

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านเปรียบเทียบกับการแยกกักตัวในสถานที่รัฐจัดหา

พรชิตา มุนินทร์วงศ์, พบ., ศรวัส แสงแก้ว, พบ., PhD. ระบาดวิทยา, หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล, พบ. วว.
เวชศาสตร์ครอบครัว ระบาดวิทยา

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พรชิตา มุนินทร์วงศ์, พบ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลหาดใหญ่ 182
ถ.รัถการ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110, ประเทศไทย
Email: net@hotmail.com

Received: August 2, 2023;

Revised: September 2, 2023;

Accepted: December 18, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: การแยกกักตัวในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงมีความสำคัญในลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การกักตัวสามารถทำได้ที่บ้านหรือในที่รัฐจัดหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน วัดดูประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโควิด-19 ที่กักตัวที่บ้านและที่รัฐจัดหา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: วิจัยภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อยและมีอายุมากกว่า 18 ปี โดยสุ่มผู้ป่วยแบบ convenient sampling จากกลุ่มผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้านและกักตัวในที่รัฐจัดหากลุ่มละ 167 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในวันที่ 7-9 ของการกักตัว ข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ5D5L โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มประชากรใช้สถิติ Chi-square test และ Man-Whitney U test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและสถานที่กักตัวด้วย linear regression analysis ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา: จากทั้งหมด 334 คน ผู้ป่วยกักตัวที่บ้านและที่รัฐจัดหาอายุเฉลี่ย (median) 38 (IQR 28-47) ปี และ 36 (IQR 27-48) ปี มีเพศชายไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 32.93 และ ร้อยละ 35.33, p value 0.644) และมีอาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 89.82 และ ร้อยละ 90.42, p value 0.855) จาก univariable analysis พบว่า กลุ่มที่กักตัวที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (unadjusted coefficient 0.030, 95%CI 0.006 0.054, p-value 0.013) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างนี้ เมื่อวิเคราะห์แบบควบคุมตัวแปรกวน (adjusted coefficient 0.008, 95% -0.016 0.032, p-value 0.522)

สรุป: คุณภาพชีวิตแยกกักตัวที่บ้านและในรัฐจัดหาไม่มีความแตกต่าง ซึ่งเป็นอีกทางเลือกในการกักตัวผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่รุนแรง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต โรคติดเชื้อ COVID-19 การแยกกักตัวที่บ้าน การแยกกักตัวในสถานที่รัฐจัดหา

ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life in Home Isolation Compared with Facility Isolation in COVID-19 Patients

**Pornchita Munintharawong, MD., Sorawat Sangkaew, MD., PhD. (Epidemiology),
Hathaitip Tumviriyakul, MD., MRCEPT (Family Medicine, Epidemiology)**

Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand

Corresponding author :

Pornchita Munintharawong, MD.,
Department of Social Medicine,
Hatyai Hospital, 182 Ratthakan
Road, Hat Yai District, Songkhla
90110, Thailand
Email: net@hotmail.com

Received: MAugust 2, 2023;

Revised: September 2, 2023;

Accepted: December 18, 2023

ABSTRACT

Background: Reducing the spread of COVID-19 by isolating patients with mild symptoms is important. Isolation can be done at home or in government-provided facilities, affecting the quality of life. The objective is to compare the quality of life of COVID-19 patients isolated at home and those provided by the government.

Methods: An analytic cross-sectional study was performed among home and facility isolation, 167 people per group, over 18 years of age with no or mild symptoms. The study used convenience sampling and telephone interviews on days 7-9 of isolation. The demographic data and quality of life using the EQ5D5L assessment were collected. The data for differences in populations were compared using the Chi-square and Mann-Whitney U tests. Variables and quality of life were calculated with linear regression analysis, with a significance level of 0.05.

Results: Three Hundred thirty-four patients isolated at home and in facilities were studied. The median ages were 38 (IQR 28-47) and 36 (IQR 27-48) years. Males vs females and their symptoms were not different (32.93% and 35.33%: p-value 0.644) (89.82% and 90.42%: p-value 0.855). Home isolation demonstrated significantly better quality of life than facility isolation (unadjusted coefficient 0.030, 95% 0.006 0.054, p-value 0.013). When eliminating confounding factors, the quality of life of the two groups was not significantly different (adjusted coefficient 0.008, 95% - 0.016 0.032, p-value 0.522).

Conclusions: There was no difference in the quality of life between home and facility isolation. This is another option for isolating COVID-19 patients with mild symptoms.

Keywords: quality of life, COVID-19 infectious disease, home isolation, facility isolation

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลกและผู้คนจำนวนมาก ถึงแม้ว่ามีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม แต่ยังมีภาระระบาดในทุกระลอกทั้งสายพันธุ์เดลต้า โอมิครอน และเบต้า¹ อีกทั้งโควิด-19 แต่ละระลอกสามารถกลายพันธุ์ แพร่กระจายได้ง่ายและเร็วกว่าสายพันธุ์อื่นซึ่งเป็นสายพันธุ์ดั้งเดิม ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว^{2,3} ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 มีการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 ของสายพันธุ์เดลต้าแพร่ระบาดในวงกว้าง และส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง ภาครัฐจึงได้ออกมาตรการการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) และการแยกกักตัวในรัฐจัดหา (facility isolation) แทนการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างครอบคลุม^{4,5}

ในประเทศไทยมาตรการแยกกักตัวที่บ้านหรือในรัฐจัดหา นอกจากเป็นเครื่องมือช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แล้ว ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบริการดูแลรักษาติดตามอาการจากทีมแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขตลอดระยะเวลากักตัว มีการติดตามอาการ สัญญาณชีพและให้คำแนะนำทุกวัน ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาให้กับผู้ป่วยโควิด-19 ได้เข้ารับการรักษาได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตามวิธีการแยกกักตัวทั้งสองแบบอาจมีผลกระทบด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน งานวิจัยในออสเตรเลียพบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ในสถานที่รัฐจัดหาขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในมีพื้นที่จำกัด และทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย แต่ได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและเข้าถึงการอุปถัมภ์ทางการแพทย์ได้มากกว่า⁶ และจากงานวิจัยในจีนพบว่า การแยกกักตัวที่บ้านอาจนำไปสู่สมาชิกรุ่นอื่นในครอบครัวและถูกตีตราทางสังคม นำไปสู่ภาวะวิตกกังวลต่อการเป็นโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวซึ่งเป็นข้อดีของการแยกกักตัวที่บ้าน⁷ จะเห็นได้ว่าการแยกกักตัวทั้งสองรูปแบบมีผลต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมแตกต่างกัน

การกักตัวในสถานที่รัฐจัดหา ในปัจจุบันได้มีการดัดแปลงสภาพโรงแรมเพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการกักแยกโรค (hotel-based isolation) เป็นการจัดการแก้ปัญหาการ

ขาดแคลนสถานที่สำหรับการแยกกักตัวโดยภาครัฐมีการทำความเข้าใจกับภาคเอกชนเจ้าของธุรกิจโรงแรมในการดัดแปลงสถานที่ให้เหมาะต่อการแยกกักตัวและใช้เป็นสถานที่แยกกักตัวที่รัฐจัดหาให้ในช่วงที่มีการระบาดทั่วโลกของโรคโควิด-19 งานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 ในรูปแบบการแยกกักตัวในสถานที่ดังกล่าวมีข้อมูลจำกัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพหรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเองนอกเหนือจากผลการรักษา งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 แยกกักตัวที่บ้านและในรัฐจัดหาในอำเภอดอนจาน จังหวัดสกลนคร

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ชนิดภาคตัดขวาง (analytics cross-sectional study) การคัดเลือกเข้ารับการแยกกักตัวที่บ้านและในรัฐจัดหา เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ และไม่มีโรคร่วมรุนแรง โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ วัดอุณหภูมิร่างกายและความอิ่มตัวของออกซิเจนก่อน หากผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ⁸ และแจ้งความประสงค์ต้องการแยกกักตัวที่บ้าน จะได้รับการพิจารณาโดยทีมแพทย์ตามความเหมาะสม หากไม่มีความพร้อมในการแยกกักตัวที่บ้าน จะให้ผู้ป่วยแยกกักตัวในรัฐจัดหาแทนซึ่งเป็นการดัดแปลงโรงแรมให้กลายเป็นสถานที่สำหรับแยกกักตัวของรัฐ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านและในรัฐจัดหาเป็นการดูแลรักษาโดยทีมแพทย์ ติดตามอาการทุกวัน บันทึกสัญญาณชีพผ่านระบบเว็บไซต์ จัดส่งอาหารและยาและให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้น รวมถึงสามารถขอความช่วยเหลือหากมีอาการแยลง โดยมีระยะเวลากักตัวนาน 10 วัน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการยืนยันจากการตรวจ ATK หรือ RT-PCR ว่า พบเชื้อ มีอายุมากกว่า 18 ปี มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ และได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในช่วงวันที่ 19 เดือนกุมภาพันธ์ถึงวันที่ 21

เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 มีการแยกกักตัวมาแล้วอย่างน้อย 7 วัน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร หรือปฏิเสธระหว่างการเข้าร่วม

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ two independent means (t-test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) ระหว่างสองกลุ่ม คือ 85 ± 15.4 และ 78.5 ± 15.5 อ้างอิงจากงานวิจัย Bhardwaj และคณะ⁹ ได้ค่าอิทธิพล (effect size) คือ 0.435 คำนวณได้กลุ่มละ 139 คน โดยใช้อำนาจการทดสอบ (power) 0.95 และค่า alpha 0.06 เพิ่มจำนวนร้อยละ 10 เพื่อความคลาดเคลื่อนเป็นกลุ่มละ 167 คน รวม 334 คน

เลือกประชากรตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตามความสะดวก (convenient sampling) จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้านและที่รัฐจัดหาของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยสุ่มเลือกผู้ที่กักตัวมาแล้วอย่างน้อย 7 วันในวันที่ 7-9 ของวันที่แยกกักตัว เฉลี่ยวันละ 10-20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานะสมรส จำนวนคนในครอบครัว (รวมผู้ป่วย) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลที่คาดว่าจะได้รับเชื้อมาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ มีพ่อ/แม่ พี่น้อง สามี/ภรรยาหรือบุตรติดเชื้อร่วมด้วย

2. ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อาการแสดง วันที่มีอาการ วันที่ตรวจพบเชื้อ โรคประจำตัว ประวัติได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช การได้รับยาต้านไวรัส และการได้รับยาสมุนไพร

3. ข้อมูลการช่วยเหลือทางสังคม ใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคม Revised Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)¹⁰ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมากจนถึงเห็นด้วยอย่างมาก หากคะแนนรวมน้อย มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ และคะแนนรวมมาก มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง โดยแบ่งเป็นการช่วยเหลือด้านครอบครัว บุคคลพิเศษ และเพื่อน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1-28 คะแนน

4. ข้อมูลด้านความพึงพอใจ ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง การดูแลรักษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจในอาหารทั้ง 3 มื้อ และยา

5. ข้อมูลคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม EQ5D5L¹¹ เป็นแบบประเมินมิติสุขภาพ 5 ด้าน (แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือก เรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงปัญหามากที่สุด) ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงานบ้าน กิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว และ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า โดยใช้คะแนนอรรถประโยชน์ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพที่แข็งแรงที่สุด -1 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด และคะแนนแยกในแต่ละด้าน 5 ด้าน อีกทั้งคิดคะแนนปัญหาสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น มีปัญหา คือคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่างน้อย 1 ปัญหา ขึ้นไป ส่วนไม่มีปัญหา คือคะแนนเท่ากับ 0 ทั้ง 5 ปัญหา กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาครบทั้ง 5 ด้าน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata16 สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแบบกลุ่มนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ (percentage) และข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) สถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และ Mann Whitney U test และนำไปปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับคะแนนคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์เชิงเส้นตัวแปรเดียว (univariate linear regression analysis) เพื่อหาตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต ($p < 0.05$) เพื่อนำเข้าสู่สมการสหสัมพันธ์เชิงเส้นหลายตัวแปร (multivariate linear regression analysis) เพื่อหาตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่อคะแนนคุณภาพชีวิตในสมการที่ปรับปรุงแล้ว (adjusted model) นำเสนอด้วย adjusted coefficients และค่าความเชื่อมั่นที่ 95 (95% confidence interval (95%CI) คำนวณสำคัญทางสถิติ ที่ p-value 0.05

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหาดใหญ่ หนังสืออนุมัติ เลขที่ HYH EC 136-64-01 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

ระหว่างวันที่ 19 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จนถึงวันที่ 21 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ขึ้นทะเบียนแยกกักตัวที่บ้านกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้งหมด 14,650 คน และแยกกักตัวในที่รัฐจัดหาจำนวน 1,679 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการแยกกักตัวที่บ้านและที่รัฐจัดหากลุ่มละ 167 คน รวมผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 334 คน ผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านและในที่รัฐจัดหา ไม่ต่างกันในด้าน เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานะสมรส โรคประจำตัว ($p > 0.05$) กลุ่มแยกกักตัวที่บ้านมีค่ามัธยฐานของอายุ 38 (IQR 28-47) ปี และในสถานที่รัฐจัดหา 36 (IQR 27-48) ปี กลุ่มกักตัวที่รัฐจัดหามีอาการไข้/บรรเทา และไม่มีจำนวนคนในครอบครัว 4-6 คน ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มแยกกักตัวที่บ้าน (p value 0.016 และ p value 0.001 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) ทั้งกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านและที่รัฐจัดหาไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 21.56 และร้อยละ 21.56, p -value 1.000) และอาการแสดงของโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 89.82 และ ร้อยละ 90.42, p -value 0.855 ตามลำดับ) โดยอาการที่พบส่วนใหญ่ 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ คัดจมูกและปวดหัว ในด้านการรักษาพบว่าในกลุ่มที่แยกกักตัวในที่รัฐจัดหาได้รับยาต้านไวรัสมากกว่าการแยกกักตัวที่บ้าน (ร้อยละ 59.93 และร้อยละ 40.07 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

คุณภาพชีวิต

กลุ่มแยกกักตัวที่บ้านมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) มากกว่าในกลุ่มแยกตัวในที่รัฐจัดหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.020) (แผนภูมิที่ 1) อย่างไรก็ตามเมื่อแยกวิเคราะห์เปรียบเทียบราย 5 ด้าน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (แผนภูมิที่ 2) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์เชิงเส้นตัวแปรเดียว พบว่า ในกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านมีคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) สูงกว่าในรัฐจัดหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (unadjusted coefficient 0.030, 95% 0.006 0.054, p -value 0.013) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณเพื่อกำจัดตัวแปรกวนด้าน อาชีพ จำนวนคนในครอบครัวมากกว่าเท่ากับ 4 คนขึ้นไป และ ความสัมพันธ์ที่มีสามี/ภรรยาของผู้ป่วยติดเชื้อ พบ

ว่า คะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted coefficient 0.008, 95% -0.016 0.032, p -value 0.552) ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ซึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) มากกว่าข้าราชการ (adjusted coefficient 0.050, 95% 0.007 0.091, p -value 0.023) ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ จำนวนคนในครอบครัว 4 คนขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) น้อยกว่าจำนวนสมาชิกที่น้อยกว่า (adjusted coefficient -0.023, 95% -0.047 0.001, p -value 0.057) และการที่มีสามี/ภรรยาติดเชื้อในครอบครัวมีคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) น้อยกว่าการที่บุคคลอื่นติดเชื้อ (adjusted coefficient -0.090, 95%CI - 0.130 -0.051, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

การช่วยเหลือทางสังคมและความพึงพอใจ

ในกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านมีคะแนนการช่วยเหลือด้าน ครอบครัวน้อยกว่าในกลุ่มแยกตัวในที่รัฐจัดหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median 6.5, IQR 6-7 และ median 7, IQR 6.5-7, $p < 0.001$) ในขณะที่คะแนนการช่วยเหลือด้านบุคคลพิเศษและเพื่อน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.67 และ p value 0.74 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) ในกลุ่มแยกกักตัวในรัฐจัดหา มีคะแนนความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำ การดูแลรักษา อาหารทั้ง 3 มื้อและยามากกว่ากลุ่มแยกกักตัวที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median 4, IQR 3-4 และ median 3, IQR 3-4 ตามลำดับ : $p < 0.001$)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้นตัวแปรเดียว กลุ่มแยกกักตัวที่บ้านมีคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ5D5L) มากกว่าในรัฐจัดหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย Bhardwaj และคณะในอินเดีย อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณเพื่อตัดตัวแปรกวน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าปัจจัยตัวกวน ได้แก่ อาชีพ จำนวนคนในครอบครัวและมีสามี/ภรรยาติดเชื้อ มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยที่ทำให้

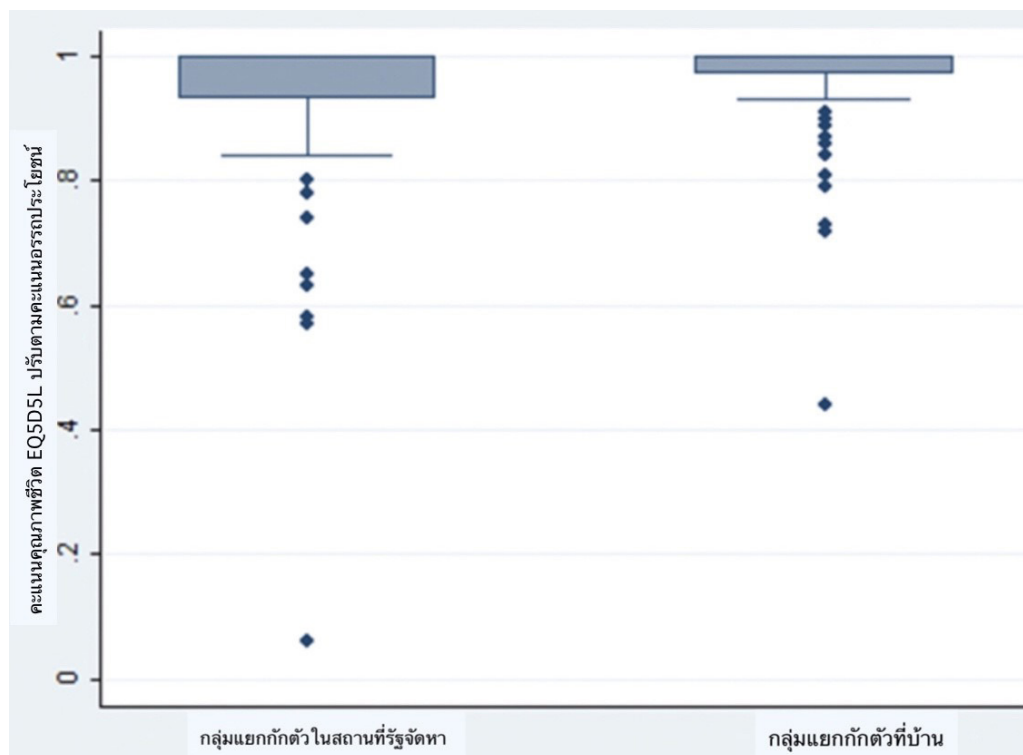
ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละ ของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

	แยกกักตัวที่บ้าน จำนวน (ร้อยละ) n=167	แยกกักตัว ในสถานที่รัฐจัดหา จำนวน (ร้อยละ) n=167	p-value
เพศ			0.644
ชาย	55 (32.93)	59 (35.33)	
หญิง	112 (67.07)	108 (64.67)	
อายุ			0.533
น้อยกว่า 30 ปี	55 (32.93)	49 (29.34)	
30-45 ปี	62 (37.13)	72 (43.11)	
มากกว่า 45 ปี	50 (29.94)	46 (27.54)	
อายุเฉลี่ย median (IQR)	38 (28,47)	36 (27,48)	
ศาสนา			0.817
พุทธ	128 (76.65)	129 (77.71)	
อิสลาม และอื่น ๆ	39 (23.35)	37 (22.29)	
การศึกษา			0.121
ประถมศึกษา	22 (13.25)	24 (14.37)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	68 (40.96)	48 (28.74)	
อนุปริญญา/ปวส.	23 (13.86)	26 (15.57)	
เทียบเท่าหรือมากกว่าปริญญาตรี	53 (31.93)	69 (41.32)	
อาชีพ			0.016
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (12.05)	9 (5.39)	
นักเรียน/นักศึกษา	11 (6.63)	12 (7.19)	
เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว	36 (21.69)	30 (17.96)	
รับจ้างทั่วไป	88 (53.01)	88 (52.69)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11 (6.63)	28 (16.77)	
สถานะสมรส			0.361
โสด	69 (41.32)	58 (34.73)	
สมรส/อยู่ด้วยกัน	83 (49.70)	96 (57.49)	
หย่า/แยกกันอยู่/สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	15 (8.98)	13 (7.78)	
จำนวนคนในครอบครัว (รวมผู้ป่วย)			0.001
1-3 คน	82 (49.10)	52 (31.14)	
4-6 คน	85 (50.90)	115 (68.86)	
มีคนในครอบครัวเคยติดเชื้อโควิด-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	59 (35.33)	65 (38.92)	0.497
ความสัมพันธ์ของท่านและคนในครอบครัวที่ติดเชื้อโควิด-19 (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)			
พ่อหรือแม่	12 (7.19)	18 (10.78)	0.251
พี่หรือน้อง	19 (11.38)	17 (10.18)	0.724
สามีหรือภรรยา	3 (1.80)	31 (18.56)	<0.001
บุตร	28 (16.77)	26 (15.57)	0.766
อื่น ๆ	3 (1.80)	12 (7.19)*	0.031*
ความสัมพันธ์ของท่านและบุคคลที่ติดเชื้อมา			
คนในครอบครัว	44 (26.35)	28 (16.77)	0.033
เพื่อนร่วมงาน	30 (17.96)	58 (34.73)	0.001
ไม่ทราบ	72 (43.11)	63 (37.72)	0.609
อื่น ๆ	21 (12.57)	18 (10.78)	0.316

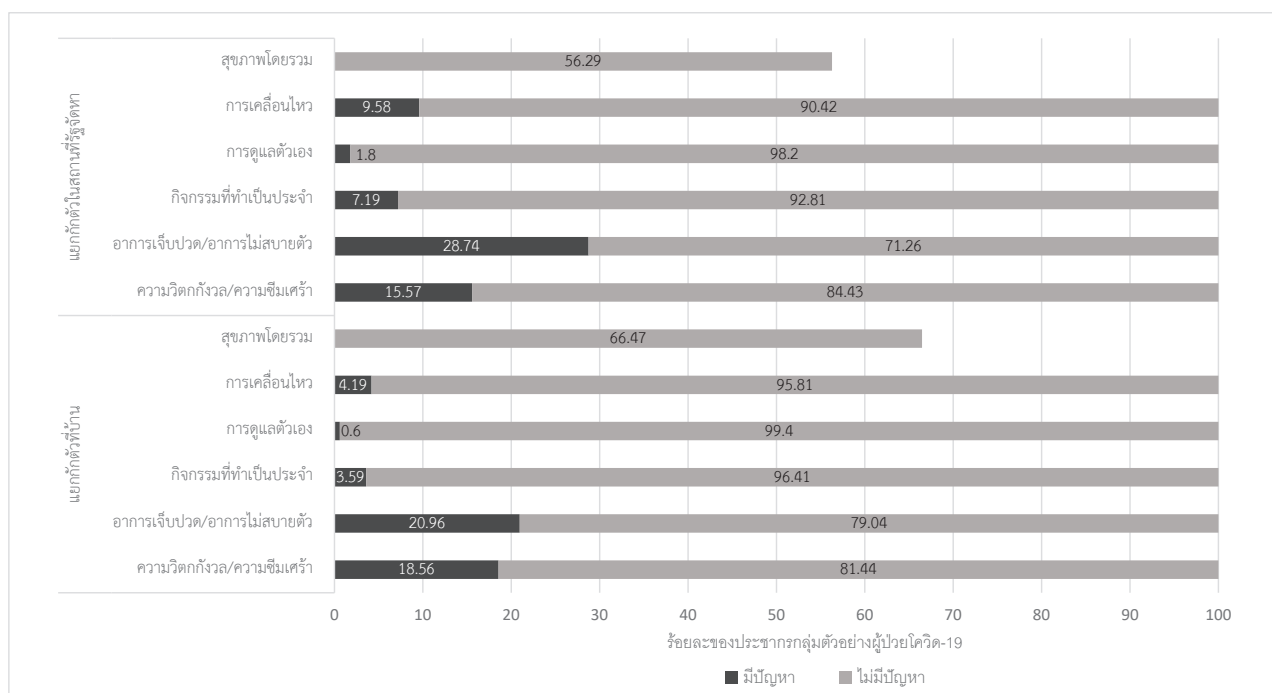
ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละ ของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 จำแนกตามข้อมูลสุขภาพและประสบการณ์การเจ็บป่วย

	แยกกักตัวที่บ้าน จำนวน (ร้อยละ) n=167	แยกกักตัว ในสถานรัฐจัดหา จำนวน (ร้อยละ) n=167	p-value
วิธีการตรวจโควิด-19	149 (89.22)	121 (72.46)	<0.001*
ATK			
RT-PCR	5 (2.99)	4 (2.40)	
ทั้ง ATK และ RT-PCR	13 (7.78)	42 (25.15)	
มีอาการ			
ไม่มีอาการ	17 (10.18)	16 (9.58)	
มีอาการ	150 (89.82)	151 (90.42)	0.855
อาการแสดง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ไข้	91 (54.49)	84 (50.30)	0.443
ไอ	109 (65.27)	120 (71.86)	0.195
เจ็บคอ	99 (59.28)	107 (64.07)	0.368
ท้องเสีย	17 (10.18)	24 (14.37)	0.243
ตาแดง	4 (2.40)	7 (4.19)	0.358
ไม่รับรสหรือกลิ่น	9 (5.39)	9 (5.39)	1.000
ผื่น	5 (2.99)	3 (1.80)	0.732*
ปวดหัว	49 (29.34)	51 (30.54)	0.811
หายใจติดขัด	18 (10.78)	27 (16.17)	0.149
เจ็บหน้าอก	10 (5.99)	15 (8.98)	0.298
คัดจมูก	85 (50.90)	87 (52.10)	0.827
อื่น ๆ	45 (26.95)	49 (29.34)	0.626
จำนวนวันที่ป่วยก่อนการเข้ารับรักษา median (IQR)	1 (0,2)	1 (0, 2)	
มีโรคประจำตัว	36 (21.56)	36 (21.56)	1.000
ประเภทโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
โรคความดันโลหิตสูง	12 (7.19)	8 (4.79)	0.356
โรคเบาหวาน	7 (4.19)	5 (2.99)	0.557
โรคไขมันในเลือดสูง	10 (5.99)	7 (4.19)	0.455
โรคหัวใจ	1 (0.60)	1 (0.60)	1.000*
โรคภูมิแพ้จมูก	9 (5.39)	9 (5.39)	1.000
โรคปอด	2 (1.20)	4 (2.40)	0.685
อื่น ๆ	11 (6.59)	13 (7.78)	0.672
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช	3 (1.80)	7 (4.19)	0.199
ได้รับยาต้านไวรัส (favipiravir)	107 (40.07)	160 (59.93)	<0.001
ได้รับยาสมุนไพรร	91 (58.33)	65 (41.67)	0.004
ชนิดยาสมุนไพรร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ฟ้าทะลายโจร	85 (50.90)	62 (37.13)	0.011
มะขามป้อม	19 (11.38)	7 (4.19)	0.014
อื่น ๆ	9 (5.39)	3 (1.80)	0.078

* ใช้ Fisher exact test; ATK, antigen test kit, RT-PCR, real time polymerase chain reaction



แผนภูมิที่ 1. Box plot แสดงคุณภาพชีวิตโดยรวม (EQ5D5L) ของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ปรับตามคะแนนอัตราประโยชน์ของสถานะสุขภาพ (n=167) (p = 0.02)



หมายเหตุ :คุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้านและสุขภาพโดยรวมของการแยกกักตัวที่บ้านและในสถานที่รัฐจัดหา มี p value > 0.05

แผนภูมิที่ 2. ร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 จำแนกตามคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้าน (EQ5D5L) เปรียบเทียบระหว่างการแยกกักตัวที่บ้านและการแยกกักตัวในสถานที่รัฐจัดหา

ตารางที่ 4. ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ด้านการช่วยเหลือทางด้านสังคมเปรียบเทียบระหว่างการแยกกักตัวที่บ้านและในสถานที่รัฐจัดหา

	Unadjusted			Adjusted*		
	Coefficient	95% CI	p-value	Coefficient	95% CI	p-value
อาชีพ (เทียบกับข้าราชการ)	0.009	(-0.003,0.021)	0.124			
ธุรกิจส่วนตัว	0.061	(0.018,0.101)	0.006	0.050	(0.007,0.091)	0.023
ลูกจ้าง	0.046	(0.007,0.084)	0.019	0.033	(-0.004,0.071)	0.077
นักเรียน/นักศึกษา	0.058	(0.002,0.115)	0.044	0.044	(-0.011,0.100)	0.114
ว่างงาน	0.053	(-0.000, 0.106)	0.051	0.028	(-0.024,0.080)	0.289
จำนวนคนในครอบครัว (≥ 4 คน)	-0.030	(-0.054,-0.006)	0.015	-0.023	(-0.047,0.001)	0.057
ความสัมพันธ์ที่มีสามี/ภรรยาของผู้ป่วยติดเชื้อ (เทียบกับความสัมพันธ์รูปแบบอื่น ๆ)	-0.101	(-0.139,-0.063)	0.000	-0.090	(-0.130,-0.051)	0.000
การแยกกักตัวที่บ้าน (เทียบกับการแยกกักตัวในสถานที่รัฐจัดหา)	0.030	(0.006,0.054)	0.013	0.008	(-0.016,0.032)	0.522

* Adjusted for อาชีพ, จำนวนคนในครอบครัวมากกว่าเท่ากับ 4 คนขึ้นไป และ ความสัมพันธ์ที่มีสามี/ภรรยาของผู้ป่วยติดเชื้อ

ตารางที่ 4. ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยของประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ด้านการช่วยเหลือทางด้านสังคมเปรียบเทียบระหว่างการแยกกักตัวที่บ้านและในสถานที่รัฐจัดหา

	แยกกักตัวที่บ้าน Median (IQR)	แยกกักตัวใน สถานที่รัฐจัดหา Median (IQR)	p-value
การช่วยเหลือทางสังคมด้านครอบครัว	6.5 (6,7)	7 (6.5, 7)	<0.001
การช่วยเหลือทางสังคมด้านบุคคลพิเศษ	5.75 (5.25,6.75)	6.25 (4.5, 7)	0.6665
การช่วยเหลือทางสังคมด้านเพื่อน	6 (5.5,6.75)	6 (5, 7)	0.7434
รวมการช่วยเหลือทางสังคมทั้ง 3 ด้าน	5.92 (5.5,6.75)	6.33 (5.42, 6.83)	0.4554

คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาชีพธุรกิจส่วนตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dang และคณะ พบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการว่างงาน มีนโยบายเปลี่ยนแปลงโดยลดอัตราจ้างและชั่วโมงการทำงาน ทำให้การประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวได้รับผลกระทบน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีธุรกิจของตนเอง อีกทั้งอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีคะแนนด้านความตึงเครียดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹² ส่วนปัจจัยที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสามี/ภรรยาที่ติดเชื้อ และจำนวนคนในครอบครัวมากกว่า 4 คนขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัย Vitorino และคณะ พบว่า การที่คนในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัจจัยที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธ์ทางสังคมลดลง¹³ และการที่มี

คนในครอบครัวมากกว่า 4 คนขึ้นไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น เรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวติดเชื้อ การดูแลลูกหลานภายในบ้านพร้อมกันหลายคน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง^{9,14} โดยเฉพาะการที่มีสามีหรือภรรยาติดเชื้อร่วมด้วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นในเรื่องค่าใช้จ่ายและการดูแล ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาปรับใช้และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเหล่านี้เพื่อการดูแลรักษาที่ดีขึ้น

รูปแบบของการแยกกักตัวในรัฐจัดหาในประเทศไทยแตกต่างจากอินเดีย โดยเฉพาะในงานวิจัยนี้ซึ่งเป็นการแยกกักตัวในสถานที่ที่ดัดแปลงจากโรงแรมมาเป็นสถานที่แยกกักตัว มีการแยกห้องนอน/ห้องน้ำส่วนตัว ในขณะที่อินเดียเป็นลักษณะการรวมกลุ่มอยู่ในห้องนอนเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัย Lopez และคณะ พบว่า การแยก

กักตัวที่มีคนจำนวนมากในพื้นที่เดียวกันมีความเสี่ยงที่บุคคลรอบข้างติดเชื้อมากกว่าการแยกกักตัวในที่ที่ดัดแปลงมาจากโรงแรม ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵ อีกทั้งการแยกกักตัวดังกล่าวสามารถติดตามอาการและสัญญาณชีพได้อย่างใกล้ชิดมากกว่า ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าการแยกกักตัวในชุมชนถึงร้อยละ 50¹⁶ เมื่อแยกแต่ละปัญหาทั้ง 5 ด้าน ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การดูแลตัวเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม รวมถึงภาวะสุขภาพโดยรวมที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัย Vu และคณะ พบว่าปัญหาทั้ง 5 ด้านไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่มเช่นกัน¹⁷ อย่างไรก็ตามรูปแบบการแยกกักตัวในแต่ละที่ขึ้นอยู่กับ การดูแลที่มีความพร้อมในเรื่องการให้ข้อมูลและคำแนะนำ การบริการในเรื่องอาหารและยา รวมถึงการเข้าถึงการรักษาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต¹⁸ และเนื่องจากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในสูงช่วงการแยกกักตัว ผู้ป่วยโควิด-19 ควรได้รับการเฝ้าระวังและดูแลสภาพจิตใจในระยะยาว เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน^{19,20}

คะแนนช่วยเหลือด้านเพื่อนและบุคคลพิเศษ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการช่วยเหลือด้านครอบครัว ซึ่งในกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านได้คะแนนน้อยกว่าอย่างนัยสำคัญทางสถิติให้เหตุผลว่า ในประเทศไทย การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการแยกกักตัวที่บ้านส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว มีพื้นที่แยกกักภายในบ้าน และห่างไกลจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวน้อย ในขณะที่กลุ่มแยกกักตัวในรัฐจัดหา มาตรการในประเทศไทยอนุญาตให้ส่งอาหารและยาได้ ทำให้กลุ่มนี้ยังได้รับการช่วยเหลือ จากงานวิจัย Mariani และคณะ พบว่า คะแนนรวมการช่วยเหลือทางสังคม มีผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยลง โดยเฉพาะความโดดเดี่ยว ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต²¹ กลุ่มแยกกักตัวในรัฐจัดหาไม่คะแนนพึงพอใจมากกว่ากลุ่มแยกกักตัวที่บ้านอย่างชัดเจน ซึ่งในกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านภาครัฐจำเป็นต้องมีการส่งอาหารและยา มีกระบวนการหลายขั้นตอน ทำให้ส่งอาหารและยาล่าช้ากว่า อัตราแพทย์

ต่อผู้ป่วยน้อยกว่า และระยะทางและการสื่อสารไกลกว่า ทำให้ได้รับความพึงพอใจน้อยกว่า หากจัดบริการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความพึงพอใจดีขึ้น²²

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัย

จุดเด่น คือ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในการแยกกักตัวที่บ้านและในรัฐจัดหาในช่วงการแพร่ระบาดสายพันธุ์เดลต้าระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2565 ทำให้ข้อมูลมีความเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลานั้น และที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบแยกกักตัวที่บ้าน/ในรัฐจัดหาในไทย และใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล

ข้อจำกัด คือ เนื่องจากรูปแบบของงานวิจัยเป็นภาคตัดขวางจึงไม่สามารถอธิบายเหตุและผลระหว่างตัวแปรต้นและผลลัพธ์ได้ (reverse causality) อีกทั้งไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เก็บข้อมูล เช่น ที่อยู่อาศัย รายได้ การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ความเชื่อเรื่องศาสนา เป็นต้น และที่รู้จัก (unknown confounders) ซึ่งอาจรบกวนความสัมพันธ์ของการแยกกักตัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าได้มีการวิเคราะห์โดยใช้ multivariate linear regression เพื่อตัดปัจจัยดังกล่าวแล้วก็ตามเก็บในงานวิจัย

หากมีการศึกษาต่อไปในอนาคต งานวิจัยประเภทผสมมีความเหมาะสมเพื่อสามารถใช้ในการเข้าใจบริบทของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มแยกกักตัวที่บ้านและในกลุ่มแยกตัวในรัฐจัดหา นอกเหนือจากการเป็นเพียงงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) เป็นต้น

สรุป

การแยกกักตัวที่บ้านและแยกกักตัวในสถานของรัฐจัดหาไม่ผลต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน การแยกกักตัวในสถานที่ดังกล่าวเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการแยกกักตัวในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ควรให้ความสำคัญกับบริบทด้านอาชีพของผู้ป่วย การที่มีสมาชิกคนในครอบครัวมากกว่า 4 คน และมีสามี/ภรรยาติดเชื้อ เนื่องจากพบความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะแยกกักตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์การดูแลแยกกักตัวที่บ้านและโรงแรม
 ภู่นะตีย์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานอายุรกรรม
 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ
 ข้อมูลและช่วยเหลือในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณผู้เข้า
 ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การกลายพันธุ์ของโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/การกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19/>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ. ผลกระทบต่อโควิด-19 ต่อครอบครัวเปราะบางสำนักงานสถิติแห่งชาติสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/6206/file/COVID19%20Impact%20on%20young%20children.pdf>
3. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27:taaa020. PubMed PMID: 32052841
4. กรมอนามัยโลก. โรคโควิดคืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know--june2020--thai.pdf>
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640724160026PM_community%20isolation_v2n%2024072021_.pdf
6. Shaban RZ, Nahidi S, Sotomayor-Castillo C, Li C, Gilroy N, O'Sullivan MVN, Sorrell TC, White E, Hackett K, Bag S. SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *Am J Infect Control.* 2020;48:1445-50.
7. Ferreira LN, Pereira LN, da Fé Brás M, Ilchuk K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res.* 2021;30:1389-105.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แนวทางเวชปฏิบัติ%20COVID-19%20\(ฉบับปรับปรุง%2022-3-65\).pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/แนวทางเวชปฏิบัติ%20COVID-19%20(ฉบับปรับปรุง%2022-3-65).pdf)
9. Bhardwaj P, Joshi NK, Gupta MK, Goel AD, Saurabh S, Charan J, et al. Analysis of facility and home isolation strategies in covid 19 pandemic: evidences from Jodhpur, India. *Infect Drug Resist.* 2021;14:2233-9.
10. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55:610-7.
11. EuroQol Research Foundation website. About EQ-5D-5L [Internet]. 2021 [cited 2021 December 21]. Available from: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about>
12. Dang AK, Le XTT, Le HT, Tran BX, Do TTT, Phan HTB, et al. Evidence of COVID-19 impacts on occupations during the first vietnamese national lockdown. *Ann Glob Health.* 2020;86:1-9.
13. Vitorino LM, Yoshinari Júnior GH, Gonzaga G, Dias IF, Pereira JPL, Ribeiro IMG, et al. Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil. *BJPsych Open.* 2021;7:1-8.
14. Wilken JA, Pordell P, Goode B, Jarteh R, Miller Z, Saygar BG, et al. Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease—Margibi County, Liberia: February–March 2015. *Prehosp Disaster Med.* 2017;32:673-78.
15. López M, Gallego C, Abós-Herrándiz R, Tobella A, Turmo N, Monclús A, et al. Impact of isolating COVID-19 patients in a supervised community facility on transmission reduction among household members. *J Public Health (Oxf).* 2021;43:499-507.
16. Tansawet A, Atiksawedparit P, Piebpien P, Kunakorntham P, Suthutvoravut U, Arnuntasupakul V, et al. Outcomes of non-hospitalized isolation service during COVID-19 pandemic. *medRxiv* 2023.04.19.23288791. doi: 10.1101/2023.04.19.23288791
17. Vu MQ, Tran TTP, Hoang TA, Khuong LQ, Hoang MV. Health-related quality of life of the Vietnamese during the COVID-19 pandemic. *PLoS One.* 2020;15:e0244170. PubMed PMID: 33338067
18. Gray L, MacDonald C, Puloka A, Bocock C, Gwyther R, Rushton A, et al. The lived experience of hotel isolation and quarantine at the Aotearoa New Zealand border for COVID-19: A qualitative descriptive study. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022;70:102779. PubMed PMID: 36569446
19. Ju Y, Chen W, Liu J, Yang A, Shu K, Zhou Y, et al. Effects of centralized isolation vs. home isolation on psychological distress in patients with COVID-19. *J Psychosom Res.* 2021;143:110365. PubMed PMID:

33581399

20. Ma YF, Li W, Deng HB, Wang L, Wang Y, Wang PH, et al. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *J Affect Disord.* 2020;275:145-8.
21. Mariani R, Renzi A, Di Trani M, Trabucchi G, Danskin K, Tambelli R. The Impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) Lockdown. *Front Psychiatry* 2020;11:587724. PubMed PMID: 33281647
22. ธัญญพร จรุงจิตร. ประสิทธิภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/research/MA2565-003-01-0000000991-0000001020.pdf>