

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน ในเขตพื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

มยุรี คชนาม^{1*}, สุกัญญา สู้สวัสดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ(survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID -19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากร คือผู้ป่วยโควิด-19 ขึ้นทะเบียนรักษาโดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 17 เมษายน 2565 ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 5 แห่ง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 13,486 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 186 คน เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสุขภาพ 3) การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long COVID-19 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ google form ผ่านไลน์กลุ่ม ตั้งแต่ 18 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ สถิติอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 พบร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน, 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5, 11.5 และ 5.5 ตามลำดับ อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย ความจำสั้น/สมาธิสั้น นอนไม่ค่อยหลับ หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ผม่ว่ง เคลื่อนไหวช้าลง/เซื่องช้า ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และ ปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ

คำสำคัญ : Long COVID-19, ผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน, ปัจจัยที่มีผล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

²นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

Factors affecting long-COVID-19 symptoms of home isolation in patients in the community health center of Muang district in Suratthani province

Mayuree Khotchanam^{1*}, Sugunya Susawad²

Abstract

The survey research aims to study the prevalence and factors affecting long-term COVID-19 symptoms of home isolation in patients in the community health center of Muang district in Suratthani province. The population was 13,486 home-isolated patients during December 2021–April 2022 in the community health center of Muang district in Suratthani province. The 186 samples were selected by systematic sampling. The research tools are a questionnaire comprised of 1) general data, 2) health status data, 3) perception of long COVID-19 occurring, and 4) health prevention of long COVID-19, respectively. Data were collected from a Google Form during June 18–31, 2023. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics by multiple logistic regression.

The results were as follows; the prevalence of long COVID-19 symptoms is 26.5%, with continuous symptoms in 2, 3, and more than 3 months of about 9.5, 11.5, and 5.5, respectively. The 10th number of symptoms ranked are weakness, short memory, insomnia, dyspnea, hairlessness, slow movement, chronic cough, headache, myalgia, and bone pain in 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, and 11.0, respectively. The severe, moderate, and mild symptoms have significantly affected long COVID-19 symptoms more than patients with no symptoms in 17, 6.375, and 3.091 of the odds ratio.

Key Words: Long Covid-19, home isolation of Covid-19 patient, factor affecting.

¹Registered Nurse, Professional Level, Urban Community Health Center , Surat Thani Provincial Administrative Organization.

²Public Health Technical officer, Professional Level, Urban Community Health Center , Surat Thani Provincial Administrative Organization.

*Corresponding author; E mail : Mayuree084@gmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ขยายเป็นวงกว้าง เป็นสิ่งท้าทายสำหรับทุกคนและทุกภาคส่วนที่ต้องร่วมมือในการควบคุมและกำจัดโรคติดเชื้อนี้ วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้ โรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564) และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี มีผลกระทบต่อตัวบุคคล เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึง สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง เกิดปัญหาการขาดรายได้ และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป (บัญชา เกิดมณี และคณะ, 2563)

การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งระยะสั้นและยาว เพราะว่าหลังจากรักษาหายแล้วแต่หลายคนยังรู้สึกเหมือนยังไม่หายดี มีผลกระทบกับระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบสรีรวิทยา ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไหลเวียนโลหิต และความบกพร่องทางจิต รวมไปถึงความเครียด สะเทือนใจ และความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ อาการอาจเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการเลย มีอาการเล็กน้อยรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ และเมื่อหายแล้วยังทิ้งรอยโรคและอาการเอาไว้กลายเป็นภาวะลองโควิด (Long COVID) หรือ โพสต์โควิด(Post-COVID Conditions) อาจทำให้ผู้ที่หายแล้วบางรายยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ (โรงพยาบาลวิชัยเวช, 2565)

ในช่วงปลายปี พ.ศ.2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้าง อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง

ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้านเพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น (สมศักดิ์ อรรถศิลป์ และคณะ, 2565) โดยมีแนวทางการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) 10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป และให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with Self Isolation) ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรครุนแรง โดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำเรื่องช่องทางการสื่อสาร ติดตามอาการจนพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ หลังจากนั้นจึงสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามแนววิถีชีวิตใหม่ (New Normal) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้นั้น โรเซนสตีคและคณะ อ้างถึงใน (พนัญญา ชันติจิตร และคณะ, 2564) ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะต้องรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ จะส่งผลให้เกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือผลกระทบของโรคที่จะตามมาได้ ดังนั้น การนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้จะเป็นแนวทางสำคัญ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง และผู้ติดเชื้อโควิด-19 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการลดการเกิดโรคและภาวะ Long COVID-19 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าประเทศไทยยังมีงานวิจัยด้านนี้น้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID -19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ เป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ สามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาวิจัยผู้ป่วยโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโดยวิธีกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 5 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โทธาवास ดอนนงศรีวิชัย โทหวาย และองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

นิยามศัพท์การวิจัย

1. ผู้ป่วยโควิด-19 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอ (Nasopharyngeal And Throat) โดยการป้าย (Swab) หรือใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) หรือ วิธี Real-time Polymerase chain reaction (RT-PCR) การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาและแยกกักตัวที่บ้าน
2. ภาวะ Long COVID-19 หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากการรักษาหายแล้ว ซึ่งโดย

อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย สามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย โดยมักพบมีอาการหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ แบ่งอาการ ดังนี้คือ กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท ผิวหนังและเส้นผม จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (กรมการแพทย์, 2565) การศึกษาครั้งนี้หมายถึงอาการต่อเนื่องหรืออาการที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาหายแล้วที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ 1.อาการผิดปกติที่ยังคงอยู่หลังการรักษาไปแล้วไม่น้อยกว่า 2 เดือน หรือ 2.อาการที่เกิดขึ้นหลังการรักษาไปแล้วไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ และมีอาการไม่น้อยกว่า 2 เดือน แต่ไม่สามารถหาสาเหตุได้จากแบบประเมินภาวะ Long COVID ในผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 (กรมการแพทย์, 2565)

3. การแยกกักตัวที่บ้าน หมายถึงแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (ฉบับวันที่ 4 ม.ค.2565) (กรมการแพทย์, 2565) เป็นการแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้าน เป็นอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยหรือตรวจพบเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการแยกกักตัว 2 ลักษณะ คือ Home Isolation และ Outpatient with Self Isolation

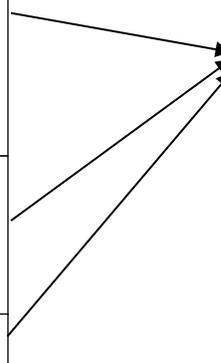
กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

<p>ปัจจัยส่วนบุคคล</p> <p>เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>ข้อมูลสุขภาพ</p> <p>ภาวะอ้วน, โรคประจำตัว (ผู้ป่วยกลุ่ม 608), ยาที่ใช้ประจำ, ประวัติการได้รับวัคซีน, ประวัติการป่วยโรคโควิด-19, การได้รับยารักษา โควิด-19, อาการเจ็บป่วยที่หลงเหลือ</p> <p>การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19</p> <p>การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา, การรับรู้ปัญหาอุปสรรค</p> <p>พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19</p>

ตัวแปรตาม

ความชุกการเกิด
ภาวะ Long Covid-19



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือผู้ป่วยโควิด-19 และขึ้นทะเบียนการรักษาโดยวิธีกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 17 เมษายน 2565 จำนวน 13,486 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ (Wayne W., D., 1995) และ (Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V., 2014) The output of the sample size calculation from n4Studies: For estimating the infinite population proportion (Proportion (p)=0.14) ข้อมูลจากผลการศึกษา meta-analysis ของสถาบันต่างๆในต่างประเทศ เกี่ยวกับความชุกภาวะ Long COVID จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย ร้อยละ 14-64 (กรมการแพทย์, 2565)

Error(d)=0.05, Alpha(α)=0.05, Z(0.975)=1.959964

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่าง

Sample size (n) = 186

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การวิจัยได้จะเลือกลำดับถัดไป (เลื่อนขึ้นหรือลง 1 ตำแหน่ง) ทดแทนจนครบ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คืออายุ 15 ปีขึ้นไป, รักษาโดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน, ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีสติสัมปชัญญะพูดคุยรู้เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มี 4 ส่วนคือ 1.ข้อมูลทั่วไป 2.ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอ้วน ประวัติโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการป่วยโรคโควิด-19 การได้รับยารักษา โควิด-19 อาการเจ็บป่วยที่หลงเหลือหลังครบระยะการกักตัว10วัน 3.การรับรู้ต่อการเกิดภาวะLong COVID-19 4.พฤติกรรมการป้องกันการ

เกิดภาวะ Long COVID -19 แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (Likert Scale) มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ แปลความหมายของระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Best (Best, J.W., 1970) เป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.หาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถาม IOC แต่ละข้อเท่ากับ 0.67-1.0 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้อง จากนั้นจึงปรับสำนวนภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโควิด-19 อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หมวดการรับรู้ เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ google form ผ่านไลน์กลุ่มของหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2565 โดยแบบสอบถามแจ้งขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และส่งลิงค์ google form แบบสอบถามผ่านหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่ง เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อลิงค์แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการสุ่มไว้เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ REC 65-00029 ลงวันที่ 05/06/2565 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือ แจ้งวัตถุประสงค์

ประสงค์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ป่วยโควิด-19 สามารถเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับอยู่ การเปิดเผยข้อมูลของการวิจัยนี้ เป็นการนำเสนอในภาพรวมที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยแต่ประการใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิงมากกว่าชาย ร้อยละ 75.5 และ 24.5 ตามลำดับ อายุ 20-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมา อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 44 ปี การศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40.5 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 32.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.0 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 19.5

2. ข้อมูลสุขภาพ

2.1 ข้อมูลสุขภาพ มีภาวะอ้วน และปกติเท่ากัน ร้อยละ 33.5 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 10.0 รองลงมา คือหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.0 ส่วนใหญ่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 3 เข็ม ร้อยละ 48.5 ประวัติการตรวจพบเชื้อโควิด-19 เป็นการติดเชื้อครั้งที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 98.5 ส่วนระดับความรุนแรง

ของโรค โควิด-19 มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ อาการปานกลาง ร้อยละ 10.5 ได้รับความเสียหายคือฟ้าทะลายโจรมากที่สุด ร้อยละ 54.5

2.2 อาการที่เกิดขึ้นหลังหายจากอาการป่วยโควิด-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน พบว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เร็วจากมากไปน้อย 10 อันดับคือ อ่อนเพลีย, ความจำสั้น/สมาธิสั้น, นอนไม่ค่อยหลับ, หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย, มมร่วงเคลื่อนไหวช้า/เซื่องช้า, ไอเรื้อรัง, เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0

3. ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ Long COVID-19 ร้อยละ 26.5 แบ่งเป็น มีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน (Long COVID-19) ร้อยละ 9.5 มีอาการต่อเนื่องนาน 3 เดือน (post acute covid) ร้อยละ 11.5 และ มีอาการต่อเนื่องนานมากกว่า 3 เดือน (post covid syndrome) ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะ Long COVID-19 แบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่มีอาการ ร้อยละ 60.5 และมีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน ร้อยละ 13.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน

ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19	จำนวน (200คน)	ร้อยละ
No Long COVID-19	147	73.5
ไม่มีอาการ	121	60.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน	26	13.0
Long COVID-19	53	26.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน (Long COVID-19)	19	9.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 3 เดือน (post acute covid)	23	11.5
มีอาการต่อเนื่องนานมากกว่า 3 เดือน (post covid syndrome)	11	5.5

4. การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19

4.1 ระดับการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ

Long Covid-19 ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 ระดับสูง ร้อยละ 42.5

4.2 การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรครุนแรงที่สุด ค่าเฉลี่ย=2.79 รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าเฉลี่ย=2.68 และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าเฉลี่ย=2.59 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย การรับรู้ สูงมากที่สุดเรียง 3 ลำดับแรก คือ การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ รองลงมาคือ โรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้หากมีอาการแทรกซ้อน ที่รุนแรงและเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา และผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, คนอ้วน มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ โควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่น และการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ค่าเฉลี่ย = 2.90, 2.89, 2.88, 2.88 ตามลำดับ

5. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19

5.1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
เพศ					
ชาย	39(79.6)	10(20.4)			
หญิง	108(71.5)	43(28.5)	1.553	.712-3.385	.266
อายุ(ปี)					
ต่ำกว่า60	119(73.9)	42(26.1)			
มากกว่าหรือเท่ากับ60	28(71.8)	11(28.2)	1.113	.570-2.431	.788
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76(76.8)	23(23.2)			
ตั้งแต่ปริญญาตรี	71(70.3)	30(29.7)	1.396	.742-2.627	.338

การป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 ระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 88.5 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5

5.2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน และสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อเข้าไปในแหล่งที่มีผู้คนจำนวนมาก รองลงมาคือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ปิดบริเวณปากและจมูก เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.97, 2.97 และ 2.92 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก หรือปาก รองลงมาคือใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ หมวกกันน็อค ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.90 และ 2.08 ตามลำดับ

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
สูบบุหรี่					
ไม่สูบบุหรี่	135(73.4)	49(26.6)			
สูบบุหรี่	12(75.0)	4(25.0)	0.918	.283-2.982	1.000
ดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	120(74.5)	41(25.5)			
ดื่ม	27(69.2)	12(30.8)	1.301	.604-2.801	0.546
ภาวะอ้วน(BMI)					
ต่ำกว่า25.00	75(71.4)	30(28.6)			
ตั้งแต่ 25.00	72(75.8)	23(24.2)	0.799	.424-1.503	0.524
โรคประจำตัว (กลุ่ม 608)					
ไม่มี	126(75.0)	42(25.0)			
มี	21(65.6)	11(34.4)	1.571	.700-3.528	0.280
ประวัติการได้รับวัคซีน					
ไม่ฉีด	4(80.0)	1(20.0)			
ฉีด1	5(71.4)	2(28.6)	1.60	.104-24.73	1.00
ฉีด2	30()	11()	1.467	.147-14.54	1.00
ฉีด3	77(79.4)	20(20.6)	1.039	.110-9.816	1.00
ฉีด4	31(62.0)	19(38.0)	2.452	.255-23.60	.643
ประวัติการป่วยโควิด-19					
เป็นครั้งที่1	144(73.1)	53(26.9)			
เป็นครั้งที่2	3(100.0)	0(0.0)	.731	.672-.791	.567
ความรุนแรงของโรค					
ไม่มีอาการ	34(89.5)	4(10.5)			
มีอาการเล็กน้อย	99(73.3)	36(26.7)	3.091	1.025-9.323	0.049*
มีอาการปานกลาง	12(57.1)	9(42.9)	6.375	1.654-24.571	0.007*
มีอาการรุนแรง	2(33.3)	4(66.7)	17.000	2.327-124.187	0.007*
การรักษา โควิด-19					
ฟ้าทะลายโจร	68(78.2)	19(21.8)			
ฟาวิพิราเวียร์	78(71.6)	31(28.4)	1.422	.737-2.744	0.325

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	86(76.1)	27(23.9)			
ระดับดี	59(69.4)	26(30.6)	1.404	.746-2.642	0.332
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะLong Covid-19					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	19(82.6)	4(17.4)			
ระดับดี	128(72.3)	49(27.7)	1.818	.589-5.614	0.451

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID -19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะLong COVID-19 ผลการวิจัยพบความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 ร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน, 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5 ,11.5 และ 5.5 ตามลำดับ อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย ความจำสั้น/สมาธิสั้น นอนไม่ค่อยหลับ หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ผม่วรง เคลื่อนไหวช้าลง/เชื่องช้า ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19

พบร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5,11.5 และ 5.5

ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะLong COVID-19 แบ่งเป็นไม่มีอาการ ร้อยละ 60.5 และมีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ (กรมการแพทย์, 2564) เผยภาวะลองโควิดพบบ่อย 10 อันดับแรก ได้ติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ผ่านช่องทางสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง 17,893 ราย และติดตามอาการภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 บุคลากรสังกัดกรมการแพทย์ 3,284 ราย โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อติดตามไป 5 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่าประชาชน และบุคลากรสังกัดกรมการแพทย์ มีอาการลองโควิด ร้อยละ 33.6 และ 32.81 ตามลำดับ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Garout MA และคณะ ซาอุดิอาราเบีย (ธีระ วรธนรัตน์, 2564) ได้ศึกษาในคนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เดือน เม.ย.- ธ.ค. 2564 เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อแล้วไม่มีอาการ ร้อยละ 11, อาการน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 67 และอาการรุนแรง ร้อยละ 22 ผลการศึกษาพบว่า คนที่เคยติดเชื้อมาก่อนนั้นประสบปัญหา Long COVID หรือ Post-COVID syndrome สูงถึง ร้อยละ 47.5 โดยครึ่งหนึ่งจะมีอาการผิดปกติตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป และแตกต่างจากการศึกษาของ (เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรีณย์ วีระเมธัชชัย, ธนภมณ ลีสร, 2565) ศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อ

โควิด-19 ติดตามหลังการติดเชื้อ 3 เดือน พบความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.8 โดยกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีแนวโน้มที่จะไม่มาติดตามอาการตามนัดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการมาก ทำให้ได้ข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มการศึกษาที่ใกล้เคียงสัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรครวมกัน ดังนั้นจึงทำให้เห็นความแตกต่างของการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านอาการไม่รุนแรง อ้างอิงตามแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ แล้วไปพักฟื้นต่อบ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ (กรมการแพทย์, 2565) จึงทำให้พบความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 น้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ

อาการที่เกิดขึ้นหลังหายจากอาการป่วยโควิด-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน พบว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย, ความจำสั้น/สมาธิสั้น, นอนไม่ค่อยหลับ, หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย, หมดแรง, เคลื่อนไหวช้าลง/เชื่องช้า, ไอเรื้อรัง, เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ผลการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ของกรมการแพทย์ ผ่านทางเว็บไซต์ (กรมการแพทย์, 2565) พบว่า อาการของภาวะ Long COVID ที่พบได้บ่อย 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ ไอ ปวดศีรษะ หมดแรง เวียนศีรษะ วิตกกังวล ความจำสั้น เจ็บหน้าอก ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่

มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leon et al. (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และ นพ.ไพโรจน์ศิริกุล, 2566) ซึ่งได้จัดทำ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาวของโรค โควิด 19 พบว่า อาการที่ยังคงมีอยู่หลังจากหายจากโควิด-19 นั้น มักจะพบในผู้ที่มีอาการโควิด-19 รุนแรง แต่ก็พบในผู้ที่อาการไม่รุนแรงได้ถึงประมาณหนึ่งในสี่ และอาการอยู่ได้นานเกิน 6 เดือน ประมาณหนึ่งในสามของอาการเหล่านี้ อาจเป็นเรื้อรังและสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. เป็นข้อมูลสนับสนุนทางการแพทย์ในการจัดระบบการคัดกรอง วางแผน ป้องกัน ติดตาม และการฟื้นฟูผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายแล้ว (Long COVID) ได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระยะยาว
2. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และ อสม. ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่หายจากโควิด-19 ต้องสังเกตตัวเองอย่างละเอียด ประเมินร่างกายตนเองอยู่เสมอ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างถูกต้อง ผลจากงานวิจัยนี้ตอกย้ำให้เราต้องระมัดระวังป้องกันตัวเองต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะไม่ติดเชื้อย่อมดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวต่อเนื่อง เช่น 6, 12, 24 เดือน เป็นต้น เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษา Long COVID ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน กลุ่มวัยเด็กหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
3. Long COVID เป็นเรื่องสำคัญ จริงจัง ส่งผลต่อคนจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องมีการ

วางแผนรับมือ ทั้งในแง่บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากร
ในระบบสาธารณสุข รวมถึงการให้ความรู้ที่ถูกต้อง
ทันสมัย แก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการ
ป้องกันตัวไม่ให้ติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์(2565).แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโค
วิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome)
หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และ
บุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
24 เม.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://covid19.dms.go.th/Content/
Select_Landding_page?contentId=157](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=157).
- กรมการแพทย์(2565). แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร
ทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการ
จัดบริการผู้ป่วยโควิด 19 แบบ HOME
ISOLATION ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.
2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26
พ.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://covid19.dms.go.th/Content/
Select_Landding_page?contentId=15](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=15)
- กรมการแพทย์(2565). แบบประเมินภาวะ Long COVID
ในผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2565.
[เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://longcovidcheckin.dms.go.th
/longcovid/qestn.php](https://longcovidcheckin.dms.go.th/longcovid/qestn.php).
- กรมการแพทย์(2565). กรมการแพทย์ เผยภาวะลองโควิด
พบบ่อย 10 อันดับแรก ส่วนมีผลต่อสมองหรือไม่
ยังไม่ชัด.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย.
2565]. เข้าถึงได้จาก [https://www.hfocus.org
/content/2022/08/25686](https://www.hfocus.org/content/2022/08/25686)
- กระทรวงสาธารณสุข(2565). คู่มือฉบับประชาชนกรณี
รักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง.
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2565]. เข้าถึง

ได้จาก [https://covid19.dms.go.th
/backend/Content/Content_File
/Covid_Health/Attach/25650405
141947PM_Outpatient%20with%
20Self%20isolatio%20final%20
50422.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650405141947PM_Outpatient%20with%20Self%20isolatio%20final%2050422.pdf) .

- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.(2564).รวมแนวทาง
การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโค
โรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข. นนทบุรี: กอง; 2564.
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และ นพโท โศจศิริกุล(2566).
Long covid สำคัญไฉน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง
เมื่อ21พ.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก
[https://cimjournal.com/
confer-update/long-covid-why-important/
ธีระ วรธนารัตน์ .กรมสุขภาพจิต\(2565\). รู้จักภาวะ long
covid อาการเรื้อรังในผู้ติดเชื้อโควิดที่รักษาหาย
แล้ว.\[อินเทอร์เน็ต\]. \[เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ค.2565\].
เข้าถึงได้จาก \[https://www.dmh.go.th/news
-dmh/view.asp?id=31063\]\(https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31063\).](https://cimjournal.com/confer-update/long-covid-why-important/)
- บัญชา เกิดมณี, สุรชัย ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์,
บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิฆมทรัพย์.
(2563).แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19.
วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์,กรุงเทพฯ 2563;
20(1), 1-12.
- พนัชญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณี,
อภิรดี เจริญบุญกุล(2564).แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019
(COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี; 5 (2) 39-53.
- เมธาวิ หวังขาลาบวร, ศรีณีย์ วีระเมธายัย, ธนภมณ ลีสร
(2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-
19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

จากการติดตามที่ระยะ3เดือนหลังการติดเชื้อ.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 16(1) 265-284.12.

โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล หนองแขม

(2565).รู้จักลองโควิด “Long COVID” อาการ

หลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อ16เม.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก

<https://vichaivej-nongkhaem.com>

/health -info/รู้จักลองโควิด/.

สมศักดิ์ อรรถศิลป์ และคณะ(2565). การจัดบริการ

HOME ISOLATION กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ

17 เม.ย.2565].เข้าถึงได้จาก [https://covid19.](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

[dms.go.th/backend/Content/](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

[Content_File/Covid_Health/Attach/.](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

Best,J.W.(1970). Research in education.

Englewood Cliffs, New Jersey : Printice-

Hall.

Ngamjarus C., Chongsuivatwong V. (2014).

n4Studies: Sample size and power

calculations for iOS. The Royal Golden

Jubilee Ph.D. Program - The Thailand

Research Fund&Prince of Songkla

University.

Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation

of analysis in the health sciences (6th ed.).

John Wiley&Sons, Inc., 180