองด้วยหลัก 5 ร. มีดังนี้

1. รู้อารมณ์ รู้จักหาวิธีผ่อนคลายความกังวลที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฟังสมาธิ เป็นต้น

2. รับสื่ออย่างมีสติ รับฟังข่าวอย่างมีสติ จากแหล่งที่เชื่อถือได้ ลดการดูสื่อ หรือการฟังข่าว ที่ทำให้คุณรู้สึกวิตกกังวลไม่เกินวันละ 1-2 ชั่วโมง

3. รักษาสุขภาพ ดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

4. ปรึกษาหากกังวลใจ โทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

5. ระมัดระวังไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ควรสร้างตราบาป ไม่ล้อเลียนคนที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19 เพราะหลังจากหายป่วยจาก โควิด-19 แล้วสามารถกลับมาทำงานและอยู่กับครอบครัว และใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การดูแลจิตใจของตนเองด้วยหลัก 5 ต. มีดังนี้

1. ติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารกับคนรักหรือครอบครัว ผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ เช่น มือถือ หรือโซเชียลมีเดีย ที่ทำให้เราติดต่อกันได้ โดยไม่รู้สึกลดเดี่ยวหรือเผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพัง

2. ติดตามข่าวสารอย่างมีสติ การรับข่าวสารควรมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถ้าการรับฟังข่าวทำให้วิตกกังวลมาก ควรหลีกเลี่ยงและทำกิจกรรมอื่นแทน

3. ต่อต้านความเครียด การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกาย สุขภาพใจ

4. เติมเต็มความรู้ ศึกษาหาความรู้ หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแลกลเปลี่ยนแปลงเรียนรู้เรื่องราวเชิงบวกกับผู้ป่วยโควิด-19 ที่หายดีแล้ว

5. ต้องชื่นชมตนเองที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ การที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ติดเชื้อ การแยกกักตัวอยู่ในพื้นที่จำกัด จนครบวันกักตัว ต้องให้กำลังใจและชื่นชมความสำเร็จของตนเอง ว่ามีความรับผิดชอบต่อสังคม

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Home Health Care Nursing หรือการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน หมายถึงระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัวและจากโลกนี้ไปอย่างสงบ โดยมีการใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การพยาบาลที่บ้าน (High-tech Home care) และโดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมกับการพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมายและ กลวิธีในการดูแลตนเอง และ/หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (Self Determination) ซึ่งมีหลักการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล และครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพไม่ได้ หมายถึงการปลอดจากโรคเท่านั้นแต่หมายถึง ภาวะที่สุขภาพอันวยประโยชน์สูงสุด (Optimal Health) ไม่ว่าจะป่วย พิการหรือกำลังจะตาย

ในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการซักประวัติตรวจร่างกาย และการสังเกต การสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล การบันทึกข้อมูล และการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยในการพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่ง ปัญหาที่พบจะต่างกับการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแล ที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. Curable/recover ผู้ป่วยที่รักษาหายได้ ต้องการการดูแลระยะสั้น ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ผู้ป่วยเรื้อรัง
2. Long-term chronic ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหารกินยาและการออกกำลังกาย

3. Long-term with mild disability มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิต ค่อนข้างมาก ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

4. Long-term with extreme disability การดูแลซับซ้อน โรคอาจรุนแรงขึ้นไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การเคาะปอดและการดูด เสมหะ การสวนปัสสาวะ

5. Terminally ill ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือกำลังจะตายอาจต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอาจแบ่งได้เป็น 2กลุ่ม คือกลุ่มที่ยังดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เองหรือได้บ้างและกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย

หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน คือ

1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลรวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียด ทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน
3. สร้างภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแลที่ บ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบและให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการปฏิบัติหรือการจัดการกับปัญหาโดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องการและประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน
4. กำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย
5. มีการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย
6. ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการเช่น สังคมสงเคราะห์ และสถานฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

การศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ในครั้งนี้เล็งเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2.5 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสมและคุณภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้น ๆ เช่น ในสถานศึกษากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาจประกอบด้วย

ผู้บริหาร ครูผู้ปกครอง นักเรียน หรือนักศึกษา และสมาชิกในชุมชนอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง วิธีการวิจัยจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ในการวิเคราะห์การทำงานของตนเองและกลุ่มอย่างถี่ถ้วน ด้วยวิธีการสะท้อนความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนความเห็นต่อการทำงานของตนเองและกลุ่มผู้ร่วมการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับสถานศึกษา การปรับปรุงโครงการ การปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน การปรับปรุงนโยบายและระบบการทำงานของโรงเรียน หน่วยงาน มุ่งมั่นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

วิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า “การปฏิบัติ” (Action) และ “การวิจัย” (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกัน การตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้น ๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มีอาศัยเครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ Action Research เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีใช้เพียงเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบสอบถาม

การอภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าการวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research สรุปคือเป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในทุกขณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่นคือ แสดงความเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน

สุภางค์ จันทวานิช (2552) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเห็นว่าดี เหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ และประเมินดูความเหมาะสมในความจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติแล้วนำผลมาปรับปรุงการปฏิบัติการเพื่อนำผลไปทดลองใหม่ จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552) กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

4. ใช้วงจรการปฏิบัติ (The Action Research Spiral) คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผนให้ดียิ่งขึ้น (Revise-Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่น่าพึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

1. การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต
2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์ วิเคราะห์แล้ว ระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงานเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วิเคราะห์กันอีกในภายหลัง
3. การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน
4. การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามที่บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาทิ Crundy, Holter และ Schwartz Barcott, McKerman และ McCutcheon และ Jurg ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคหรือทฤษฎี หรือเชิงวิพากษ์ (technical action research)

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (practical action research)

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (emancipatory action research) หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) โครงการที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัย แต่ในขณะเดียวกัน

ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง การวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนวยความรู้อยู่ การตรวจสอบความ ตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่ เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน พุดงาย ๆ คือ นำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไป เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดหลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับ ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทาง เพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญ ทำไปแก้ไขไปแล้วแต่ สถานการณ์ เป้าหมายสำคัญของนักวิจัยแบบ practical action research คือ เข้าใจการปฏิบัติงาน และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (Mc Kerman, 1991 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) วิจัยเชิง ปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาการทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่ง ดี ๆ กับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (Emancipatory Action Research) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดย ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจญาณญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการของวิธีการประเภทนี้ คือ ประการแรก การทำให้เกิด ความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่) กับ ทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

วิธีการแบบนี้ ต้องผ่านกระบวนการของการพัฒนาการวิพากษ์วิจารณ์ที่ทำให้เกิดการ ไกล่เกลี่ย และมีความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ดังนั้นการกระทำที่นำโดยการ วิพากษ์วิจารณ์ก่อน จึงประกอบด้วย 3 อย่าง คือ ทฤษฎี การทำความเข้าใจกระจ่างแจ่มแจ้งในทฤษฎี และ ลงมือกระทำ (Grundy, 1982 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) ไม่ได้หมายความว่า การวิจัย ประเภทนี้จะเริ่มต้นด้วยทฤษฎี และจบลงด้วยการปฏิบัติแต่เป็นการได้คำบอกกล่าวจากทฤษฎีก่อน ดังนั้น ทฤษฎีจึงเป็นแนวทางเริ่มต้นของการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างทฤษฎีและการ ปฏิบัติในการวิจัยประเภทนี้ นำไปสู่การขยายทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ ในขณะที่ทำงานยังดำเนินการอยู่

สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดกระบวนการของการทำความเข้าใจกับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อน (process of reflection) กับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่ง กระบวนการของการสะท้อนเหล่านี้จะทำให้เกิดความกระจ่างแจ้งในรูปของการรู้แจ้งเห็นจริง (authentic insights) ภายในตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไป

นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงก็คือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติหลังจากกระบวนการทำความเข้าใจในทฤษฎีแล้ว จากนั้นก็นำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างของวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ประเภท ไม่ได้อยู่ที่วิธีการวิจัย แต่เป็นเรื่องของข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) และทัศนะการมองโลกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสาเหตุของความหลากหลายในการนำวิธีการวิจัยไปใช้

ความแตกต่างที่เด่นชัดตามที่ Grundy ตั้งข้อสังเกตว่าเป็นเรื่องของอำนาจ กล่าวคือ วิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค ผู้มีอำนาจควบคุมคือ ตัวผู้วิจัยหลักที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้อำนวยความสะดวก ในขณะที่วิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ อำนาจเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เข้าร่วม เน้นไปที่แต่ละคนมีอำนาจในการลงมือกระทำ ส่วนอำนาจของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยเป็นอำนาจทั้งหมดภายในของทั้งกลุ่ม

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้ลำดับขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหา เป็นจุดสำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพของงาน ซึ่งดำเนินงานได้หลายลักษณะ เช่น การสังเกต การสำรวจข้อมูลจากการประเมินของผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น เมื่อพบปัญหาจากการสำรวจและการวิเคราะห์ปัญหานั้นนำมาจัดความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาความรุนแรงของปัญหา ว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขหรือพัฒนามาก่อน ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย

2. กำหนดวิธีการในการแก้ไขปัญหา เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาจากการศึกษาในขั้นที่หนึ่ง เพื่อทราบจะได้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ในขั้นนี้ต้องศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือ ตำรา แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน จนทำให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นชัดเจนขึ้นในขั้นนี้จะนำไปสู่ปัญหาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

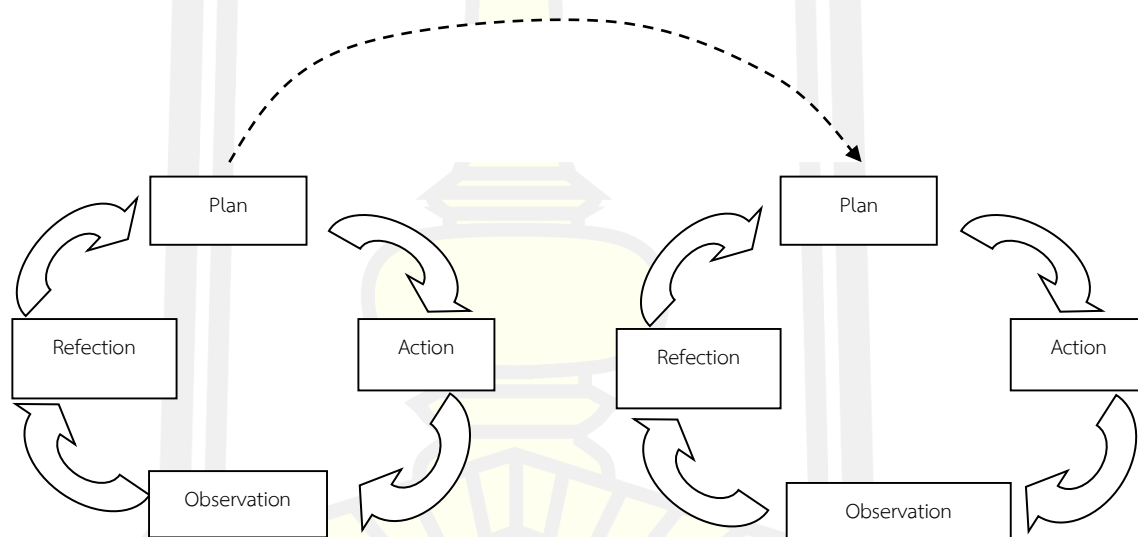
3. การพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรม จากขั้นที่ 2 จะได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหามหาหรือแนวทางการพัฒนา ซึ่งอาจเป็นวิธีการหรือนวัตกรรมที่เป็นไปได้ แล้วนำวิธีการหรือนวัตกรรมที่ได้

ไปทดสอบหาความเที่ยงตรง แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป ขั้นตอนนี้จึงนำไปสู่ตัวแปรที่ศึกษาและวิธีการที่จะพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหา

4. นำวิธีการหรือนวัตกรรมไปใช้สังเกตผลที่ได้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ต้องมีเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การแปลความหมายข้อมูล หรือการสรุปผล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยเลือกสถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลที่รวบรวมได้แล้ว สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล หากยังไม่สามารถแก้ไข้ปัญหาได้ตามที่ต้องการ ก็จะทำให้การปรับปรุงแก้ไข โดยย้อนกลับไปค้นหาวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่ แล้วพัฒนาวิธีการหรือนวัตกรรมตลอดจนนำไปใช้อีกแล้วสรุปผลการดำเนินงาน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจร PAOR แนวคิดดั้งเดิมนำเสนอโดย เคมมัส (Kemmmis, 1988) เป็นกระบวนการทำงานเป็นวงจรแบบขดลวด



ภาพที่ 2 กระบวนการทำงานเป็นขดลวดเคมมัส

แบบวงจรการทำวิจัยของ Kemmmis และ MctTaggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอนสุดท้าย ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย Kemmmis และ MctTaggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan-P)

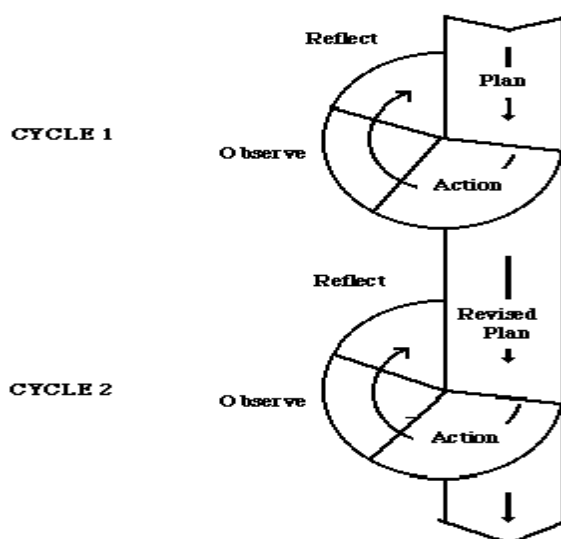
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act-A)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe-O)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection-R)

ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีเชิงคุณภาพ ร่วมกัน ซึ่งเรียกรวมวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple methodology) (Greenwood and Levin, 2007) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิจัยนัก แต่มี เป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติวิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบท ที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต

ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อนผล (Reflection) เป็นการสะท้อนผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับ วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmmis and MctTaggart

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้กล่าวว่า ไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลักๆ ดังนี้

1. เก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์หรือธรรมชาติ ซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างทอ่งแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติหลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์บุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ โดยเน้นความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลให้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย เพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ต้องมีการอธิบายสถานการณ์ ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง จากนั้นต้องจัดความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยใช้วิธีการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย สุดท้ายต้องสรุปประมวลผลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขแสดงจำนวนนับ เช่น คะแนน ความรู้ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังการอบรม

ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) ด้วยเหตุผลที่ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุ ปัญหาจากวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดกลวิธีแก้ปัญหาและการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการประเมินผลและปรับปรุงแผนร่วมกัน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2563) ได้ศึกษาประสบการณ์การตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ของประเทศไทยในการจัดการกับการระบาดของ COVID-19 และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศอื่น ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าหนึ่งล้านคน โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค การกักกันและแม้กระทั่งการทำหน้ากากผ้าให้กับประชาชน

ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรถึงเกือบร้อยละ 100 ขณะทีนโยบายด้านหลักประกันยาที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ในราคาที่ถูกลง 3) การสื่อสาร ปรับตัว สร้างความร่วมมือ และเชื่อมชุมชน หลังการประกาศให้โควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ก็มีกลไกควบคุมโรคเชิงรุก ตลอดจนการตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) นับว่าทางการไทยยกระดับปฏิบัติการอย่างรวดเร็วรวมทั้งได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเชิงรุกผ่านการแถลงของ ศบค. ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมทางการสื่อสารและเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความตื่นรู้แก่ประชาชน ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี กลไกถัดมาคือการปรับตัวและร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐนาระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ติดตามและเฝ้าระวังภาคประชาชนให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค บริษัทเอกชนอนุญาตให้พนักงานทำงานที่บ้าน ร้านค้ามีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้ารับบริการ ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ปรับตัวด้วยการออกแบบระบบคัดกรองผู้ป่วย มีบริการจัดส่งยาไปที่บ้าน กลไกสุดท้ายที่ถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดในระดับท้องถิ่น คือ การมีระบบแพทย์ชุมชน และ อสม. โดยทีมแพทย์และพยาบาลลงพื้นที่ให้ความรู้กับชุมชน และมีการออกแบบระบบสาธารณสุขชุมชน ขณะที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ทั้งการสำรวจ ระบุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย จำนวน 10,400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด ($X=4.75$, $SD=0.42$) บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับมาก ($X=2.75$, $SD=0.32$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ($R=0.416$) และสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ได้ร้อยละ 17.30 ($R^2 = 0.173$)

กัธธ มาลาธรรม และพรทิพย์ มาลาธรรม (2563) ได้ศึกษาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศไทยกรณีการระบาดของโควิด -19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปและแบ่งปันประสบการณ์ว่าประเทศไทยจัดการและควบคุมการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ได้อย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพทำให้เราสามารถทราบกลุ่มอาการและสาเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็ว ความสามารถในการแพร่เชื้อไวรัสก่อนที่จะเกิดอาการทำให้การควบคุมเป็นเรื่องยาก อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันเบื้องต้น เช่น การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การตรวจคัดกรองโรค และการแยกผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นสามารถชะลอการแพร่ระบาดในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย กรณีของประเทศไทยได้ใช้มาตรการป้องกันที่จำเป็นอย่างเข้มข้นตั้งแต่ช่วงแรกของการแพร่ระบาดโดยมีผู้นำรัฐบาลโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ มีการมีส่วนร่วม และการทำงานร่วมกันของประชาชนที่แข็งแกร่งของทุกภาคส่วนในประเทศ แม้ว่าจะมีการระบาดที่น่าเป็นห่วง แต่ในที่สุดประเทศไทยก็ประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดภายในเวลาไม่กี่เดือน โดยการให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ถูกต้อง การปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคม การบริจาคและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในช่วงเวลาวิกฤต สุดท้ายเราควรตื่นตัวและพร้อมที่จะใช้มาตรการป้องกันอย่างเข้มข้นต่อการแพร่ระบาดระลอกใหม่อย่างทันที่เพราะมีแนวโน้มว่าการระบาดครั้งนี้จะไม่สิ้นสุดในเร็วๆ นี้

QingMiao และคณะ (2563) ได้ศึกษาการตอบสนองต่อ COVID-19 กรณีศึกษาอาสาสมัครในชุมชนของประเทศจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครชุมชนและการปรับตัวในช่วงวิกฤต ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการส่วนบุคคลและการทำงานร่วมกันโดยอาศัยข้อมูลจากอาสาสมัคร COVID-19 จำนวน 85,699 คน ที่รวบรวมผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล รวมถึงการสำรวจจากตัวอย่างอาสาสมัคร COVID-19 จำนวน 2,270 คน โดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลและการสัมภาษณ์ 14 ผู้นำชุมชนที่รับผิดชอบในการประสานงานกิจกรรมบริการ ผลการศึกษาพบว่า การร่วมมือกันระหว่างประชาชนในพื้นที่ภาคประชาสังคมรวมถึงกลุ่มชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในระดับภูมิภาคในการเชื่อมประสานการบริการสาธารณะ บทบาทสำคัญของอาสาสมัครในพื้นที่ที่มีประสบการณ์และการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครและหน่วยงานรัฐที่มีอย่างต่อเนื่องยาวนาน การศึกษาบางชี้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทของจิตอาสาและการมีส่วนร่วมในการตอบสนองของอาสาสมัครของจีนต่อการระบาดใหญ่ การศึกษานี้สามารถช่วยสนับสนุนการตอบสนองต่อ COVID-19 และวิกฤตในอนาคตโดยการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์และเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กขพร เชื้ออนธนะ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ถึง 2559 ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก 6 ด้านเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดความตระหนักทำงานด้วยใจรักและจิตเป็นกุศลหนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย (2) บริการและทีมดูแลแบบบูรณาการ (3) ศูนย์ประสานงานการ

ดูแลที่ครอบคลุมทุกตำบล (4) แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ และตำบล (5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานด้วยการปมเพาะเมล็ดพันธุ์แห่งความดีในหัวใจให้กับทีมงาน (6) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ระดับอำเภอในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (7) ระบบการกำกับติดตามประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และ (8) ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น

สมสมัย รัตนกริธากุล และคณะ (2561) วิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาย พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ริเริ่มนโยบายกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและลดค่าใช้จ่าย 2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน พยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยมี ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3) การสร้างเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์

ชลกร ทรงศรี (2557) ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่นนท์ เมืองอุดรธานี พบว่า ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกจากเป็นเจ้าของที่ด้านสุขภาพแล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา บุคคลในครัวเรือน

การศึกษาของ Bhardwaj และคณะ พบว่า มีข้อดีของการแยกกักตัวที่บ้าน ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถทำงานจากที่บ้านได้ ลดโอกาสในการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ของผู้ป่วย ลดโอกาสการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์

Ju และคณะ ศึกษาภาวะทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่าการแยกกักตัวที่บ้านมีผลดีกว่าการแยกกักตัวที่โรงพยาบาลหรือศูนย์แยกกักตัวของส่วนกลาง โดยการแยกกักตัวที่บ้านช่วยลดภาวะการวิตกกังวลลดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้เมื่อเทียบกับการแยกกักตัวในโรงพยาบาลหรือศูนย์ส่วนกลาง

อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และวงศ์วิวัฒน์ ทศนิยมกุล (2563) ให้คำแนะนำการดูแลโภชนาการให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการดี เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันจากภายในของบุคคล ด้วยการปฏิบัติตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการที่เน้นคุณภาพของชนิดอาหารที่บริโภคในแต่ละวันแต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลายชนิด และปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานในแต่ละวัน อย่างสมดุล ควรเน้นการรับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน รวมทั้งสมุนไพรต่างๆ ควบคู่ไปกับ โปรตีนคุณภาพ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารหวานและอาหารเค็มจัด และที่สำคัญมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือการบริโภคอาหารที่ ถูกสุขลักษณะและปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง แยกชุดอาหารแบบจัดเฉพาะคนที่ยึดหลักงานอาหารสุขภาพ และการเว้นระยะห่างในการรับประทานอาหาร เพื่อลดโอกาสในการได้รับเชื้อจากผู้อื่น รวมทั้งการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการติดโรคจากการใช้ภาชนะเดียวกัน ดังนั้นหากปฏิบัติได้ดังที่กล่าวมาก็จะทำให้ปลอดภัยและห่างไกลจากโควิด-19

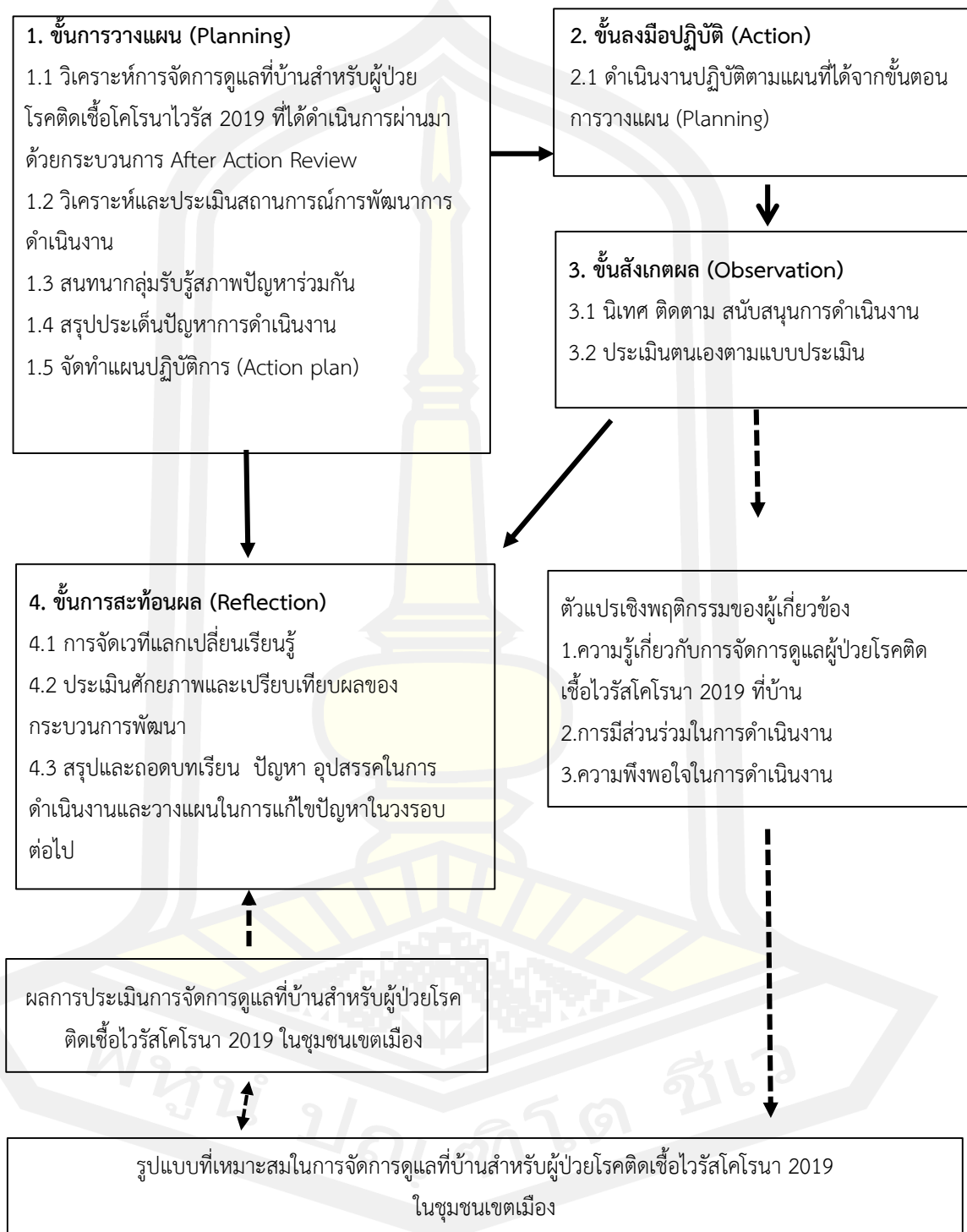
การศึกษาของ Stefano Amatori และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลกระทบของสภาวะอารมณ์ การออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการของนักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด-19 และได้รับการกักตัวเป็นเวลา 21 วัน พบว่า การแยกกักตัวส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จากความรู้สึกโดดเดี่ยว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายน้อยลง การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์

Zhang และคณะ (2564) ได้ให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของการติดเชื้อโควิด -19 ในขณะที่การควบคุมการรับประทานโซเดียมสามารถช่วยฟื้นระดับโซเดียมในเลือดในผู้ป่วย และลดผลกระทบต่อไตจากการติดเชื้อ โควิด-19 ได้

การศึกษาของ Aman และคณะ พบว่าการ บริโภคอาหารโซเดียมสูงมากเกินไป เป็นเวลานาน เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ของขบเคี้ยว และอาหารแปรรูปอื่นๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และพบว่ายังเพิ่มความรุนแรงของ โรคโควิด-19

องค์การอนามัยโลก แนะนำให้รับประทานเกลือเพียง 5 กรัมต่อวัน รับประทานน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ และชา เนื่องจากจะทำให้ขาดน้ำและส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการทบทวน วรรณกรรมอย่างมีระบบ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ขั้นตอนเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการ และขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) การวางแผน (Planning)
- 2) การปฏิบัติ (Action)
- 3) การสังเกตการณ์ (Observation)
- 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีบทบาทในการดูแล ให้การรักษาพยาบาล จำนวน 258 ราย ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 378 คน

คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$n = \frac{3.841 * 378 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (378 - 1) + 3.841 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 190.76$$

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการศึกษาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาขั้นต่ำ 210 ราย

อำเภอบางเสาธง มี 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางเสาธง ตำบลศรีษะจรเข้ใหญ่ ตำบลศรีษะจรเข้่น้อย ซึ่งตำบลที่เป็นเขตเมือง ได้แก่ ตำบลบางเสาธง มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง มีนิคมอุตสาหกรรมในพื้นที่ บ้านพักอาศัยเป็นอาคารชุด แพลต คอนโดมิเนียม และชุมชนหนาแน่น ส่วนตำบลศรีษะจรเข้ใหญ่ ตำบลศรีษะจรเข้่น้อย เป็นพื้นที่เขตเกษตรกรรม ทำนา ทำบ่อปลา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกกลุ่มเป้าหมายจากพื้นที่ตำบลบางเสาธงมาทำการศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย ซึ่งตำบลบางเสาธงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่บางพลี มีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 126 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงกลาง มีผู้ป่วยจำนวน 113 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกัลปพฤกษ์ มีผู้ป่วยจำนวน 26 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญราษฎร์ มีผู้ป่วยจำนวน 113 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นประชากรที่อาศัยอยู่หรือมาทำงานในพื้นที่อำเภอบางเสาธง
2. ไม่เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่ทุพพลภาพ
3. สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ย้ายถิ่นฐาน พักอาศัยนอกพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

2. ไม่เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่ทุพพลภาพ
3. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายหน่วยงานออกนอกพื้นที่อำเภอบางเสาธงระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ
3. กลุ่มสนับสนุน ที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ได้แก่

- เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน
- ผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 หรือ
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 1-16 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 หรือ
3. เป็นผู้นำชุมชน หมู่ที่ 1-16 ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565
4. ไม่เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่ทุพพลภาพ
5. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายหน่วยงานหรือย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอบางเสาธงระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสอบถามสำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน

3.3.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบถูกผิด 2 ตัวเลือก โดยเลือกตอบได้เพียงอย่างเดียวตามบริการที่ได้รับหรือไม่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย

มีระดับคะแนน 0-30 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ระดับพฤติกรรมสุขภาพดีมาก หมายถึง มีคะแนน \geq ร้อยละ 80 (\geq 24 คะแนน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพปานกลาง หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 50-79 (15-23 คะแนน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี หมายถึง มีคะแนน \leq ร้อยละ 50 ($<$ 14 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด มีระดับคะแนน 11-55 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน

พึงพอใจมาก 4 คะแนน

พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน

พึงพอใจน้อย 2 คะแนน

พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง มีคะแนน > ร้อยละ 80 (> 43.45 คะแนน)

ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 50-79 (27.50-43.35 คะแนน)

ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึง มีคะแนน < ร้อยละ 50 (< 27.50 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการ

3.3.2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบถูก ผิด 2 ตัวเลือก โดยเลือกตอบได้เพียงอย่างเดียวตามบริการที่ได้รับหรือไม่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย มีระดับคะแนน 0-60 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ระดับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการดีมาก หมายถึง มีคะแนน \geq ร้อยละ 80 (\geq 48 คะแนน)

ระดับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการปานกลาง หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 50-79 (30-47 คะแนน)

ระดับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการไม่ดี หมายถึง มีคะแนน \leq ร้อยละ 50 (< 30 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการ

3.3.3 แบบสอบถามชุดนี้สำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย

มีระดับคะแนน 0-24 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว จำนวน 4 ข้อ

ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ระดับการสนับสนุนต่อการจัดบริการ ดีมาก หมายถึง มีคะแนน \geq ร้อยละ 80 (\geq 19 คะแนน)

ระดับการสนับสนุนต่อการจัดบริการ ปานกลาง หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 50-79 (13-18 คะแนน)

ระดับการสนับสนุนต่อการจัดบริการ ไม่ดี หมายถึง มีคะแนน \leq ร้อยละ 50 (< 12 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการจัดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการ จำนวน 4 ข้อ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วส่งให้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์จำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Index of Item -Objective Congruence: IOC) และแก้ไขตามคำแนะนำของเชี่ยวชาญ

3.4.2 นำข้อคำถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงข้อคำถามนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วไปทดสอบ (Tryout) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ที่มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา สถิติการหาคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่า KR20และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น (อ้างอิงใน กิตติ เมอะประโคน, 2557) พบว่า แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว มีค่าความความเชื่อมั่น(KR20)เท่ากับ 0.78 ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ระยะเวลาเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตผู้บริหารหน่วยงานในการศึกษาวิจัย
2. ประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

4. เตรียมผู้ช่วยเหลือวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินการ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม เป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม ฝึกทักษะกลุ่ม

5. ประสานกลุ่มเป้าหมายโดยการทำหนังสือเชิญเป็นรายบุคคลเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

3.5.2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินงานการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

จัดกิจกรรมถอดบทเรียน (After Action Review) เรื่องการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกัน วิเคราะห์บริบทชุมชน วิเคราะห์การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา การศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำผลการศึกษามาวิเคราะห์ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นร่วมกันในกระบวนการดำเนินการวิจัยและร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา รวมไปถึงกำหนดโครงการ แผนงานและกิจกรรมในการดำเนินงานโดยเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อกำหนดโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการเป็นโครงการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและการกำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมที่ดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) เพื่อประเมินการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต ร่วมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการจดบันทึก

2. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงานทุกชั้นตอน
สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและเสนอแนะต่อการดำเนินงานในครั้งต่อไป

3.5.3 ระยะเวลาสรุปผล

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในชุมชนเขตเมือง ในระยะสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย
การสังเกตพฤติกรรม เขียนรายงานเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินการมีส่วนร่วม
แบบประเมินความพึงพอใจแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรม จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธี
ทางสถิติ

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์การสังเกต การถอดบทเรียนและการตรวจสอบ
ความถูกต้องของข้อมูล และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 จริยธรรมการวิจัย

1. ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารการรับรองเลขที่
202-204/2565 วันที่รับรอง 13 มิถุนายน 2565 วันหมดอายุ 12 มิถุนายน 2566
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการ
ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ
3. ผู้เข้าร่วมโครงการต้องยินยอมด้วยความสมัครใจและสามารถออกจากการวิจัยได้
ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
4. ข้อมูลรายชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใกล้ชิด ผู้ที่สามารถเข้าถึง
ข้อมูลดังกล่าวได้มีเพียงผู้วิจัยเพียงคนเดียว
5. โดยข้อมูลในรูปแบบของเอกสารและข้อมูลในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกใน
แผ่น CD หรือ Trumb drive จะถูกจัดเก็บ ในตู้/ลิ้นชัก ที่มีกุญแจล็อก และผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจ
เปิด-ปิด ข้อมูลในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกัน
6. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลดังกล่าวทันที

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการทบทวน วรรณกรรมอย่างมีระบบ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีบทบาทในการดูแล ให้การรักษาพยาบาล จำนวน 258 ราย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มสนับสนุน ที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 38 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในการครั้งนี้มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

4.2 ผลการวิเคราะห์กระบวนการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

4.3 ผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

4.1 บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

4.1.1 บริบทพื้นที่

อำเภอบางเสาธง เป็นส่วนหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ (ศาลากลางจังหวัด) ประมาณ 45 กิโลเมตร และมีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานคร มีพื้นที่ 114.79 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 3 ตำบล 38 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลบางเสาธง 17 หมู่บ้าน ตำบลศีร์ษะจรเข้ใหญ่ 9 หมู่บ้าน และตำบลศีร์ษะจรเข้เล็ก 12 หมู่บ้าน จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร จากสำนักงานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2565 จำนวน 81,873 คน ผู้ชาย 39,352 คน ผู้หญิง 42,521 คน จำนวนหลังคาเรือน 63,088 หลังคาเรือน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลบางเสาธง ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลบางเสาธงและตำบลศีร์ษะจรเข้ใหญ่
 2. องค์การบริหารส่วนตำบลบางเสาธง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางเสาธง (พื้นที่นอกเขตเทศบาลบางเสาธง)
 3. องค์การบริหารส่วนตำบลศีร์ษะจรเข้เล็ก ครอบคลุมพื้นที่ตำบลศีร์ษะจรเข้เล็ก
 4. องค์การบริหารส่วนตำบลศีร์ษะจรเข้ใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลศีร์ษะจรเข้ใหญ่
- ด้านสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีนิคมอุตสาหกรรมบางพลีตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลบางเสาธง มีโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 862 แห่ง รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม เดิมการเดินทางคมนาคมในพื้นที่อำเภอบางเสาธงใช้เส้นทางน้ำเป็นเส้นทางหลัก โดยมีลำคลองที่สำคัญ คือคลองบางเสาธง คลองจรเข้ และคลองสำโรง ปัจจุบันมีความเจริญมากขึ้น มีการสร้างถนนหลายสายประชาชนส่วนใหญ่จึงนิยมเดินทางรถยนต์ โดยมีถนนสายสำคัญ คือ ถนนบางนา – ตราด, ถนนเทพารักษ์, ถนนสายวัดศรีวารีน้อย – ลาดกระบัง และ ถนนวัดเสาธงกลาง – วัดบัวโรย

อำเภอบางเสาธงมีหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางเสาธง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F3 ขนาด 10 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง

4.2 กระบวนการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

อำเภอบางเสาธงได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลในการดูแลผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การซักประวัติ การให้คำแนะนำ จนถึงการส่งต่อไว้ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ทีม HI/CI และจำหน่ายออกจากระบบ โดยมีผู้เกี่ยวข้อง อำนาจหน้าที่ดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางเสาธง มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแล เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) คือ แพทย์ที่ให้บริการดูแลรักษา สุขภาพ บุคคลและครอบครัว และทำหน้าที่ประสานกับบุคลากรอื่น โดยการดูแลสุขภาพจะเป็นแบบ พื้นฐานและต่อเนื่อง ดูแลปัญหาสุขภาพ, พฤติกรรมและสังคม

3. บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เป็นต้น มีหน้าที่ ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ซักประวัติ ประเมิน อาการ แบ่งผู้ป่วยตามเกณฑ์ 608 และ กลุ่มสี ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกักตัวที่บ้าน ลงบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยตั้งแต่ ระยะเวลาแรกเริ่ม จนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ

โดยมีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเข้ารับการดูแลที่บ้าน โดยต้องเข้าหลักเกณฑ์ครบทั้ง 7 ข้อ จึงสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลที่บ้านได้

1. เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic case, Mild symptomatic)
2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
4. อยู่คนเดียวหรือที่พักอาศัยสามารถมีห้องแยกเพื่ออยู่คนเดียวได้
5. ไม่มีภาวะอ้วน (ภาวะอ้วน หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² หรือน้ำหนัก

ตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม

6. ไม่มีโรคร่วมดังนี้ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคอื่น ๆ ตามดุลพินิจของแพทย์

7. ยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง

กระบวนการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งนายทะเบียนโรงพยาบาลบางเสาธง เพื่อลงบันทึกข้อมูลในระบบ เอกสารที่ต้องใช้ ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย รหัส AuthenCode

จาก Application ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการตรวจพบการติดเชื้อ (Antigen Test Kit) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ ฯ

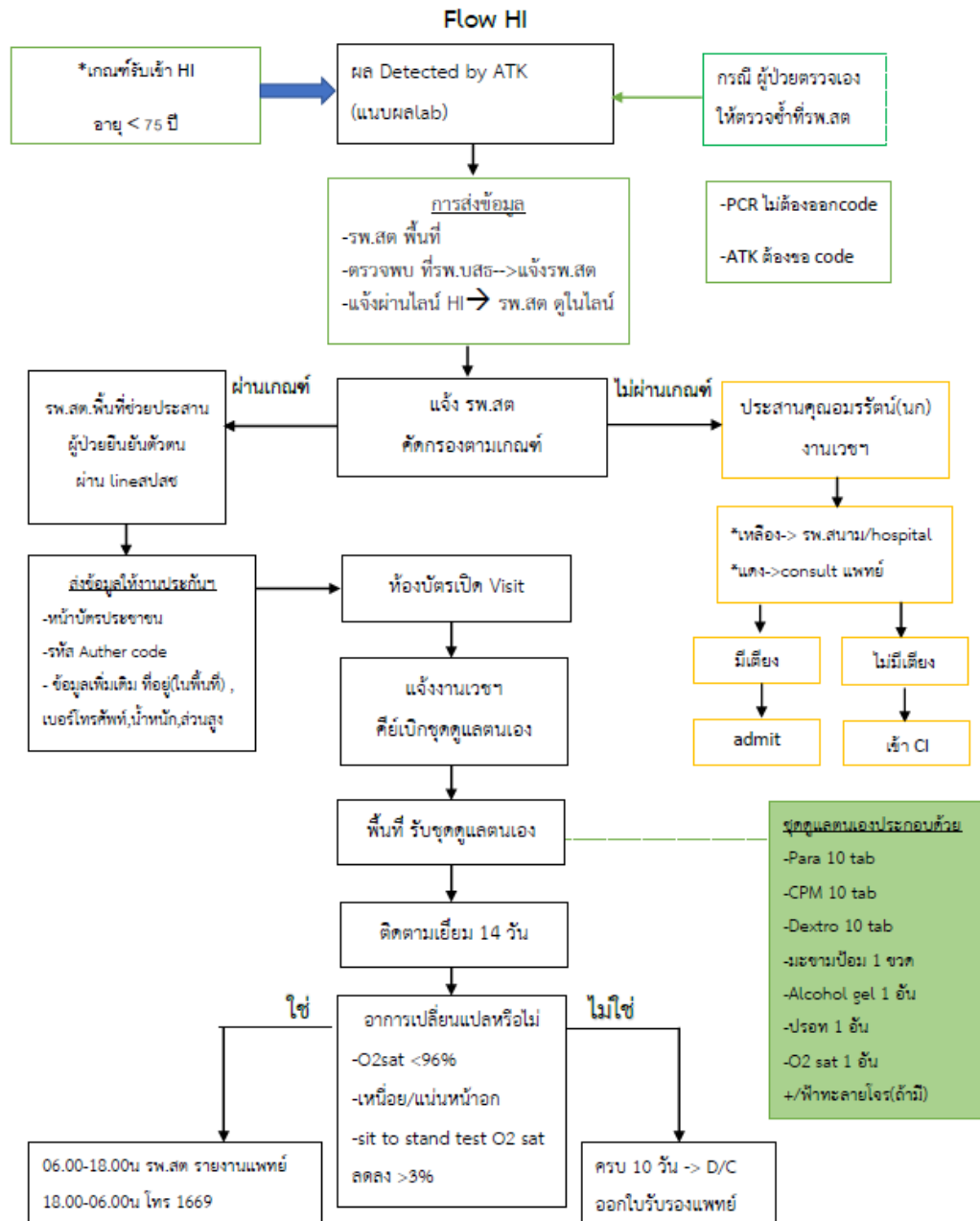
2. แจ้งงานเวชระเบียนโรงพยาบาลบางเสาธงเพื่อเปิด HN

3. รายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์สั่งยาเบื้องต้น ได้แก่

- Paracetamol 500 mg. 10 เม็ด
- Chlorpheniramine 4 mg. 10 เม็ด
- Dextromethrophan 10 เม็ด
- ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม 1 ขวด
- Alcohol gel 1 หลอด
- ที่วัดอุณหภูมิ 1 อัน
- ที่วัดปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว 1 อัน

4. กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางเสาธงประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับยาและเวชภัณฑ์





ภาพที่ 5 ผังกระบวนการปฏิบัติงาน

4.3 การดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน เขตเมือง

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	46.2
หญิง	113	53.8
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	2	1.0
15-19 ปี	6	2.9
20-24 ปี	23	11.0
25-29 ปี	35	16.7
30-34 ปี	17	8.1
35-39 ปี	19	9.0
40-44 ปี	20	9.5
45-49 ปี	17	8.1
50-54 ปี	15	7.1
55-59 ปี	24	11.4
60 ปีขึ้นไป	32	15.2
อายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 74 ปี		
อายุเฉลี่ย 40.82 ปี SD = 15.4 ปี		
การนับถือศาสนา		
พุทธ	194	92.4
อิสลาม	15	7.1
คริสต์	1	0.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 210) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	1.4
ประถมศึกษา	32	15.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	11.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	60	28.6
ปวช.	12	5.7
ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	27	12.9
ปริญญาตรี	52	24.8
อาชีพหลัก		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	5.7
นักธุรกิจระดับผู้บริหาร/ผู้จัดการ	4	1.9
พนักงานบริษัท/สำนักงาน	70	33.3
รับจ้างทั่วไป/กรรมการ	30	14.3
เกษตรกร/ประมง	4	1.9
ค้าขาย	46	21.9
นักเรียน/นักศึกษา	15	7.1
งานบ้าน	14	6.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	7.1
รายได้ส่วนตัว		
น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	27	12.9
10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	90	42.9
20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน	12	5.7
30,001 – 40,000 บาทต่อเดือน	0	0.0
40,001 – 50,000 บาทต่อเดือน	2	1.0
มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน	5	2.4
ไม่ตอบ	74	35.2
รายได้ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 80,000 บาท		
รายได้เฉลี่ย 17,748.82 บาท		
SD = 13,064.40		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 210) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	14	6.7
18.50 - 22.99 kg/m ²	72	34.3
23.00 - 24.99 kg/m ²	40	19.0
25.00 - 29.99 kg/m ²	61	29.0
30 kg/m ² ขึ้นไป	23	11.0
ต่ำสุด 12.65 kg/m ² สูงสุด 44.14 kg/m ² เฉลี่ย 24.62 kg/m ² SD = 4.73		
รอบเอว		
ชาย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร	81	83.5
มากกว่า 90 เซนติเมตร ขึ้นไป	16	16.5
ต่ำสุด 63 เซนติเมตร สูงสุด 137 เซนติเมตร เฉลี่ย 85.37 เซนติเมตร SD = 9.47		
หญิง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร	42	37.2
มากกว่า 80 เซนติเมตร ขึ้นไป	71	62.8
ต่ำสุด 50 เซนติเมตร สูงสุด 127 เซนติเมตร เฉลี่ย 80.53 เซนติเมตร SD = 9.99		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	1.4
โรคหลอดเลือดสมอง	2	1.0
โรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ หรือโรคเบาหวานที่ต้อง พึ่งอินซูลิน	13	6.2
โรคทางจิตเวช	1	0.5
ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค	191	91.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 210 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 และเป็นเพศชาย จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2

อายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 25-29 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และมีอายุ 55-59 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4

การนับถือศาสนา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 รองลงมาคือมีการนับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 และมีการนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 และมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาคือระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2

อาชีพหลัก พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพหลักเป็นพนักงานบริษัท/สำนักงาน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออาชีพหลักค้าขาย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 21.9 และมีอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป/กรรมกร จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3

รายได้ส่วนตัวต่อเดือน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาทต่อเดือนจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และ รายได้ 20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.7

ค่าดัชนีมวลกาย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50 - 22.99 kg/m² จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00-29.99 kg/m² จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0 และค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-24.99 kg/m² จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0

รอบเอว พบว่า ผู้ชาย มีรอบเอว น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 ผู้หญิง มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ขึ้นไป จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8

ประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 รองลงมาคือประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ หรือโรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4

4.3.1.2 การจัดบริการ

ตารางที่ 3 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการ

รายการ	การจัดบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับอาหาร 3 มื้อ	ได้รับ	69	32.9
	ไม่ได้รับ	141	67.1
	คนในครอบครัวจัดการให้	112	53.3
	ประกอบอาหารเอง	22	10.5
	ส่งผ่าน Application	6	2.9
	อื่น ๆ	1	0.5
	รวม		210
2. ได้รับประท้วต อุณภูมิ	ได้รับ	186	88.6
	ไม่ได้รับ	24	11.4
	ซื้อมาใช้เอง	8	3.8
	ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน	6	2.9
	มีของเดิมที่บ้าน	6	2.9
	อื่น ๆ	4	1.9
	รวม		210
3. ได้รับเครื่องวัด ออกซิเจนปลายนิ้ว	ได้รับ	179	85.2
	ไม่ได้รับ	31	14.8
	ซื้อมาใช้เอง	9	4.3
	ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน	6	2.9
	มีของเดิมที่บ้าน	5	2.4
	อื่น ๆ	11	5.2
รวม		210	100.0
4. ได้รับยาที่จำเป็น	ได้รับ	205	97.6
	เช่น ยาแก้ปวดลดไข้	5	2.4
	ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก	4	1.9
	ยาฟ้าทลายโจร เป็น	1	.5
	ต้น	รวม	210

ตารางที่ 3 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการ (ต่อ)

รายการ	การจัดบริการ	จำนวน	ร้อยละ	
5. ได้รับการติดตาม อาการจากบุคลากร การแพทย์วันละอย่าง น้อย 2 ครั้ง	ได้รับ	183	87.1	
	ไม่ได้รับ	27	12.9	
	ติดต่อเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง	3	1.4	
	สังเกตอาการตนเอง	22	10.5	
	รอการติดต่อจากเจ้าหน้าที่อย่างเดียว	1	.5	
	อื่น ๆ	1	.5	
	รวม		210	100.0
6. ได้รับการเอกซเรย์ ปอด	ได้รับ	79	37.6	
	ไม่ได้รับ	127	62.4	
	ติดต่อเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง	58	27.6	
	สังเกตอาการตนเอง	67	31.9	
	รอการติดต่อจากเจ้าหน้าที่อย่างเดียว	1	0.5	
	อื่น ๆ	1	0.5	
	รวม		210	100.0
7. ได้รับยาต้านไวรัส	ได้รับ	193	91.9	
	ไม่ได้รับ	17	8.1	
	ซื้อมาใช้เอง	3	1.4	
	ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน	2	1.0	
	อื่น ๆ	12	5.7	
	รวม		210	100.0
	8. ได้รับคำแนะนำการ ปฏิบัติตัวที่บ้าน	ได้รับ	206	98.1
ไม่ได้รับ		4	1.9	
ดูข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ		2	1.0	
ได้รับคำแนะนำผู้ป่วยรายอื่นในบ้าน เดียวกัน		2	1.0	
รวม			210	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า การจัดบริการของกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 210 คน จำนวน 210 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ได้รับอาหาร 3 มื้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาหาร 3 มื้อ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 เนื่องจากคนในครอบครัวจัดการให้และประกอบอาหารเอง และได้รับอาหาร 3 มื้อ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9

ได้รับปรอทวัดอุณหภูมิ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับปรอทวัดอุณหภูมิ จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 และไม่ได้รับปรอทวัดอุณหภูมิ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 เนื่องจากซื้อมาใช้เอง หรือใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกันและมีของเดิมที่บ้าน

ได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 และไม่ได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 เนื่องจากมีเหตุผลอื่น ๆ และซื้อมาใช้เอง

ได้รับยาที่จำเป็น พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับยาที่จำเป็น จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 97.6 และไม่ได้รับยาที่จำเป็น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 เนื่องจากซื้อมาใช้เอง และมีของเดิมที่บ้าน

ได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 และไม่ได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 เนื่องจากสังเกตอาการตนเองและติดต่อเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง

ได้รับการเอกซเรย์ปอด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอด จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 เนื่องจากสังเกตอาการตนเองและติดต่อเจ้าหน้าที่ด้วยตนเอง และได้รับการเอกซเรย์ปอด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6

ได้รับยาด้านไวรัส พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับยาด้านไวรัส จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 และไม่ได้รับยาด้านไวรัส จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 เนื่องจากมีเหตุผลอื่น ๆ และซื้อมาใช้เอง

ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 และไม่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 เนื่องจากดูข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ และได้รับคำแนะนำผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน

4.3.1.3 พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น	2.88	0.358	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว	2.86	0.390	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพัก	2.86	0.351	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ท่านสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร			
แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	2.86	0.359	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่เอามือมาปิดปากและไม่ถอดหน้ากากอนามัยออก	2.80	0.428	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ ใส่ถุงพลาสติกสีแดงหรือกรณีไม่มีถุงขยะสีแดง เขียนระบุ “ขยะติดเชื้อ”	2.76	0.480	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ติดที่ถุงขยะ และปิดปากถุงให้สนิท ก่อนทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด			
ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ	2.73	0.464	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา	2.70	0.516	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อน	2.68	0.487	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็น คนสุดท้าย	2.57	0.585	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 รองลงมา คือ แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว และหาก

จำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพักท่านสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 และหากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่เอามือมาปิดปากและไม่ถอดหน้ากากอนามัยออก มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	192	91.3
ปานกลาง	18	8.7
รวม	210	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 192 คน ร้อยละ 91.3

4.3.1.4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ภาพรวม

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.46	0.662	มากที่สุด
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.43	0.714	มากที่สุด
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.13	0.830	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ภาพรวม โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	\bar{X}	S.D.	แปลผล
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ	4.54	0.571	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	4.51	0.581	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ	4.46	0.642	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความรวดเร็วไม่เกิน 24 ชั่วโมง	4.37	0.742	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านอาหารครบ 5 หมู่	2.78	1.614	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 และเจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ

ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
การให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.50	0.613	มากที่สุด
การให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม	4.43	0.703	มากที่สุด
มีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง อย่างเสมอภาค	4.43	0.669	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า การให้ข้อมูล/รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และการให้บริการ

เป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม และมีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน – หลัง อย่างเสมอภาค มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่	4.50	0.665	มากที่สุด
ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ	4.40	0.700	มากที่สุด
เครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะอาดมากขึ้น	4.39	0.776	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ: ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 รองลงมา คือ ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 และเครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะอาดมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย	210	100.0

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย	210	100.0

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพึงพอใจด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละของความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย	210	100.0

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับน้อย

4.3.1.5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการ

1. ระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ท่านคิดว่าควรได้รับบริการอะไรบ้าง

“...ควรได้รับยา อาหาร อุปกรณ์ การติดต่อสื่อสาร” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 46

“...ควรได้รับยา อาหาร อุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างครบถ้วน” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 50

“...สอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบเรื่องเครื่องอุปโภคบริโภค” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 111

“...การติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 199

“...การติดต่อสอบถามอาการ การให้ความช่วยเหลือเรื่องน้ำ อาหาร” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 202

“...อาหาร อุปกรณ์วัดไข้ต่าง ๆ” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 180

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีพัฒนาการจัดบริการอย่างไร

“...การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 95

“...การจัดส่งเจ้าหน้าที่ตรวจเยี่ยม” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 111

“...การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 184

“...บริการเยี่ยมบ้านคนไข้” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 203

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานไหนควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

“...โรงพยาบาลนอกพื้นที่ควรรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายน้อย” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 7

“...ควรมีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนช่วยในการติดต่อสื่อสาร” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 42

“...องค์การบริหารส่วนตำบล” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 158

“...อสม.ควรเข้ามามีบทบาทมากกว่านี้” ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่ 157

จากข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า บุคคลต้องการบริการต่าง ๆ เช่น การจัดส่งอาหารและสิ่งของจำเป็น การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เสมือนจริง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและทันสมัย

การพัฒนาการบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องการพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารรวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ทางไกล การติดตามอาการ และการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์

หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ควรเข้ามามีบทบาทมากกว่าที่เป็นอยู่ โรงพยาบาลนอกพื้นที่อาจให้บริการและสนับสนุนผู้ที่อยู่ภายใต้การกักตัวที่บ้านรวมถึงการคิดค่าใช้จ่ายในราคาที่เหมาะสม

4.3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข

4.3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 13 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายการ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	6	60.0
	หญิง	4	40.0
	รวม	10	100.0
2. อายุ	26 - 30 ปี	3	30.0
	31 - 35 ปี	2	20.0
	36 - 40 ปี	5	50.0
	รวม	10	100.0
3. สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาล	4	40.0
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	60.0
	รวม	10	100.0
4. ตำแหน่ง	แพทย์	1	10.0
	เภสัชกร	1	10.0
	พยาบาลวิชาชีพ	6	60.0
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1	10.0
	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1	10.0
	รวม	10	100.0

จากตารางที่ 13 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และเป็นเพศหญิง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

อายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 36 - 40 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออายุ 26 - 30 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีอายุ 31 - 35 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีสถานที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตำแหน่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือตำแหน่งแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ตำแหน่งละ 1 คน

4.2.2.2 การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ตารางที่ 14 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

รายการ	การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหาร 3 มื้อ	ได้จัด	5	50.0
	ไม่ได้จัด	5	50.0
	รวม	10	100.0
2. პროვადออกซิเจน	ได้จัด	8	80.0
	ไม่ได้จัด	2	20.0
	รวม	10	100.0
3. เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0
4. ยาที่เป็น เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ยาฟ้าทะลายโจร เป็นต้น	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0

ตารางที่ 14 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) (ต่อ)

รายการ	การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	จำนวน	ร้อยละ
5. การติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0
6. การเอกซเรย์ปอด	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0
7. การจ่ายยาต้านไวรัส	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0
8. แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ	ได้จัด	10	100.0
	ไม่ได้จัด	0	0.0
	รวม	10	100.0

จากตารางที่ 14 พบว่า การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

อาหาร 3 มื้อ พบว่า ได้จัดอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และไม่ได้จัดอาหารให้กับผู้ป่วย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

ปรอทวัดอุณหภูมิ พบว่า ได้จัดปรอทวัดอุณหภูมิให้กับผู้ป่วย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และไม่ได้จัดปรอทวัดอุณหภูมิให้กับผู้ป่วย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว พบว่า ได้จัดเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ยาที่จำเป็น เป็นต้น พบว่า ได้จัดยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ยาฟ้าทลายโจร ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

การติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง พบว่า ได้ติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

การเอกซเรย์ปอด พบว่า ได้การเอกซเรย์ปอด ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

การจ่ายยาต้านไวรัส พบว่า ได้จ่ายยาต้านไวรัส ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ พบว่า ได้แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

4.2.2.3 การเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ภาพรวม

การเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ขั้นตอนการรับผู้ป่วย	4.16	0.872	ปฏิบัติเป็นประจำ
ขั้นตอนการเตรียมการ	3.70	0.987	ปฏิบัติเป็นประจำ

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ขั้นตอนการรับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 และขั้นตอนการเตรียมการ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการเตรียมการ

ขั้นตอนการเตรียมการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบ และออกรหัสการเรียก เก็บตามที่กองทุน สปสช.กำหนด	4.00	1.054	ปฏิบัติเป็นประจำ
จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ “Home Care Center” ประกอบด้วย แพทย์เป็น project manager 1 คน พยาบาล (case manager) เกสซ์กร และ IT admin และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับกรณีฉุกเฉิน	3.80	1.033	ปฏิบัติเป็นประจำ
เตรียมระบบสื่อสาร กับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้ และระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว	3.80	1.033	ปฏิบัติเป็นประจำ
การจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้ อุปกรณ์การแพทย์	3.80	1.033	ปฏิบัติเป็นประจำ

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อ
จัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการเตรียมการ (ต่อ)

ขั้นตอนการเตรียมการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
เตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย รายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และ แบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary)	3.60	0.966	ปฏิบัติเป็นประจำ
เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา	3.60	0.966	ปฏิบัติเป็นประจำ
เตรียมระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย	3.60	0.966	ปฏิบัติเป็นประจำ
เตรียมทีมสรุปเวชระเบียน Coding และ ทีมเรียกเก็บ	3.40	0.843	ปฏิบัติเป็นประจำ

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำแนกเป็นรายชื่อแล้ว พบว่า ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบ และออกรหัสการเรียก เก็บตามที่กองทุน สปสช. กำหนด มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 รองลงมา คือ จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ “Home Care Center” ประกอบด้วย แพทย์เป็น project manager 1 คน พยาบาล (case manager) เกษชกร และ IT admin และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับกรณีฉุกเฉิน เตรียมระบบสื่อสาร กับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้ และ ระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว และการจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้ อุปกรณ์การแพทย์ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 และเตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย รายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และ แบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary) เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา และเตรียมระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อ
จัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการรับผู้ป่วย

ขั้นตอนการรับผู้ป่วย	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ติดต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับ รายงาน	3.60	0.966	ปฏิบัติเป็นประจำ
ลงทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย ของโรงพยาบาล	4.60	0.699	ปฏิบัติเป็นประจำ
จัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ ยาที่จำเป็น ให้กับผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง	4.60	0.699	ปฏิบัติเป็นประจำ
จัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย	4.60	0.699	ปฏิบัติเป็นประจำ
ประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ DMS Telemedicine หรือ ระบบสื่อสาร อื่น ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง	4.50	0.850	ปฏิบัติเป็นประจำ
เมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบ สรุปรวช ทะเบียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ	4.00	1.054	ปฏิบัติเป็นประจำ
แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมิน ผู้ป่วย และที่ พักอาศัยตามเกณฑ์ กรมการแพทย์	3.20	1.135	ปฏิบัติเป็นประจำ

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูก
กักตัวที่บ้าน (Home Isolation): ขั้นตอนการรับผู้ป่วย โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
4.16 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ติดต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงาน
ลงทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลจะจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ ยาที่จำเป็น ให้กับผู้ป่วย
ภายใน 24 ชั่วโมง และจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 รองลงมา คือ ประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ
DMS Telemedicine หรือ ระบบสื่อสารอื่น ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียม
ความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และเมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบสรุปรวช
ทะเบียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 4.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 แสดงจำนวน และร้อยละของการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการเตรียมการ

ระดับการเตรียมความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	10	100.0

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการเตรียมการ อยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน และร้อยละของการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการรับผู้ป่วย

ระดับการเตรียมความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	10	100.0

จากตารางที่ 19 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ในขั้นตอนการรับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก

4.2.2.4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ

1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรได้รับบริการอย่างไรบ้าง

“...ควรมีการบริการดูแลเรื่องอาหาร ยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นเบื้องต้นที่รวดเร็ว...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 1

“...บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาที่จำเป็น อาหาร ควรมีความรวดเร็ว...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 2

“...โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 4

“...ระบบที่เจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 5

“...ช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 6

“...ระบบบริการที่สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ทันเวลา...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 9

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีการพัฒนาการจัดบริการอย่างไรบ้าง

“...ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อ...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 1

“...มีทีมบุคลากรที่เข้มแข็ง และชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูล...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 2

“...พัฒนาระบบการลงทะเบียนเพื่อการรักษาและมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 3

“...การจัดบริการอาหารให้ครบ 3 มื้อ...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 5

“...การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 6

“...ทีมแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 10

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานไหนควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

“...กรมการปกครอง การคลัง เข้ามาช่วยเรื่องการให้บริการ การรับส่งต่อ...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 1

“...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและคนในชุมชน...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 2

“...ผู้ใหญ่บ้าน กระทรวงพัฒนาสังคม...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 3

“...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 4

“...ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...” บุคลากรทางการแพทย์ คนที่ 6

จากข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ผู้ต้องกักตัวที่บ้านควรได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นและได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและน้ำ เพื่อให้มั่นใจถึงสุขภาพและความปลอดภัย เข้าถึงวิธีการสื่อสารที่สามารถติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

การพัฒนาความคาดหวังต่อการจัดบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ควรได้รับการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางและความคาดหวังสำหรับการกักตัว รวมถึงข้อมูลอัปเดตเกี่ยวกับสถานการณ์ การกักตัวที่บ้านอาจประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและความเครียด ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องมีการสนับสนุน

ด้านสุขภาพจิต เช่น การเข้าถึงผู้ให้คำปรึกษาหรือนักบำบัดทางโทรศัพท์หรือทางออนไลน์ และควรได้รับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการติดตามอาการด้วยตนเอง

หน่วยงานที่ควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเข้ามาสนับสนุนในด้านงบประมาณ กำลังคน ในการที่จะช่วยสนับสนุนการจัดบริการของสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สามารถเข้ามาสนับสนุนในการติดตามอาการของผู้ติดเชื้อในชุมชนได้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีบทบาทมากขึ้นในด้านการสนับสนุนอุปกรณ์การดำรงชีพที่จำเป็น

4.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.3.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 20 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รายการ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	17	44.7
	หญิง	21	55.3
	รวม	38	100.0
2. อายุ	31 - 35 ปี	2	5.3
	36 - 40 ปี	2	5.3
	41 - 45 ปี	4	10.5
	46 - 50 ปี	7	18.4
	51 - 55 ปี	9	23.7
	56 - 60 ปี	8	21.0
	อายุ 60 ปี ขึ้นไป	6	15.8
	รวม	38	100.0
3. สถานที่ปฏิบัติงาน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	10.6
	ที่ว่าการอำเภอ	17	44.7
	อื่น ๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	17	44.7
	รวม	38	100.0

ตารางที่ 20 แสดงค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่
ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

รายการ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. ตำแหน่ง	นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	0	0.0
	ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	0	0.0
	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	1	2.6
	พยาบาลวิชาชีพ	3	8.0
	นักวิชาการสาธารณสุข	0	0.0
	ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	17	44.7
	อาสาสมัครสาธารณสุข	17	44.7
	รวม	38	100.0

จากตารางที่ 20 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 38 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 และเป็นเพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7

อายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 51-55 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 รองลงมาคืออายุ 56 – 60 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 และอายุ 46 – 50 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4

สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานที่ปฏิบัติงานที่ว่าการอำเภอ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6

ตำแหน่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00

4.3.3.2 การจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

การจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)	\bar{X}	S.D.	แปลผล
หน่วยงานของท่านสนับสนุนประเมินและติดตามอาการ และ สัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง	2.89	0.311	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หน่วยงานของท่านสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับ เจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ	2.87	0.414	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หน่วยงานของท่านจัดรถรับส่งผู้ป่วยในระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน	2.84	0.370	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หน่วยงานของท่านสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์เวชภัณฑ์มีไช่ยา	2.76	0.542	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หน่วยงานของท่านสนับสนุนค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน	2.66	0.582	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) โดยรวมปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าหน่วยงานของท่านสนับสนุนประเมินและติดตามอาการ และ สัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง มีการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 รองลงมา คือ หน่วยงานของท่านสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับ เจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ มีการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 และหน่วยงานของท่านจัดรถรับส่งผู้ป่วยในระหว่างแยกกักตัวที่บ้านมีการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 แสดงจำนวน และร้อยละของการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

การจัดบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	24	63.2
ระดับไม่ดี	14	36.8

จากตารางที่ 24 พบว่า กลุ่มผู้สนับสนุนมีคะแนนการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) 15 คะแนน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 แสดงว่าบุคลากรกลุ่มผู้สนับสนุนส่วนใหญ่มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อยู่ในระดับปานกลาง

4.3.3.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการ

1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรได้รับการอย่างไรบ้าง

“...มีอาหาร ยาให้ครบตลอดการรักษา...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 1

“...ติดตามจนครบกำหนดการรักษา...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 2

“...มีอาหารให้ผู้ป่วย...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 12

“...มีอาหารให้ผู้ป่วยทุกมื้อ...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 13

“...มีอาหารให้ผู้ป่วยที่บ้านจนรักษาหาย...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 17

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีการพัฒนาอย่างไรบ้าง

“...ความรวดเร็วในการให้บริการ...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 5

“...ความรวดเร็วในการให้บริการ...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 16

“...อุปกรณ์ ยาที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกคน...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 17

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานใดควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

“...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 2

“...องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล...” กลุ่มผู้สนับสนุน คนที่ 22

จากข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า กลุ่มผู้สนับสนุนควรประสานงานและร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสม และกลุ่มผู้สนับสนุนควรทำงาน

เพื่อให้การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการจัดการตามอาการ การให้ยา อาหารครบทุกมื้อจนหายป่วย ควรจัดให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การพัฒนาความคาดหวังต่อการจัดบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า กลุ่มสนับสนุนควรทำการประเมินความต้องการเพื่อระบุความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และชุมชนที่พวกเขาให้บริการ เพื่อพัฒนาบริการการดูแลที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ ด้วยความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า หน่วยงานที่ควรเข้ามามีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีบทบาทในการให้การสนับสนุนและทรัพยากรแก่บุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน เช่น การจัดส่งอาหารและยา ความช่วยเหลือทางการเงิน การเตรียมการขนส่งสำหรับผู้ที่มีอาการและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอ บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ดำเนินการนั้นปัจจัยและองค์ประกอบที่มีส่วนช่วยให้งานประสบความสำเร็จ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สนับสนุนทั้งจากผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัย ทำให้เกิดความร่วมมือที่ส่งผลต่อการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอบางเสาธง ประกอบด้วย

1. ในบริบทชุมชนเมืองที่หนาแน่นบ้านพักอาศัยเป็นในรูปแบบห้องเช่า แฟลต การจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้านต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทและปริมาณผู้ป่วย รูปแบบของอำเภอบางเสาธงไม่ได้ให้บริการด้านอาหาร โดยให้คนในครอบครัวจัดการให้หรือประกอบอาหารเอง

2. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามีส่วนร่วมในการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดมากขึ้นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง การไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอดของผู้ป่วยเนื่องจากสังเกตอาการตนเองได้และมีการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกวัน อีกหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค การกักตัว

3. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี การให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย ดูแลเอาใจใส่ กระจ่างหรือร้อน เต็มใจบริการ การให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม และมีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน – หลัง อย่างเสมอภาค

4. การให้บริการมีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ มีการใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้และระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว การใช้สื่อ Social media เช่น Application Line ในการสื่อสาร ติดตามอาการของผู้ป่วย

จากปัจจัยความสำเร็จดังกล่าว สามารถสรุปรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ดังนี้

1. การเข้าใจชุมชน (Community diagnosis) คือ กระบวนการทำความเข้าใจบริบทปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน นำไปสู่การแก้ปัญหาถูกจุด เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรทุกขั้นตอน ให้ความสำคัญกับชุมชนเป็นหลัก

2. ปรับตัวให้สอดคล้อง (Flexibility) คือ การปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อจัดบริการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

3. การบริหารจัดการที่ดี (good management) หมายถึง ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือรับมือกับสถานการณ์การระบาด ทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งพฤติกรรมบริการที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์

4. มีระบบสื่อสารที่ไว (Communication) หมายถึง การใช้เทคโนโลยี หรือ Social Media มาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีบทบาทในการดูแล ให้การรักษาพยาบาล จำนวน 258 ราย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 38 ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 สรุป

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

5.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปได้ดังนี้

5.1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 มีอายุ 25-29 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีการนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีอาชีพหลักเป็นพนักงานบริษัท/สำนักงาน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50 - 22.99 kg/m² จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 ผู้ชาย มีรอบเอว

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 ผู้หญิง มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ขึ้นไป จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0

5.1.1.2 การจัดบริการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาหาร 3 มื้อ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 เนื่องจากคนในครอบครัวจัดการให้และประกอบอาหารเอง ได้รับพรอทัวด์อุณหภูมิ จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 ได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 ได้รับยาที่จำเป็น จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 97.6 ได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 ไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอด จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 เนื่องจากสังเกตอาการตนเอง ได้รับยาด้านไวรัส จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 91.9 และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1

5.1.1.3 พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว พบว่า โดยรวมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 รองลงมา คือ แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้าน ในระหว่างแยกตัว และหากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพักต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 และหากไอจามขณะสวมหน้ากากอนามัย ไม่เอามือมาปิดปากและไม่ถอดหน้ากากอนามัยออก มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80

โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว 30 คะแนน จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 แสดงว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีสุขภาพดีมาก

5.1.1.4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 สามารถจำแนกได้ดังนี้

1) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

4.54 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 และเจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ตามลำดับ

2) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า การให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และการให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม และมีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง อย่างเสมอภาค มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ตามลำดับ

3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 รองลงมา คือ ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 และเครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะดวกมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ตามลำดับ

โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 21 คะแนน จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 แสดงว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับน้อย

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ 15 คะแนน จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 แสดงว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการอยู่ในระดับน้อย

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 15 คะแนน จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับน้อย

5.1.1.5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการ พบว่า ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ควรการแยกบ้าน บุคคล อาจต้องการบริการต่าง ๆ เช่น การจัดส่งอาหารและสิ่งของจำเป็นการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ เสมือนจริง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต การศึกษาและทรัพยากรการเรียนรู้เสมือนจริง การเข้าถึง

แหล่งข้อมูลการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ และการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและทันสมัย และมีการบริการที่ให้ระหว่างการกักตัวที่บ้าน เช่น การจัดส่งอาหาร และสิ่งของจำเป็นในครัวเรือน การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เสมือนจริงและบริการการแพทย์ทางไกล การติดตามอาการและภาวะสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การศึกษาและแหล่งการเรียนรู้เสมือนจริงสำหรับเด็ก การเข้าถึงทรัพยากรการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า บริการดูแลการกักตัวที่บ้านได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของโควิด - 19 โดยเป็นวิธีการให้การรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบุคคลที่สัมผัสหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสและไม่สามารถออกจากบ้านได้ มีโครงการดูแลการกักตัวที่บ้านหลายโครงการยังให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และทรัพยากรสำหรับบุคคลและครอบครัว การพัฒนาบริการเหล่านี้ได้รับแรงผลักดันจากความต้องการที่จะชะลอการแพร่กระจายของ COVID - 19 และมีบริการที่รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ทางไกล การติดตามอาการ และการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์

หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่าการสนับสนุนและทรัพยากรแก่บุคคลและครอบครัว องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เช่น คลินิกสุขภาพชุมชนและกลุ่มผู้สนับสนุน อาจให้บริการและสนับสนุนผู้ที่อยู่ภายใต้การกักตัวที่บ้าน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีบริการดูแลการกักตัวที่บ้านจะให้บริการโดยหน่วยงานรัฐบาล องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ หน่วยงานรัฐบาล เช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และมีการพัฒนาและดำเนินการตามแนวทางและโปรโตคอลสำหรับการดูแลการกักตัวที่บ้าน

5.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้

5.1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอายุ 36 - 40 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.0 มีสถานที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

5.1.2.2 การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ได้จัดอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ได้จัดปรอทวัดอุณหภูมิให้กับผู้ป่วย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ได้จัดเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ได้

จัดยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้อาเจียน ยาลดน้ำมูก ยาฟ้าทลายโจร ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ได้ติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ได้การเอกซเรย์ปอด ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ได้จ่ายยาต้านไวรัส ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และได้แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

5.1.2.3 การเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ขั้นตอนการรับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 และ ขั้นตอนการเตรียมการ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ตามลำดับ

1) **ขั้นตอนการเตรียมการ** พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบ และออกรหัสการเรียกเก็บ ตามที่กองทุน สปสช.กำหนด มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 รองลงมา คือ จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ “Home Care Center” ประกอบด้วย แพทย์เป็น project manager 1 คน พยาบาล (case manager) เกษีศกร และ IT admin และจัดทีม on call ทั้งแพทย์ และพยาบาลสำหรับกรณีฉุกเฉินเตรียมระบบสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้และระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว และการจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 และเตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย รายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และ แบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary) เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา และเตรียมระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ตามลำดับ

2) **ขั้นตอนการรับผู้ป่วย** พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า ติดต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงานลงทะเบียนผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลจะจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ยาที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง และจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 รองลงมา คือ ประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ DMS Telemedicine หรือระบบสื่อสารอื่น ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และเมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบสรุปเวชระเบียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ตามลำดับ

โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการเตรียมการ 24 และ 32 คะแนน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 แสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมขั้นตอนการเตรียมการอยู่ในระดับดีมาก

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ขั้นตอนการรับผู้ป่วย 31 คะแนน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 แสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมขั้นตอนการรับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก

5.1.2.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ พบว่า ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ผู้ต้องกักตัวที่บ้านควรมีการเช็กอินและติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยหน่วยงานที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของการควบคุมตัวและเพื่อจัดการกับข้อกังวลหรือปัญหาใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ควรเข้าถึงวิธีการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต เพื่อติดต่อกับครอบครัว เพื่อน และตัวแทนทางกฎหมายและควรได้รับแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกันสำหรับการควบคุมตัว รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบและข้อจำกัดหรือข้อกำหนดใด ๆ ที่ต้องปฏิบัติตาม และควรได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นและได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและน้ำ เพื่อให้มั่นใจถึงสุขภาพและความปลอดภัย และควรมีสิทธิ์เข้าถึงตัวแทนทางกฎหมายและความสามารถในการโต้แย้งการควบคุมตัวหากเชื่อว่าไม่ยุติธรรมหรือไม่ชอบด้วยกฎหมาย

การพัฒนาความคาดหวังต่อการจัดบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ควรได้รับการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางและความคาดหวังสำหรับการกักตัว รวมถึงข้อมูลอัปเดตเกี่ยวกับสถานการณ์ การกักตัวที่บ้านอาจประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและความเครียด ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องมีการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต เช่น การเข้าถึงผู้ให้คำปรึกษาหรือนักบำบัดทางโทรศัพท์หรือทางออนไลน์ และควรได้รับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการติดตามอาการด้วยตนเอง

หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักตัวที่บ้านควรจัดให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอแก่สาธารณะและบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกันเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ ความคาดหวัง และการอัปเดตเกี่ยวกับสถานการณ์ และหน่วยงานควรมีความยืดหยุ่นและปรับตัวได้ในแนวทาง

เนื่องจากสถานการณ์อาจเปลี่ยนแปลงและอาจมีความท้าทายใหม่ ๆ เกิดขึ้นควรจะสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง หน่วยงานควรมีพนักงานที่เพียงพอเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกันจะได้รับการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ และประเด็นหรือข้อกังวลใด ๆ ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และหน่วยงานต่าง ๆ ควรร่วมมือและประสานงานกันเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกันสามารถเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนที่จำเป็น เช่น การจัดส่งอาหารและยา และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต

5.1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปได้ดังนี้

5.1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 มีอายุ 51-55 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 มีสถานที่ที่ว่าการอำเภอ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 มีตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7

5.1.3.2 การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า โดยรวมปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้ว พบว่า หน่วยงานสนับสนุนประเมินและติดตามอาการ และ สัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 รองลงมา คือ หน่วยงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับ เจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 และหน่วยงานจัดรถรับส่งผู้ป่วยในระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ตามลำดับ

โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) 15 คะแนน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 แสดงว่าบุคลากรกลุ่มสนับสนุนส่วนใหญ่มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อยู่ในระดับปานกลาง

5.1.3.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการ พบว่า ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถสรุปได้ดังนี้

บริการระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า กลุ่มสนับสนุนควรประสานงานและร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วย COVID - 19 ได้รับการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสม และกลุ่มสนับสนุนควรทำงานเพื่อให้การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วย COVID - 19 รวมถึงการจัดการตามอาการ การให้ยา และการสนับสนุนด้าน

สุขภาพจิต และกลุ่มสนับสนุนควรจัดให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขาเกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนที่มีอยู่ ตลอดจนการอัปเดตใด ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์

การพัฒนาความคาดหวังต่อการจัดบริการการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า กลุ่มสนับสนุนควรทำการประเมินความต้องการเพื่อระบุความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย COVID - 19 และชุมชนที่พวกเขาให้บริการ เพื่อพัฒนาบริการการดูแลที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ และกลุ่มสนับสนุนควรเข้าถึงทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย COVID - 19 เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล อุปกรณ์ทดสอบ และการขนส่ง และกลุ่มสนับสนุนควรจัดการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการติดเชื้อ การจัดการอาการและการสนับสนุนด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วย COVID - 19 และกลุ่มสนับสนุนควรใช้แนวทางแบบสหวินัยในการดูแล โดยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลผู้ป่วย COVID - 19 อย่างครอบคลุม

หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการและบังคับใช้มาตรการกักกัน และอาจให้คำแนะนำและสนับสนุนบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและวิธีการติดตามตนเอง องค์กรชุมชนอาจมีบทบาทในการให้การสนับสนุนและทรัพยากรแก่บุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน เช่น การจัดส่งอาหารและยา องค์กรไม่แสวงหาผลกำไรบางแห่งอาจให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือแก่บุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน เช่น การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตหรือความช่วยเหลือทางการเงิน และผู้ให้บริการทางการแพทย์อาจมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลทางการแพทย์และการเฝ้าติดตามบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน เช่น การเฝ้าติดตามและทดสอบอาการ และหน่วยงานจัดการเหตุฉุกเฉินอาจเกี่ยวข้องกับการขนส่งของการกักกัน เช่น การเตรียมการขนส่งสำหรับผู้ที่มีการและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลของการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่า โดยรวมปฏิบัติบ่อยครั้ง ซึ่งหน่วยงานสนับสนุนประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วยผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยหน่วยงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ และหน่วยงานจัดรถรับส่งผู้ป่วยในระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่กลุ่มสนับสนุน

ส่วนใหญ่มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในปัจจุบันการพัฒนาระบบสำหรับการระบุและคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่อาจติดเชื้อ COVID-19 และมีสิทธิ์ได้รับการจัดการดูแลที่บ้าน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อระบุและคัดกรองบุคคลที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางและสามารถแยกตัวเองที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมัย รัตนกรिताกุล และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับ วิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรม การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาการอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลกร ทรงศรี (2557) ศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่จันทร์ เมืองอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกจากเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ แล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา บุคคลใน คริวเรือน

บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาหาร 3 มื้อ เนื่องจากคนในครอบครัวจัดการให้และประกอบอาหารเองได้รับประทวนอดุนหภูมิได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว รวมถึงได้รับยาที่จำเป็นและได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอดเนื่องจากสังเกตอาการตนเองได้รับยาด้านไวรัสและได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน โดยในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ตรวจสอบระยะไกลให้กับผู้ป่วยเพื่อติดตามสัญญาณชีพและอาการ ข้อมูลนี้สามารถส่งไปยังผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อตรวจสอบ และช่วยให้พวกเขาระบุสัญญาณเริ่มต้นของภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าหนึ่งล้านคน โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคการกักกันและแม้กระทั่งการทำหน้ากากผ้าให้กับประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร เชื้ออนณะ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ

กระบวนการการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ในชุมชน เขตเมือง พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีการประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบและออกรหัสการเรียกเก็บตามที่กองทุน สปสช. กำหนด รวมถึงมีการจัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ “Home Care Center” ประกอบด้วย แพทย์เป็น project manager 1 คน พยาบาล (case manager) เกสัชกร และ IT admin และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับกรณีฉุกเฉิน เตรียมระบบสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้และระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว และการจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและวิธีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ และมีการเตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย รายงาน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และแบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary) เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา และเตรียมระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย และ 2) ขั้นตอนการรับผู้ป่วย พบว่า โดยรวมปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีการติดต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงานลงทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลจะจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์หรือยาที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ รวมถึงมีการประเมินและติดตามอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยผ่านระบบ DMS Telemedicine หรือระบบสื่อสารอื่น ๆ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบสรุปเวชระเบียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกิจ ศิริลักษณ์ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์การตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่าหนึ่งล้านคน โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคการกักกัน และแม้กระทั่งการทำหน้ากากผ้าให้กับประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวณี จันทะพงษ์ และคณะ (2564) ศึกษาเกี่ยวกับ วิกฤตโควิด 19 กับ มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การมีระบบแพทย์ชุมชน และ อสม. โดยทีมแพทย์และพยาบาลลงพื้นที่ให้ความรู้กับชุมชน และมีการออกแบบระบบสาธารณสุขชุมชนขณะที่อสมมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารกับชุมชนอย่างใกล้ชิดทั้งการสำรวจระบุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการติดตามและกักตัวผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า 1) ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อ

การรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ รวมถึงมีการให้คำแนะนำตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี และมีการดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ 2) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยการให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย และการให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสมและมีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง อย่างเสมอภาค และ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด รวมถึงได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ และเครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร เชื้อธนนะ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ระบบการกำกับติดตามประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมัย รัตนกริธากุล และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับ กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่า ความสำเร็จของบริการดูแลการกักตัวที่บ้านได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของโควิด - 19 โดยเป็นวิธีการให้การรักษาพยาบาลและการสนับสนุนบุคคลที่สัมผัสหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสและไม่สามารถออกจากบ้านได้ ซึ่งมีโครงการดูแลการกักตัวที่บ้านหลายโครงการยังให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และทรัพยากรสำหรับบุคคลและครอบครัว โดยการพัฒนาบริการเหล่านี้ได้รับแรงผลักดันจากความต้องการที่จะชะลอการแพร่กระจายของ COVID - 19 และมีบริการที่รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ทางไกล การติดตามอาการ และการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทะพงษ์ และคณะ (2564) ศึกษาเกี่ยวกับ วิกฤตโควิด 19 กับ มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การมีผู้นำที่ให้ความสำคัญ การทำแผน ควบคุมโรคแบบบูรณาการการดำเนินการเชิงรุกผ่านระบบการรักษาที่ครอบคลุมและได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่นและประชาชน กลไกเหล่านี้ถูกนำมาใช้กับการควบคุมโรคโควิด 19 ในครั้งนี้และได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ก้าทร มาลาธรรม และพรทิพย์ มาลาธรรม (2563) ศึกษาเกี่ยวกับ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของ

ประเทศไทยกรณีการระบาดของโควิด -19 ผลการศึกษาพบว่า การทำงานร่วมกันของประชาชนที่แข็งแกร่ง ของทุกภาคส่วนในประเทศ แม้ว่าจะมีการระบาดที่น่าเป็นห่วง แต่ในที่สุดประเทศไทยก็ประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดภายในเวลาไม่กี่เดือน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

5.3.1.1 จากการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าในการจัดบริการ ต้องมีการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อทำความเข้าใจกับชุมชน ให้ทราบถึงบริบทที่แท้จริงของชุมชน ปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดบริการให้เหมาะสม ปรับรูปแบบการจัดการให้สอดคล้องกับสภาพชุมชนตามความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนนั้น ๆ

5.3.1.2 ในด้านการจัดบริการของบุคลากรสาธารณสุข ต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ด้านบุคลากร ด้านเวชภัณฑ์ รวมทั้งพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการแพทย์เองที่ให้บริการต่อผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สุขภาพ โอบอ้อมอารีย์ ด้านระบบเทคโนโลยีที่ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดต่อสถานการณ์

5.3.1.3 ในการจัดบริการนอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุขแล้ว หน่วยงานอื่น ๆ ควรเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพในด้านงบประมาณที่สามารถสนับสนุนได้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่สามารถสนับสนุนในส่วนของดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้นำชุมชน สามารถสนับสนุนในด้านการติดตามผู้ป่วยในชุมชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

5.3.2.1 ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางสำหรับการติดตามอาการของผู้ป่วย การให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการประสานงานกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อการติดตามผล เพื่อสามารถนำแนวทางในการการติดตามอาการของผู้ป่วยมาพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.3.2.2 ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการวัดประสิทธิผลของแบบจำลองการจัดการการดูแลที่บ้านโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการที่บ้านกับการจัดการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ผลลัพธ์อาจรวมถึงระยะเวลาฟื้นตัว ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

บรรณานุกรม



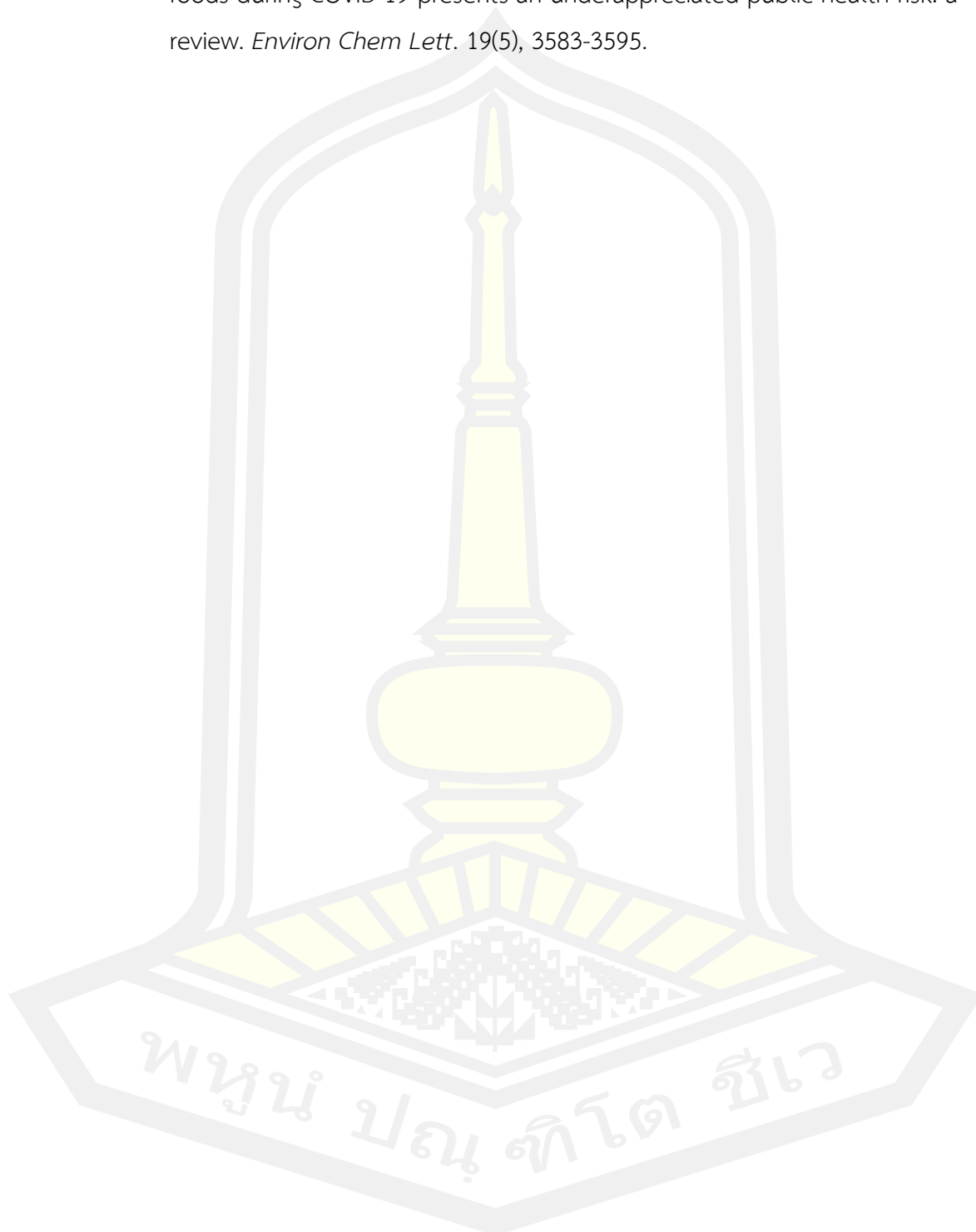
บรรณานุกรม

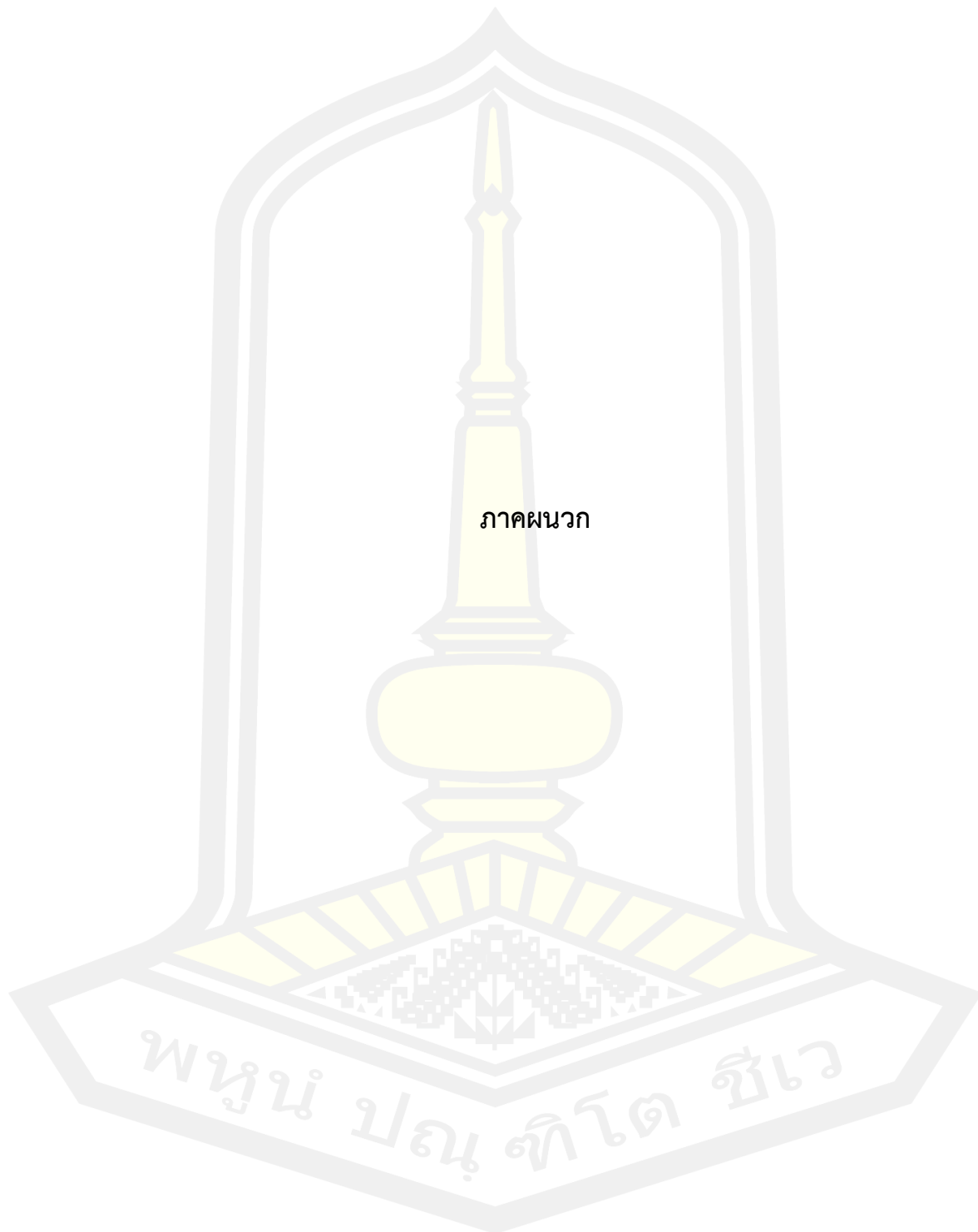
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/318#?c=&m=&s=&cv=>
- กชพร เชื้อนธนะ และคณะ. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(2), 273-285.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 10 2). *กรมควบคุมโรค*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม 2564*. นนทบุรี.
- กฤษฎา บุญชัย. (2563). *การประเมินความเสียหาย ผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นต่อภาวะโรคระบาด COVID 19*. กรุงเทพฯ.
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *คู่มือการแยกกักตัวที่บ้าน (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. นนทบุรี: กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- กองโรคติดต่อทั่วไป. (2564). *แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564*. นนทบุรี: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด
- กิตติพร เนาวสุวรรณ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), พฤษภาคม - สิงหาคม 2563, 92-103.
- คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราพร บาริศรี, เจนรบ พลเดช, ผ่องพรรณ มุริกันนท์, รินดา พันธุ์กาฬสินธุ์, สมทรง พลเดช. (2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID -2019) ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จัง หัดร้อยเอ็ด. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 29(2), 33-45.

- ชลกร ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่นนท์ เมืองอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(1), 155-162.
- ไตรวิทย์ รัตนโรจนพงศ์, วัฒนา พันธุ์พีช, สมปอง ทรัพย์สุทธิภาษา, ประเวศ อรรถจิวพัฒน์วงศ์. (2564). *โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): องค์ความรู้ด้านงานวิจัยไวรัสวิทยา การศึกษาข้อมูลด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพัฒนาวัคซีน*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 7(9), 40-55.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2563). *การพัฒนารอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภักชญา ภาวังคะรัต. (2563). *การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสมุทรปราการ (ศบค.จ.สป.). (2564, 10 2). Retrieved from <http://covid19.samutprakan.go.th/>
- สมสมัย รัตนกริษากุล, สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร และอริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 79-90
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 จังหวัดสมุทรปราการ. *ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน COVID-19*. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.
- สุดาวเลิศ วิสุทธิไพบูลย์. (2563). การส่งเสริมสุขอนามัยในสถานที่ทำงาน ให้ปลอดภัยจากโควิด -19. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*. 13(2), 25-35.
- สุมาลี จุทอง. (2563). *การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ*. กรุงเทพฯ.
- สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสมมนมาลย์ อุทัยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 124-133.

- เสาวณี จันทะพงษ์ และคณะ. (2564, มิถุนายน 25). *ธนาคารแห่งประเทศไทย*. Retrieved from
ธนาคารแห่งประเทศไทย: [https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/
articles/Pages/Article_07Jul2020.aspx](https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_07Jul2020.aspx)
- อมรรัตน์ ปะติเก, ชนิดา พลอยเลื่อมแสง, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และศิรินาถ ตงศิริ. (2561).
ผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติด
เตียง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(4), 860-868.
- อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และวงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล. (2563). บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกล
จากโควิด-19. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 7(1), 66-76.
- Aman F, Masood S. How Nutrition can help to fight against COVID-19 Pandemic. *Pak J
Med Sci*. 2020(36), (S121-S123).
- Amatori S, Donati Zeppa S, Preti A, Gervasi M, Gobbi E, Ferrini F, Rocchi MBL, Baldari
C, Perroni F, Piccoli G, Stocchi V, Sestili P, Sisti D. Dietary Habits and
Psychological States during COVID-19 Home Isolation in Italian College
Students: The Role of Physical Exercise. *Nutrients*. 12(12), 3660.
- Bhardwaj P, Joshi NK, Gupta MK, Goel AD, Saurabh S, Charan J, Rajpurohit P, Ola S,
Singh P, Bisht S, Bishnoi NR, Manda B, Singh K, Misra S. Analysis of Facility
and Home Isolation Strategies in COVID 19 Pandemic: Evidences from
Jodhpur, India. *Infect Drug Resist*. 15(14), 2233-2239.
- Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV
in humans*. (2021, 10 2). Retrieved from World Health Organization:
[https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-
guidance/laboratory-guidance](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance)
- Ju Y, Chen W, Liu J, Yang A, Shu K, Zhou Y, Wang M, Huang M, Liao M, Liu J, Liu B,
Zhang Y. Effects of centralized isolation vs. home isolation on psychological
distress in patients with COVID-19. *J Psychosom Res*. 2021(143).
- Qing Miao, e. a. (2021). Responding to COVID-19: Community volunteerism and
coproduction in China. *World Development*.
- WHO. Food and nutrition tips during self-quarantine [internet]. 2021 [cited 2022 Mar
12] Available from: [https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-
emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/food-
and-nutrition-tips-during-self-quarantine](https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine)

Zhang X, Chen B, Jia P, Han J. Locked on salt? Excessive consumption of high-sodium foods during COVID-19 presents an underappreciated public health risk: a review. *Environ Chem Lett.* 19(5), 3583-3595.





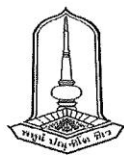
ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 202-204/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban.

ผู้วิจัย : นายณรงค์ สุกใส

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอบางเสาะง จังหวัดสมุทรปราการ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 13 มิถุนายน 2565

วันหมดอายุ : 12 มิถุนายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....ณรงค์ สุกใส.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงรัตริ์ สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 202-204/2022

Title : Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban.

Principal Investigator : Mr. Narong Suksai

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Bang Sao Thong District Samut Prakan Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 13 June 2022

expire : 12 June 2023

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Rtee S.

(Asst. Prof. Ratee Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

20165

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายณรงค์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” “Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 4 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืน โดย นำเอกสารใส่ซองแล้วปิดผนึก ส่งที่ผู้วิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9126 9198

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755



ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(Signature)

(นายณรงค์ สุกใส)

ผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายณรงค์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” “Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการให้บริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดการให้บริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดการบริการ 4 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืน โดย นำเอกสารใส่ซองแล้วปิดผนึก ส่งที่ผู้วิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน การดูแลสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9126 9198

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755



ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(Signature)

(นายณรงค์ สุกใส)

ผู้วิจัย

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับผู้สนับสนุน)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายณรงค์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” “Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการบริการ จำนวน 4 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืน โดย นำเอกสารใส่ซองแล้วปิดผนึก ส่งที่ผู้วิจัย

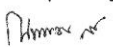
หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9126 9198

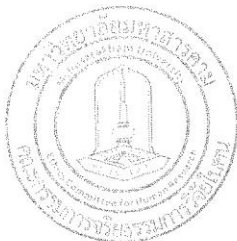
หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



(นายณรงค์ สุกใส)

ผู้วิจัย



ECMSU01-05.04

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายณรงค์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” “Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ในประเด็น การจัดการบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรได้รับการบริการอะไรบ้าง ควรมีการพัฒนาการจัดการบริการอย่างไร หน่วยงานไหนควรเข้ามามีบทบาทในการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที โดยจะขอสัมภาษณ์ที่อาสาสมัครสะดวก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาต บันทึกเสียง ถ่ายภาพ และจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

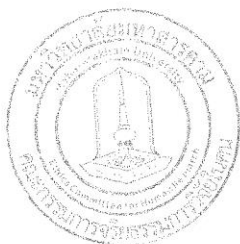
หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

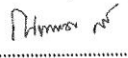
การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ หมายเลขโทรศัพท์ 08 9126 9198

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755



ขอขอบพระคุณอย่างสูง


.....
(นายณรงค์ สุกใส)
ผู้วิจัย

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย)นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายณรงค์ สุกใส เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอนแนบสนองถาม/ให้สัมภาษณ์ โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการปฏิบัติงานหรือการดูแลสุขภาพ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)

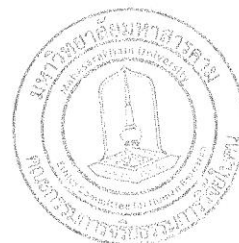
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)

วันที่.....



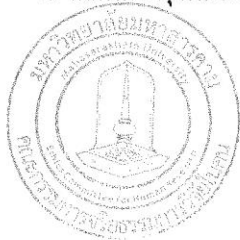
แบบสอบถาม
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง
Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area

แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหรือ ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุปี.....เดือน
3. การนับถือศาสนา
 พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 ปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า ปริญญาตรี ปริญญาโท
 ปริญญาเอก อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพหลัก
 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ นักธุรกิจระดับผู้บริหาร/ผู้จัดการ
 พนักงานบริษัท/สำนักงาน รับจ้างทั่วไป/กรรมการ เกษตรกร/ประมง
 ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา งานบ้าน
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ส่วนตัวต่อเดือน ระบุ.....บาท
8. น้ำหนัก . กิโลกรัม
9. ส่วนสูง เซนติเมตร
10. รอบเอว เซนติเมตร
11. ประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค
 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด
 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ หรือโรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน
 โรคทางจิตเวช ตั้งครรภ์ อายุครรภ์.....สัปดาห์ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค



7. ท่านได้รับยาต้านไวรัส

- 7.1 ได้รับ
- 7.2 ไม่ได้รับ หากไม่ได้รับท่านแก้ไขปัญหายังไร
- 7.2.1 ชื่อมาใช้เอง 7.2.2 ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน
- 7.2.3 มีของเดิมที่บ้าน 7.2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

8. ท่านได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน

- 8.1 ได้รับ
- 8.2 ไม่ได้รับ หากไม่ได้รับท่านแก้ไขปัญหายังไร
- 8.2.1 ดูข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ 8.2.2 ได้รับคำแนะนำผู้ป่วยรายอื่นในบ้านเดียวกัน
- 8.2.3 ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน 8.2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว
 คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติตามความจริง โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว				
2. อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา				
3. หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพักท่านสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร				
4. หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่เอามือมาปิดปากและไม่ถอดหน้ากากอนามัยออก				
5. กุมมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ				
6. ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย				
7. ทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อน				
8. แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น				
9. ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น				



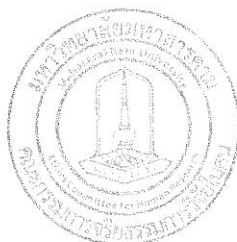
ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว (ต่อ)

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
10. การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ใส่ถุงพลาสติกสีแดงหรือกรณีไม่มีถุงขยะสีแดง เขียนระบุ “ขยะติดเชื้อ” ติดที่ถุงขยะ และปิดปากถุงให้สนิท ก่อนทิ้งขยะที่ฝาปิดมิดชิด				

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความจริง

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่					
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ					
2. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความรวดเร็วไม่เกิน 24 ชั่วโมง					
3. เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจบริการ					
4. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี					
5. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านอาหารครบ 5 หมู่					
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ					
6. การให้บริการเป็นระบบและมีขั้นตอนที่เหมาะสม					
7. การให้ข้อมูล / รายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย					
8. มีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน - หลัง อย่างเสมอภาค					
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
9. เครื่องมือ อุปกรณ์ ทันสมัยและทำให้เกิดความสะดวกมากขึ้น					
10. ช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่					
11. ได้รับการบริการที่ตรงกับความต้องการ					



ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการ

1. ระหว่างการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ท่านคิดว่าควรได้รับการอะไรบ้าง

.....
.....
.....

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีการพัฒนาการจัดการอย่างไรบ้าง

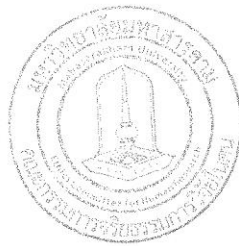
.....
.....
.....

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานไหนควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

.....
.....
.....

4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....
.....
.....



แบบสอบถาม
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง
Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area

แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหรือ ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุปี.....เดือน
3. สถานที่ปฏิบัติงาน
 โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. ตำแหน่ง
 แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร
 พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข
 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย พนักงานช่วยเหลือคนไข้
 อื่น ๆ ระบุ.....



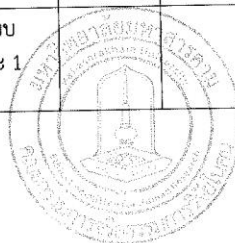
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการให้บริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ท่านได้จัดบริการ และทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ท่านไม่ได้จัดบริการ

1. อาหาร 3 มื้อ
 1.1 ได้จัด 1.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
2. ประหวัดอุณหภูมิ
 2.1 ได้จัด 2.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
3. เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว
 3.1 ได้จัด 3.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
4. ยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ยาฟ้าทลายโจร เป็นต้น
 4.1 ได้จัด 4.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
5. การติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง
 5.1 ได้จัด 5.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
6. การเอกซเรย์ปอด
 6.1 ได้จัด 6.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
7. การจ่ายยาต้านไวรัส
 7.1 ได้จัด 7.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....
8. แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ
 8.1 ได้จัด 8.2 ไม่ได้จัด หากไม่ได้จัดเพราะอะไร ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติตามความจริง โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้
 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ขั้นตอนการเตรียมการ				
1. จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะกิจ "Home Care Center" ประกอบด้วย แพทย์เป็น project manager 1 คน พยาบาล (case manager) เกสัชกร และ IT admin และจัดทีม on call ทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับกรณีฉุกเฉิน				
2. เตรียมแบบฟอร์มเอกสารในการประเมินผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย รายวัน การประเมินความเครียด แบบฟอร์มสัญญาณชีพ และ แบบฟอร์มสรุปการรักษา (Discharge summary)				
3. เตรียมระบบสื่อสาร กับผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการประเมินอาการ และรายงานผลการวัดไข้ และ ระดับค่าออกซิเจนปลายนิ้ว				
4. เตรียมระบบ Logistic ในการจัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว) โดยจัดส่งภายใน 24 ชั่วโมง ระบบจัดส่งยา				
5. เตรียมระบบจัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย				
6. เตรียมทีมสรุปเวชระเบียน Coding และทีมเรียกเก็บ				
7. ประสานศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการจัดระบบ และออกรหัสการเรียก เก็บตามที่กองทุน สปสช.กำหนด				
8. การจัดเตรียมข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวิธีการใช้ อุปกรณ์การแพทย์				
ขั้นตอนการรับผู้ป่วย				
9. ติดต่อผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงาน				
10. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินผู้ป่วย และที่ พักอาศัยตามเกณฑ์ กรรมการแพทย์				
11. ลงทะเบียนผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย ของโรงพยาบาล				
12. ประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบ DMS Telemedicine หรือ ระบบสื่อสารอื่น ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง				



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) (ต่อ)

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
13. จัดส่งอุปกรณ์การแพทย์ ยาที่จำเป็น ให้กับผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง				
14. จัดส่งอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย				
15. เมื่อครบกำหนด 10 วัน จำหน่ายจากระบบ สรุปลเวชระเขียน Coding และเรียกเก็บตามระบบ				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ

1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรได้รับการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีการพัฒนาการจัดบริการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานไหนควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

.....

.....

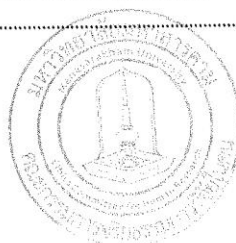
.....

4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....



แบบสอบถาม
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง
Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area

แบบสอบถามสำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหรือ ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุปี.....เดือน
3. สถานที่ปฏิบัติงาน
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ว่าการอำเภอ อื่น ๆ ระบุ
4. ตำแหน่ง
 นายกององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ
 นักวิชาการสาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติตามความจริง โดยแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้
 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นสม่ำเสมอ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น 3-5 ครั้ง/สัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้น 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นเลย

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. หน่วยงานของท่านสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ				
2. หน่วยงานของท่านสนับสนุนค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน				
3. หน่วยงานของท่านจัดรถรับส่งผู้ป่วยในระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน				
4. หน่วยงานของท่านสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์มีไซยา				
5. หน่วยงานของท่านสนับสนุนประเมินและติดตามอาการ และสัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง				



ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการ

1. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรได้รับการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ควรมีการพัฒนาอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หน่วยงานใดควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) บ้าง

.....

.....

.....

.....

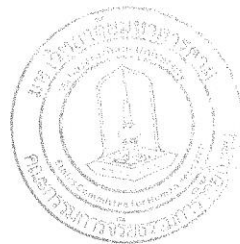
4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....



ที่



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน

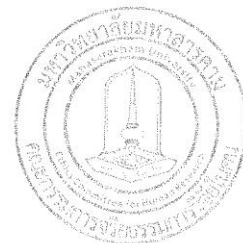
ด้วย นายณรงค์ สุกใส รหัสนิสิต ๖๓๐๑๑๔๘๑๐๐๘ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษา
โครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home Care Management for Coronavirus 2019
Patients in The Urban โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการ ประเมินผลการดำเนินงาน และ
ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
เขตเมือง

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้
นายณรงค์ สุกใส ทำการเก็บข้อมูลจากท่านเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่
๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ
ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม และไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

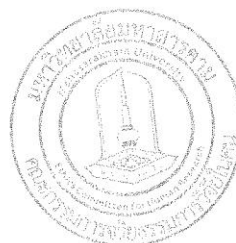
ขอแสดงความนับถือ

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๕๕๒๓
โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓



รายละเอียดกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ใน ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน
2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน
3. กลุ่มสนับสนุน ที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ได้แก่
 - เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน
 - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน
 - ผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน



ที่



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางเสาธง สาธารณสุขอำเภอบางเสาธง นายกเทศมนตรีตำบลบางเสาธง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบางเสาธง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลศรีชะคระเจ้ใหญ่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลศรีชะคระเจ้จรรย์น้อย

ด้วย นายณรงค์ สุกใส รหัสนิติต ๖๓๐๑๑๔๘๑๐๐๘ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home Care Management for Coronavirus 2019 Patients in The Urban โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการ ประเมินผลการดำเนินงาน และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นายณรงค์ สุกใส ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

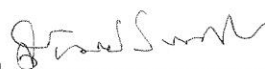
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๕๕๒๓
โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓



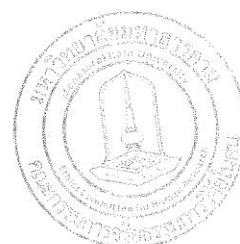
รายละเอียดกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ใน ตาบอบบางเสาชิง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน
2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation จำนวน 10 คน
3. กลุ่มสนับสนุน ที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ได้แก่
 - เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน
 - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน
 - ผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน

ลงนาม



(รศ.ดร.สงครามชัยย์ สิทองดีสกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษา





ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย



บันทึกข้อความ

คณะกรรมการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันที่ ๑๓. ๑๐. ๒๕๖๕ วันที่ ๐๙. ๑๒. ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ น.

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทรศัพท์ 0 4371 9868

ที่ อว 0605.18/

วันที่ ๙ มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ลงนามในหนังสือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี้


ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านลงนามในหนังสือ ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน 1 ฉบับ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

- () เพื่อโปรดทราบ
() เพื่อโปรดพิจารณา
() เห็นสมควรแจ้ง.....


(นายณรงค์ สุกใส)
นิสิต


(รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่ อว 0605.18 / ๗๕1



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.ปรีชา สุวรรณทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. เครื่องมือในการวิจัย	จำนวน 1 ชุด
	2. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน 1 ชุด
	3. แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ สีทองดีสกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถด้านการวิจัยเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธีรัตน์ ยี่งอ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ได้พิจารณาแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส

โทรศัพท์ 08 9126 9198

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้มีหนังสือที่
ลงวันที่ มีนาคม ๒๕๖๕ เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน
การศึกษาให้แก่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นั้น

ข้าพเจ้า ดร.ปรีชา สุวรรณทอง ตำแหน่ง อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ได้รับหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญแล้ว และมีความยินดี
เป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ

(ดร.ปรีชา สุวรรณทอง)

ตำแหน่ง อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน

ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญได้

ลงชื่อ

(ดร.ปรีชา สุวรรณทอง)

ตำแหน่ง อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ที่ อว 0605.18 / 749



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสุกัญญา สารณี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. เครื่องมือในการวิจัย	จำนวน 1 ชุด
	2. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน 1 ชุด
	3. แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลิทองดีสกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถด้านการวิจัยเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์วัฒน์ ยั่งยืน
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส

โทรศัพท์ 08 9126 9198

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้มีหนังสือที่
 ลงวันที่ มีนาคม ๒๕๖๕ เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน
 การศึกษาให้แก่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นั้น

ข้าพเจ้า นางสุกัญญา สารดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนา
 คุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้รับหนังสือขอความอนุเคราะห์
 เป็นผู้เชี่ยวชาญแล้ว และมีความยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้

ลงชื่อ

(นางสุกัญญา สารดี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน

ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญได้

ลงชื่อ

(นางสุกัญญา สารดี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ที่ อว 0605.18 / ๑๕๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑๐ มีนาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวขวัญเรือน ก้าววิทู


- | | | |
|------------------|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. เครื่องมือในการวิจัย | จำนวน 1 ชุด |
| | 2. ค่าโครงการวิทยานิพนธ์ | จำนวน 1 ชุด |
| | 3. แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย | จำนวน 1 ชุด |

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถด้านการวิจัยเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธีรัตน์ ทำเย็น)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส
โทรศัพท์ 08 9126 9198

แบบตอบรับการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ตามที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้มีหนังสือที่
 ลงวันที่ มีนาคม ๒๕๖๕ เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน
 การศึกษาให้แก่ นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นั้น

ข้าพเจ้า นางสาวขวัญเรือน ก้าวิฑู ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสยาม ได้รับหนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญแล้ว และมีความยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญ
 เพื่อตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ลงชื่อ

(นางสาวขวัญเรือน ก้าวิฑู)
 ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน

- ยินดีเป็นผู้เชี่ยวชาญ
 ไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญได้

ลงชื่อ

(นางสาวขวัญเรือน ก้าวิฑู)
 ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



ภาคผนวก ค

หนังสือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

พหุบัณฑิตวิทยา

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
 เลขที่รับ 153
 วันที่ 30 มี.ค. 65
 เวลา 15:40



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 เลขที่รับ 3602
 วันที่ 30 มี.ค. 2565
 เวลา 13:15

ที่ อว 0605.18 / 824

คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
 จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๙ มีนาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ สิทธิศักดิ์กุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขออนุญาตเคราะห้ให้นายณรงค์ สุกใส เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ได้แก่ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันต์ ชัยชื่น)

เรียน ทนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ๒๐ ถนนกม.๑๑๖ ตำบลกม.๑๑๖ อำเภอเมือง
 จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๐๑
 โทร. ๐๔๓-๘๕๑๑๑
 อ.ท.๒.๑๓๖๖
 จังหวัดมหาสารคาม

- เห็นชอบ
- ลงนามแล้ว
- ดำเนินการ
- ทราบ
- แจ้ง.....
- ออมติ
- อนุญาต
- อนุเคราะห์
- ประชาสัมพันธ์

(นายเนตรฤทธิ์ ชัดระสีมา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส โทรศัพท์ 08 9126 9198

30 มี.ค. 65
 ๒๕๖๕
 Norah nagara

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
 เลขที่รับ 153
 วันที่ 30 มี.ค. 65
 เวลา 15:40

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 เลขที่รับ 3602
 วันที่ 30 มี.ค. 2565
 เวลา 13:15V



ที่ อว 0605.18 / 824

คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
 จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๑ มีนาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ถีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขออนุญาตเคราะห้ให้นายณรงค์ สุกใส เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ได้แก่ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ชัยยืน)

เรียน หมอแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 10 ถนนวิทยุ เขตสุริยวงษ์ กรุงเทพมหานคร 10110
 โทร 02-2561111
 อ.ร.ก. สุภาพ เรณีย์
 จังหวัดสมุทรปราการ

- เห็นชอบ
- ลงนามแล้ว
- ดำเนินการ
- ทราบ
- แจ้ง.....
- ออมติ
- อนุญาต
- อนุเคราะห์
- ประชาสัมพันธ์

(นายเนตรฤทธิ์ ชัดระสีมา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส โทรศัพท์ 08 9126 9198

30 มี.ค. 65
 (นายณรงค์ สุกใส)
 30 มี.ค. 65

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๑๖๒๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน

ด้วย นายณรงค์ สุกใส นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย) รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง (ชื่อภาษาอังกฤษ) Model of Home care management for Coronavirus 2019 Patients in the Urban Community area โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

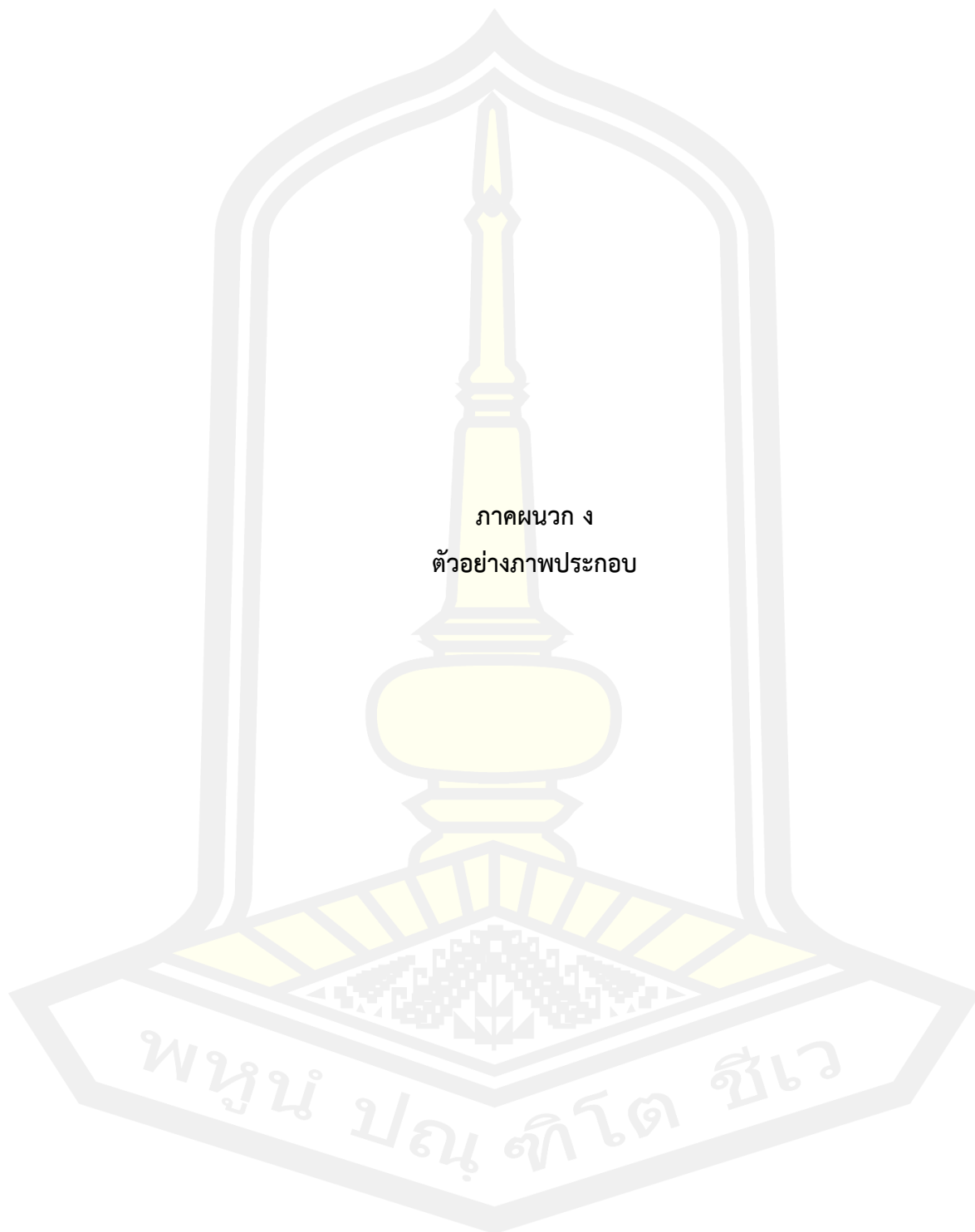
ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นายณรงค์ สุกใส เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายณรงค์ สุกใส
โทรศัพท์ ๐๘ ๕๑๒๖ ๕๑๘๘



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างภาพประกอบ

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว







ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายณรงค์ สุกใส
วันเกิด	วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 99/33 หมู่ 6 ตำบลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางเสาธง ตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2536 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พ.ศ. 2542 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน บุญเกิด ชีวะ