บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) (severe acute respiratory syndrome)

1.1 สถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงในประเทศไทย

1.2 มาตรการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology)

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือที่รู้จักกันในชื่อ โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) เกิดการระบาดครั้งแรกในมลฑลกวางตุ้งของประเทศจีน ประมาณเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ.2545 โดยพบผู้ป่วยปอดบวมนอกรูปแบบ หรือ atypical pneumonia ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ ต่อมาเกิดระบาดในเวียดนาม ฮ่องกง และเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา โดยพบการระบาดในบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และผู้สัมผัสใกล้ชิดจนกระทั่งวันที่ 26 เมษายน 2546 มีรายงานผู้ป่วยน่าจะเป็น (probable case) 4,839 ราย และเสียชีวิต 239 ราย (ประเสริฐ, ประยูร, และคำนวณ, 2546; Center for Disease Control [CDC], 2003a)

ลักษณะที่สำคัญโดยสังเขปของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส คือ

อาการสำคัญ ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ต่อมามีอาการหายใจลำบากเนื่องมาจากเกิดการอักเสบของปอด ผู้ป่วยร้อยละ 75-80 จะหายเป็นปกติในเวลาประมาณ 10-14 วัน แต่ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วย จะมีอาการระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ประเสริฐ และคณะ, 2546; CDC, 2003a; 2003b)

เชื้อต้นเหตุ เรียกชื่อง่ายๆ ว่าไวรัสซาร์ส (SARS-CoVvirus) เป็นไวรัสในสกุล coronaviridae ซึ่งแตกต่างไปจากสายพันธ์เดิมที่ก่อให้เกิดโรคในคนและสัตว์ (ประเสริฐ และคณะ, 2546)

การวินิจฉัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค; 2546ง; ประเสริฐ และคณะ, 2546; World Health Organization [WHO], 2003c)

ถึงแม้จะทราบสาเหตุว่าโรคซาร์สน่าจะเกิดจากเชื้อโคโรน่าไวรัส (coronavirus) แต่ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่ายและรวดเร็วที่จะวินิจฉัยโรคได้ ดังนั้น ในปัจจุบันจึงใช้หลักเกณฑ์ทางคลินิกขององค์การอนามัยโลกในการวินิจฉัยโรคซาร์ส โดยแบ่งเป็น ผู้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคซาร์ส (suspected case) และผู้ที่คิดว่าน่าจะเป็นโรคซาร์ส (probable case) ดังนี้

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคซาร์ส (suspected case)

1. ไข้สูง อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

2. มีอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย มีภาวะขาดออกซิเจน

3. มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซาร์สหรือมีประวัติเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค (ผู้สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ผู้ที่ได้เข้าไปดูแล หรืออาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหรือได้สัมผัสโดยตรงถูกเสมหะ สารคัดหลั่งต่างๆของผู้ป่วย)

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่คิดว่าน่าจะเป็นโรคซาร์ส (probable case)

1. ต้องเป็น suspected case

2. มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่เป็นลักษณะของ pneumonia หรือ ARDS ที่สำคัญต้องพิเคราะห์แยกโรค โรคติดเชื้อ/โรคไม่ติดเชื้ออื่นๆ ที่อาจให้ลักษณะคล้ายคลึงกันออกไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ขจรศักดิ์, สมจิตร, มณฑา, และนงลักษณ์, 2546; So, Lau, Yam, Cheung, Poon, & Yung, et al, 2003; Yeung, 2003) ได้แก่

1. การตรวจหาแอนติบอดีย์ด้วยวิธี ELISA มักพบภูมิคุ้มกันในประมาณสัปดาห์ที่ 3

2. การตรวจหาแอนติบอดีย์ ด้วยวิธี immunofluorescent ต้องมีอาการป่วยประมาณ 10 วัน

3. การตรวจหาสารพันธุกรรม RNA ของไวรัส ด้วยวิธี reverse transcriptase PCR แม้จะมีความจำเพาะแต่ความไวน้อย การตรวจไม่พบไม่ได้แปลว่าไม่ติดเชื้อ

4. การเพาะเลี้ยงไวรัสซาร์สจากเสมหะหรือน้ำล้างหลอดลม น้ำล้างคอ ในเซลล์เพาะเลี้ยง vero E 6 cells (african green monkey kidney cells) จะพบพยาธิสภาพของเซลล์เซลล์หลุดลอกแล้วไปพิสูจน์เชื้อด้วยวิธี neutralization ต่อไป (ศุภร, และประเสริฐ, 2546)

วิธีการติดต่อ (ประเสริฐ และคณะ, 2546; Lopez, Chan, & Wong, 2003)

จากคนสู่คนโดยการสัมผัสฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วย (droplet transmission) อันเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้การแพร่เชื้อสามารถเกิดในที่อื่นๆ ได้อีกด้วย เช่น การติดเชื้อบนเครื่องบิน การระบาดในตึกอพาร์ทเมนต์ ทำให้เกิดสมมติฐานว่าอาจเกิดแพร่ผ่านสิ่งแวดล้อมโดยตรวจพบเชื้อในอุจจาระของผู้ป่วยและในท่อระบายของห้องสุขา

ระยะฟักตัว ตั้งแต่ 2 ถึง 10 วัน เฉลี่ยประมาณ 5 หรือ 6 วัน

ระยะเวลาที่สามารถแพร่เชื้อ ส่วนใหญ่พบในช่วงที่มีอาการป่วยแล้วประมาณวันที่สามหรือสี่ซึ่งมีอาการไข้และมีอาการทางระบบหายใจชัดเจน พบพยาธิสภาพในปอด ในระยะฟักตัวหรือระยะที่ยังไม่มีอาการยังไม่มีข้อมูลว่าแพร่กระจายเชื้อได้หรือไม่

กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง โดยประชากรกลุ่มเสี่ยง บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในบ้านเดียวกันและผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่นๆ (close contacts)

แนวทางการรักษา ยังไม่มียารักษาที่จำเพาะ สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่แพทย์อาจใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ (So et al, 2003; Yeung, 2003)

1. การให้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น levofloxacin clarithromycin

2. การให้ยาต้านไวรัส เช่น ribavirin ควบคู่กับยากลุ่ม hydrocortisone ชนิดฉีด

3. การรักษาแบบประคับประคองและรักษาตามอาการ เช่น การพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงเป็นโรคที่เพิ่งปรากฏใหม่ในมนุษย์ แพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว โรคมีความรุนแรง แนวทางการรักษายังไม่แน่ชัด และจากการที่ประเทศที่มีการระบาดของโรค ได้แก่ จีน ซึ่งมีพื้นที่ติดกับประเทศไทย จึงทำให้มีรายงานการแพร่ระบาดของผู้ป่วยเข้ามายังประเทศไทย

1.1 สถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงในประเทศไทย

สำหรับสถานการณ์ ของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์สในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามอย่างใกล้ชิดและเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยดังกล่าว พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าข่ายน่าจะเป็นโรคซาร์ส (probable case) เข้ารับรักษาและรายงานให้ทางราชการทราบทั้งหมด 9 คน ทุกคนเดินทางมาจากพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรค ดังนี้ ฮ่องกง 3 คน กรุงฮานอย 1 คน จีน 2 คน ไต้หวัน 1 คน สิงคโปร์ 1 คน และสหราชอาณาจักร 1 คน ในจำนวนนี้ เสียชีวิต 2 คน (ประเสริฐ และคณะ, 2546) คือ แพทย์จากองค์การอนามัยโลกที่มาสอบสวนโรคที่กรุงฮานอยมีอาการป่วยและเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อรับการรักษาเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2546 กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการกักตัวไว้ในโรงพยาบาลบำราศนราดูร ต่อมาผู้ป่วยรายนี้ได้เสียชีวิตด้วยปอดบวม และอีก 1 รายเป็นผู้ป่วยชายอายุ 78 ปี เดินทางมาจากประเทศฮ่องกง เพื่อมาเยี่ยมญาติที่จังหวัดสงขลา มีอาการป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2546 และเสียชีวิตวันที่ 1 เมษายน 2546 (ขจรศักดิ์ และคณะ, 2546)

จากสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง และเมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยจะมีการดำเนินตามขั้นตอน คือ มาตรการทางด้านกักกันโรค มาตรการเฝ้าระวังโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ มาตรการทางกฎหมาย โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความและโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พุทธศักราช 2523 เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งออกแถลงการณ์กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1-2-3-4-4/เพิ่มเติม และฉบับที่ 5 เพื่อขอความร่วมมือจากประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้งข่าวเกี่ยวกับผู้เดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรคเพื่อสอบสวนติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคได้อย่างกว้างขวางเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการและคณะทำงานฝ่ายต่างๆ เพื่อประสานงานกันอย่างทั่วถึงในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคดังกล่าวในประเทศไทยเพื่อลดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก; ขจรศักดิ์ และคณะ, 2546; ประเสริฐ และคณะ, 2546)

จากสถานการณ์ในประเทศจะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด มีการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคในโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีรายงานผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

สถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

(ขจรศักดิ์ และคณะ, 2546; พรรณทิพย์, 2546; สุธรรม, 2546, Personal communication, April, 2003)

หลังจากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศถึงการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส คณะแพทยศาสตร์และผู้บริหารโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้มีการประชุมเพื่อติดตามสถานการณ์และวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือในกรณีที่มีผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค แนวทางการป้องกันแต่ทั้งนี้เป็นการประชุมในระดับผู้บริหารและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งวันที่ 24 มีนาคม 2546 ได้มีการจัดทำแผ่นปลิวคำแนะนำและวิธีการปฏิบัติสำหรับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและบุคคลทั่วไปรับทราบแต่ยังไม่ได้รับความสนใจอย่างจริงจังจากบุคลากรและบุคคลทั่วไปอาจเนื่องมาจากยังไม่มีรายงานผู้ป่วยในภาคใต้

ต่อมาในวันที่ 31 มีนาคม 2546 มีผู้ป่วยที่น่าจะเป็นโรคซาร์ส (probable case) เข้ามาตรวจในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไข้และหายใจหอบเหนื่อย จึงจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ทางคณะผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาและการติดเชื้อได้ประชุมปรึกษาหารือเพื่อจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และได้มีการจัดสรรทีมดูแล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย สำหรับการหาสถานที่ที่เหมาะสมได้ใช้เวลาเกือบ 2 ชั่วโมง ในที่สุดได้เลือกหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิดซึ่งได้ปรับปรุงเสร็จใหม่ มีระบบถ่ายเทอากาศที่ดี และยังไม่มีการรับผู้ป่วย ซึ่งทางคณะผู้ทำงานคิดว่ามีความปลอดภัยสูงสุด สำหรับสภาพหอผู้ป่วยที่ใช้ในการดูแลในวันที่ 31 มีนาคม 2546 นั้น มีลักษณะเป็นห้องที่มีเตียงผู้ป่วยตั้งอยู่บริเวณ ริมหน้าต่าง มีเคาน์เตอร์พยาบาลตั้งอยู่ตรงกลางห้องซึ่งอยู่ในบริเวณเดียวกันและห่างกันไม่มาก มีพัดลมตัวใหญ่สองตัว ตั้งอยู่บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลและหันไปทางผู้ป่วยทำหน้าที่พัดเข้าหาผู้ป่วยเพื่อไล่อากาศจากตัวผู้ป่วยออกนอกหน้าต่าง ในวันต่อมา ทางโรงพยาบาลได้ปรับปรุงหอผู้ป่วยดังกล่าวให้มีการใช้รังสีอุลตราไวโอเลตเสริมเพื่อฆ่าเชื้อโรคในอากาศ และจัดทำห้องแยกที่มีความดันเป็นลบ (negative pressure room)(ดังภาพที่ 1 และ 2 ในภาคผนวก ค) เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ แต่จากการทดสอบพบว่าสภาพห้องแยกดังกล่าวยังมีรูรั่ว แต่ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลก็ได้พยายามปรับปรุงห้องดังกล่าวเพื่อไม่ให้มีการรั่วไหลของอากาศในภายหลัง (ขจรศักดิ์ และคณะ, 2546; พรรณทิพย์, 2546; สุธรรม, 2546; Personal communication, April, 2003)

ในส่วนของพยาบาลคณะผู้บริหารได้มีการประกาศ สรรหาอาสาสมัครเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย แต่ทั้งนี้เนื่องจาก ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงและความไม่แน่นอนของโรค และการ

ไม่มีแนวทางรักษาและการป้องกันที่ชัดเจน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจึงไม่ได้รับความร่วมมือในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ นอกจากนี้การได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและความตื่นตระหนกของประชาชนทั้งในและต่างประเทศ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและเกิดความรู้สึกความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หลายคนปฏิเสธที่จะเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย (Personal communication, April, 2003)

นอกจากนี้ในส่วนของอาสาสมัครที่จัดหามาได้ก็ไม่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละเวรต้องใช้พยาบาลถึง 3 คน จนในที่สุดคณะผู้บริหารได้มีการประชุมตกลงร่วมกันว่าจะใช้พยาบาล ทั่วทุกหอผู้ป่วยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปดูแลผู้ป่วย ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวนั้น พยาบาลจะต้องสวมหน้ากาก (mask) ชนิด N95 เสื้อคลุมผ้าธรรมดาแขนยาว เสื้อคลุมกันน้ำ ถุงมือ 2 ชั้น หมวกคลุมผม หน้ากาก (face shield) ถุงเท้าและรองเท้าบู๊ต กรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องใส่หน้ากากชนิด P100 เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อทุกทิศทาง (Personal communication, April, 2003)

สำหรับสภาพผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2546 เป็นผู้ป่วยชายเชื้อชาติจีน อายุ 78 ปี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการหายใจหอบเหนื่อยมาก ค่าร้อยละของฮีโมโกลบินที่อิ่มตัวด้วยออกซิเจน (oxygen saturation) ในร่างกายต่ำ ประมาณ 80-85 แพทย์พิจารณาให้ใส่หน้ากากออกซิเจนหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ขณะได้ออกซิเจนดังกล่าวผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจหอบเหนื่อยตลอด อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 40-60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100-130 ครั้งต่อนาที มีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 119-150 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 67-80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทางปากแต่รับได้ในปริมาณน้อย ประมาณ 2-3 คำและมีอาการอ่อนเพลียมาก แต่สามารถบอกความต้องการได้ สำหรับแนวทางการรักษาของแพทย์ได้ให้หน้ากากออกซิเจน หนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที และได้ให้ยาปฏิชีวนะทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าเส้น พร้อมทั้งให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ต่อมาในวันที่ 1 เมษายน 2546 ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวแต่ค่าร้อยละของฮีโมโกลบินที่อิ่มตัวด้วยออกซิเจนในร่างกายต่ำลงเรื่อยๆ เหลือประมาณ 75 และหายใจเร็วมาก อัตรา 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเริ่มต่ำลงจากวันแรก แพทย์พิจารณาให้ออกซิเจนคงเดิม หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระสับกระส่ายเล็กน้อย ปฏิเสธอาหารทุกชนิด และเอาออกซิเจนออกเองเป็นช่วงๆ ไอแห้งๆ เป็นระยะๆ ในช่วงเวลา ประมาณ 18.00 น.ผู้ป่วยเริ่มมีปลายมือปลายเท้าเขียวหน้าเขียวมาก อัตราการเต้นหัวใจช้าลง 40 ครั้งต่อนาที ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจพบ

ว่าหัวใจหยุดเต้นและผู้ป่วยได้เสียชีวิตเวลา 18.55 น.วันที่ 1 เมษายน 2546 (หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียน, 2546)

จะเห็นได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายเฉียบพลันรุนแรงในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งการมีผู้ป่วยที่น่าจะเป็นโรคดังกล่าว (probable case) มารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และเสียชีวิตลงในวันที่ 1 เมษายน 2546 นั้น ทำให้มีการเผยแพร่และนำเสนอข่าวจากสื่อมวลชน ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับความไม่แน่นอนและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ประชาชนตื่นตระหนก หวาดกลัวว่าโรงพยาบาลอาจควบคุมสถานการณ์ได้ไม่ดี ทำให้มีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ลดลง ส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคต่อเนื่องของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายโทรมาเลื่อนนัดการตรวจออกไป บางรายไม่ยอมมาตรวจตามนัด และจากข้อมูลหน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในวันที่ 31 มีนาคม 2546 มีจำนวน 2,592 ราย และในวันที่ 5 เมษายน 2546 ลดลงเหลือ 149 ราย สำหรับจำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการในวันที่ 31 มีนาคม 2546 มีจำนวน 117 ราย และในวันที่ 5 เมษายน 2546 ลดลงเหลือ 29 ราย จากจำนวนผู้รับบริการที่ลดลง รวมทั้งโรงพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมระบบงานเพื่อรองรับสถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง จึงได้มีการปิดการให้บริการคลินิกนอกเวลาตั้งแต่วันที่ 5- 16 เมษายน 2546 (หน่วยเวชสิถิติ งานเวชระเบียน, 2546; Personal communication, April, 2003) ส่วนภาพที่เห็นในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมาตรวจอย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีสถานการณ์โรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นั้น ผู้มารับบริการส่วนใหญ่จะมีการใช้หน้ากากปิดปากปิดจมูก นอกจากภาพของผู้มาใช้บริการแล้วในส่วนของบุคลากรโรงพยาบาลในขณะปฏิบัติงานมีการใช้หน้ากากปิดปากปิดจมูกเช่นกัน (Personal communication, April, 2003)

หลังจากเกิดสถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการควบคุมสถานการณ์โรคขึ้นร่วมประชุมและทำการประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย การแพร่ระบาดของโรค ทบทวนความรู้และหลักวิชาการที่ทันสมัยเพื่อกำหนดมาตรการระยะสั้นและระยะกลางนำไปสู่การปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งองค์กร สำหรับนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการอำนวยการสถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์, 2546)

1.นโยบายความปลอดภัย (safety first) จะต้องครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สุขภาพ ชุมชนและสังคม

2. การทำงานเน้นความร่วมมือสนับสนุนกันและกันในทุกหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายไม่ให้ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรัฐเข้ามา

3. มาตรการที่กำหนดในการจัดการทั้งระยะสั้นและระยะกลาง จะยึดข้อมูลที่ตรวจสอบได้ ความรู้หลักวิชาการที่มีหลักฐานอ้างอิงและคำแนะนำจากสถาบันที่ทันสมัยที่สุดระดับนานาชาติ

4. คณะกรรมการอำนวยการมีหน้าที่จัดหาทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์ให้พอเพียงใช้และจัดระบบเพื่อให้มีการใช้อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำทางวิชาการ

5. มาตรการเพื่อลดความตื่นตระหนกและแก้ข่าวลือของมวลชน คือ เชื่อมโยงกับสื่อเพื่อให้ความรู้ที่แท้จริงของโรค สถานการณ์เจ็บป่วยจริงของผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดมาตรการที่ปฏิบัติได้จริงในการป้องกันโรค วิธีกลั่นกรองผู้สงสัย การเฝ้าระวัง และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย สรุปและแจ้งสื่อมวลชนทราบถึงสถานการณ์โรค ให้ความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นสำหรับประชาชนเป็นระยะๆ

6. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ดูแลสัมผัสกับผู้ป่วยและทำงานในจุดที่เป็นจุดเสี่ยง คัดกรอง จุดดูแลเบื้องต้น โรงพยาบาลมีหน้าที่สนับสนุนเต็มที่อำนวยให้มีความรู้ความสามารถจัดอุปกรณ์และระบบงานตามมาตรฐานความปลอดภัยขององค์กรอนามัยโลกและจะได้รับการเสนอ ยกย่องเกียรติคุณทั้งนามธรรมและรูปธรรม บำรุงขวัญและกำลังใจ จัดมาตรการเฝ้าระวังตามมาตรฐานการแพทย์ชั้นสูง หากมีการเจ็บป่วยภายหลังการทำหน้าที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุดตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

7. กำหนดมาตรการความปลอดภัยเสริมจากระบบมาตรฐานปกติ ดังต่อไปนี้

7.1 ระบบคัดกรองผู้ป่วย : ที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินจะทำการคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติที่มีอาการไอ หรือจามจะได้รับคำแนะนำให้สวมหน้ากากโดยโรงพยาบาลจะจัดหาหน้ากากให้ และผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงจะถูกแยกนำไปตรวจรักษายังสถานที่เฉพาะ

7.2 จุดบริการที่ดูแลผู้ป่วยต้องสงสัยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงจะได้รับการจัดระบบเพื่อลดความเสี่ยง เช่น การถ่ายเทอากาศ การติดตั้งยูวี การจัดระบบป้องกันการติดเชื้อ เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานจะได้รับการอบรมวิธีการใช้อุปกรณ์และระบบป้องกันสำหรับห้องแยกที่ใช้รับผู้ป่วยจะมีมาตรฐานความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อม

7.3 เจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้รับหน้ากากประจำตัวและมาตรการที่สำคัญที่สุด คือ การล้างมือ การระมัดระวังการสัมผัส

8. สนับสนุนความร่วมแรงร่วมใจเพื่อดำเนินการต่อเนื่อง ดังนี้

8.1 จัดระบบงานระยะกลาง กรณีมีการเจ็บป่วยต่อเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ โดยการจัดเตรียมเจ้าหน้าที่และสถานที่รวมทั้งระบบงานที่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

8.2 ติดตามข้อมูลวิชาการ ทบทวนความรู้ใหม่ๆเพื่อกำหนดเป็นมาตรการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

8.3 ร่วมมือกับสื่อมวลชนในการให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน

8.4 ทีมนักวิชาการจำนวนหนึ่งกำลังรวบรวมหลักฐานทางการแพทย์และระบาดวิทยาในพื้นที่เพื่อสร้างองค์ความรู้ต่อยอด อันเป็นประโยชน์แก่มนุษย์ในอนาคต

สถานการณ์โรงพยาบาลบำราศนราดูร (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546ข)

ในส่วนของโรงพยาบาลบำราศนราดูรได้รับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อโรคติดต่อแห่งองค์การอนามัยโลก ชาวอิตาลี วัย 46 ปี คือ นพ.เออร์บานี คาร์โล ที่เดินทางไปสอบสวนโรคที่เมืองฮานอย ประเทศเวียดนามมีอาการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงเฉียบพลัน และเดินทางด่วนเข้ามาในประเทศไทยเพื่อรับการรักษา กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการกักตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร ซึ่งในช่วงแรกอาการของผู้ป่วยยังไม่น่าเป็นห่วงแต่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว และเสียชีวิตในที่สุด ด้วยโรคปอดบวมจากการติดเชื้อ โดยได้รับรายงานจากคณะแพทย์ของทางโรงพยาบาลว่าได้ให้การดูแล นพ.คาร์โลเป็นอย่างดี และจากการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อไม่พบเชื้อไวรัสที่เป็นเชื้อตัวเดียวกับโรคซาร์สที่กำลังระบาดอยู่ทั่วโลก ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการให้กรมควบคุมโรคจัดแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนในวันที่ 30 มี.ค.2546 เวลา 10.00 น. ที่กรมควบคุมโรค เนื่องจากเกรงว่าสื่อมวลชนอาจเข้าใจไม่ถูกต้องถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็นเพราะประเทศไทยมีการติดเชื้อดังกล่าว

หลังจากมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลบำราศนราดูรด้วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงทำให้ทางโรงพยาบาลสั่งระดมเย็บหน้ากากป้องกันเชื้อจำนวน 12,000 ชิ้น เพื่อแจกจ่ายให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ใกล้ชิดผู้ป่วย พร้อมแจกให้ผู้ป่วยและญาติในรายที่ต้องดูแลเป็นพิเศษด้วย โดยเฉพาะบุคลากรที่ต้องใกล้ชิดผู้ป่วยที่ติดเชื้อได้จัดหน้ากากชนิด พิเศษป้องกันเชื้อได้ร้อยละ 95 และได้ประชาสัมพันธ์เตือนประชาชนไม่ต้อง

ตื่นตระหนก ไปหาซื้อหน้ากากมาใช้เพราะเป็นการสิ้นเปลือง ผู้ที่เดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดผ้าปิดจมูกธรรมดาก็พอแล้วและหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังบริเวณที่แออัดอากาศถ่ายเทไม่สะดวก

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลได้จัดทำห้องพิเศษเพื่อแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจนตามแนวทางการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับผู้ต้องสงสัยและพร้อมที่จะเป็นห้องไอซียูได้ทันที หากมีการตรวจพบผู้ที่ติดเชื้อดังกล่าว

จากความรุนแรงของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงซึ่งได้แก่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศจึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งสร้างมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค โดยในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการสร้างและปรับปรุงพัฒนามาตรการต่างๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก)

1.2 มาตรการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

แม้ประเทศไทยยังไม่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง แต่เนื่องจากการระบาดของโรคอยู่ในภูมิภาคนี้ และยังไม่ทราบการติดต่อของโรคที่ชัดเจน จากข้อมูลการสอบสวนโรคเบื้องต้น ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อจากผู้ป่วยรายแรก ๆ มักมีประวัติเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือเป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง มีมาตรการพิเศษเพื่อป้องกันมิให้เกิดการระบาดของโรคเข้ามาในประเทศไทยซึ่งมาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ มีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ก; 2546ง)

1.จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เพื่อประสานติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างใกล้ชิด และจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำแนวทาง/มาตรการ ประสานงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั่วประเทศ

2. ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์โรคทั้งในและต่างประเทศอย่างใกล้ชิด รวมถึงข้อมูลวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันควบคุมโรคและจัดทำแนวทาง/มาตรการเฝ้าระวัง สอบสวน วินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคแจกจ่ายให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องทั่วประเทศ

3. เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคภายในประเทศ โดยแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศให้ดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวน และรายงานผู้ป่วยสงสัยทันที เพื่อการควบคุมโรค และแยกดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยในโรงพยาบาล โดยยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด รวมถึงให้มีการค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกราย โดยให้ดูแลแยกเป็นพิเศษ และเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดทุกวัน ติดต่อกัน 14 วัน

4. ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มเติมชื่อโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ โดยอาศัยความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3/2546, 4/2546, 4/2546 เพิ่มเติม) เพื่อขอให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดของโรค รวมทั้งมาตรการป้องกันตัวที่เหมาะสม

5. กำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ดังนี้

5.1 ชาวไทยและชาวต่างประเทศที่มีถิ่นพำนักอยู่ในประเทศไทยและเดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ให้หยุดทำงาน หยุดเรียนหนังสือเป็นเวลา 10 วัน หลังเดินทางกลับเพื่อเฝ้าสังเกตอาการตนเองที่บ้านในระยะเวลาดังกล่าว ให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น หากมีอาการไข้ (38 องศาเซลเซียสขึ้นไป) ไอ หอบ หรือ หายใจลำบาก หรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ให้ใช้หน้ากากอนามัยและรีบไปพบแพทย์ทันที พร้อมแจ้งประวัติการเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดให้แพทย์ทราบ ในกรณีที่ไม่สามารถหยุดทำงาน หรือหยุดเรียนได้ ให้ไปพบแพทย์ทุก 3 วัน เพื่อตรวจรับรองว่าไม่มีอาการป่วยที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง และนำใบรับรองแพทย์ไปแสดงต่อหัวหน้าส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานศึกษาหรือสถานประกอบการเพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่แพร่เชื้อต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ร่วมสถานศึกษา

5.2 ตรวจสอบผู้โดยสารก่อนขึ้นเครื่องบิน หรือถ้าป่วยให้ขอรับใบรับรองแพทย์ว่าไม่ใช่โรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ถ้าพบผู้ป่วยดังกล่าวให้ระงับการขึ้นเครื่อง

5.3 ให้พนักงานบนเครื่องบินแจกแบบสอบถาม (เอกสาร ต.8) แก่ผู้โดยสารทุกท่าน เพื่อแสดงต่อเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยานกรุงเทพ

5.4 ขอความร่วมมือทุกสายการบินได้ประกาศแจ้งคำเตือนสำหรับผู้เดินทางมาจากเวียดนาม ฮ่องกง ไต้หวัน จีน และสิงคโปร์ เรื่องโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ในเที่ยวบินที่มาจากประเทศดังกล่าว

5.5 หากมีผู้ป่วยใดๆ มากับเครื่องบินให้แจ้งด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศก่อนเครื่องบินลงจอด/ก่อนเรือเทียบท่า ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขอาจพิจารณาแยกกักผู้โดยสารเป็นรายบุคคล คณะ หรือทั้งลำตามความจำเป็น

5.6 ให้สายการบิน/เรือส่งรายชื่อผู้โดยสาร และใบแสดงสุขภาพของเครื่องบิน/เรือ ทุกเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

5.7 ผู้โดยสารและลูกเรือทุกคนที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศจะต้องผ่านการตรวจของแพทย์ที่ด่านควบคุมโรค ณ ท่าอากาศยานและจุดผ่านแดนทุกแห่ง ถ้ามีอาการที่สงสัย จะได้รับการเฝ้าสังเกตอาการหรือแยกรักษาจนกว่าจะปลอดภัย

6. ให้หัวหน้าส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานศึกษา สถานประกอบการทุกแห่งที่มีผู้เดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงอนุญาตให้ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่ดังกล่าว หยุดทำงาน หยุดเรียนหนังสือ เป็นเวลา 10 วันแรก หลังเดินทางกลับ โดยให้เฝ้าสังเกตอาการตนเองอยู่ที่บ้าน รวมทั้งปฏิบัติตัวดูแลตนเองตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขโดยเคร่งครัด ถ้าจะอนุญาตให้ทำงานหรือเรียนหนังสือในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว ให้เรียกใบรับรองแพทย์ ซึ่งรับรองว่า ไม่มีอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง มาแสดงทุก 3 วัน

7. ชาวต่างประเทศ นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศซึ่งมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ที่ผ่านการตรวจของแพทย์ที่ด่านควบคุมโรค และได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศแล้ว ให้ใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลา 10 วันแรก ที่อยู่ในประเทศไทย มิฉะนั้นจะต้องไปพบแพทย์ทุก 3 วัน เพื่อตรวจรับรองว่า ไม่มีอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้นำใบรับรองแพทย์แสดงต่อสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เขตภูมิภาคให้แสดงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

8. นักท่องเที่ยวจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หากเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเป็นหมู่คณะ ให้ผู้รับผิดชอบคณะดังกล่าว แนะนำให้นักท่องเที่ยวใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลา 10 วันแรก ที่อยู่ในประเทศไทย มิฉะนั้นจะต้องไปพบแพทย์ทุก 3 วัน เพื่อตรวจรับรองว่าไม่มีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง และให้เฝ้าสังเกตอาการ หากผู้ใดมีอาการไข้หรือไอ แนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัยและนำส่งแพทย์พร้อมทั้งรายงานให้สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทันที กรณีไม่มีผู้มีอาการป่วยให้ผู้รับผิดชอบคณะท่องเที่ยวส่งรายงานสรุปผลการสังเกตอาการของคณะนักท่องเที่ยวดังกล่าวต่อกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด ทุก 3 วัน และกรณีที่มีผู้มีอาการป่วยให้รายงานทันที การรายงานให้รายงานตามแบบรายงานที่กระทรวงฯ กำหนดขึ้น

9. โรงแรมหรือสถานพักแรมที่มีชาวต่างประเทศเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ให้จัดทำประกาศเตือน พร้อมจัดทำข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้เข้าพัก และให้พนักงานโรงแรมระวังป้องกันไม่ให้รับเชื้อ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข หากพบว่าผู้ใดมีอาการผิดปกติ ให้แนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัยและนำส่งแพทย์ พร้อมทั้งรายงานกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทราบทันที

10. จัดทำคำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่ถูกต้องและเข้าใจวิธีป้องกันโรค และไม่ให้เกิดความตื่นตระหนกจนเกินไป โดยให้ข้อมูลเผยแพร่ความรู้สำหรับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ แผ่นปลิว หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และบริการตอบข้อซักถามประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านสายด่วน 1669 และเวบไซต์กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ให้เน้นการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันโดยให้คำแนะนำแก่ประชาชนในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

10.1 โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัส ติดต่อโดย การไอ จาม รดกัน ในระยะใกล้ชิด และโดยการสัมผัสกับเชื้อจากเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยที่ติดอยู่กับวัตถุเครื่องใช้ เช่น ผ้าเช็ดหน้า ภาชนะ ลูกบิดประตู ราวบันได แล้วนำมาสัมผัสกับบริเวณจมูกและหน้า เมื่อแคะจมูก เกาหน้า ขยี้ตา เป็นต้น

10.2 ตามปกติผู้ติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการป่วยจะไม่แพร่เชื้อ การแพร่เชื้อมักเกิดจากผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อจะมีอาการป่วยภายใน 2-10 วัน อาการป่วยได้แก่ ไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ไอ หอบหรือหายใจลำบาก ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะหายป่วยภายใน 2-3 สัปดาห์ แต่บางรายอาจมีอาการปอดอักเสบรุนแรงถึงเสียชีวิต ซึ่งจะมีเพียงประมาณร้อยละ 6 เท่านั้น

10.3 ประชาชนทั่วไปมีความเสี่ยงต่อโรคนี้น้อย ไม่ควรวิตกกังวล ผู้ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้เดินทางไปประเทศที่มีการระบาด และผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการป่วย

10.4 ประชาชนควรรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อให้มีภูมิต้านทานต่อโรคโดยทั่วไป และควรสร้างสุขนิสัยเพื่อป้องกันโรคโดยทั่วไป เช่น ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออก

จากห้องน้ำ ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ปิดปากและจมูกด้วยผ้าเช็ดหน้าเมื่อไอและจามหรือใช้หน้ากากอนามัยเมื่อเป็นหวัด

10.5 ประชาชนทั่วไป ให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงตามประกาศขององค์การอนามัยโลก หากมีความจำเป็นต้องเดินทาง ให้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และคำแนะนำของทางราชการในพื้นที่ที่เดินทางไปอย่างเคร่งครัดและให้มีการคัดกรองผู้ที่จะเดินทางไปต่างประเทศทุกคนก่อนออกเดินทาง หากมีอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาอย่างเหมาะสม

10.6 การจัดทำคำแนะนำสำหรับบุคคลผู้ต้องเดินทางไปต่างประเทศ, โรงเรียนและสถานศึกษาโรงแรมและบริษัททัวร์, ผู้ขับขี่และพนักงานประจำรถโดยสารสาธารณะ พนักงานสายการบินและข้อแนะนำการใช้หน้ากากอนามัย

11. เตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดฝึกอบรมเพื่อการเตรียมพร้อมทั้งในด้านวิชาการและด้านสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร ระบบงาน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่สงสัยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคลากรและชุมชนโดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชนเตรียมห้องแยกและทีมปฏิบัติงานสำหรับรับผู้ป่วยที่เข้าข่ายว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย ให้ใช้รถฉุกเฉิน ซึ่งมีการป้องกันการติดเชื้อทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการส่งต่อผู้ป่วย

12. ขอความร่วมมือกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เพื่อชะลอการส่งเสริมการท่องเที่ยวในเขตระบาดของโรค

13. ขอความร่วมมือกระทรวงการต่างประเทศ ให้ประกาศเตือนคนไทยที่พำนักอยู่ในพื้นที่เขตระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

14. ขอความร่วมมือทุกกระทรวง/ทบวงมหาวิทยาลัย/รัฐสภา เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งข้าราชการไปประชุมในพื้นที่เขตระบาดของโรค

15. ขอความร่วมมือภาคเอกชนด้านธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันโรคจากพื้นที่ที่เป็นเขตระบาด

16. ขอความร่วมมือผู้ว่าราชการจังหวัด ในการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

17. ขอความร่วมมือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ในการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

18.ขอความร่วมมือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศในการดำเนินมาตรการป้องกัน ควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

19. ขอความร่วมมือผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ/ปลัดกระทรวงมหาดไทย/ปลัดกระทรวงกลาโหม/ปลัดกรุงเทพมหานคร/ผู้ว่าการท่าเรือแห่งประเทศไทย/ผู้ว่าการท่าอากาศยานทุกแห่ง/นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ในการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

20. ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่สงสัยหรือน่าจะเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เขตกรุงเทพมหานคร ให้รายงานต่อสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ส่วนภูมิภาคให้รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2546ข; กระทรวงสาธารณสุข, 2546ง)

สำหรับมาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเพื่อการป้องกันและการควบคุมโรคในโรงพยาบาล ได้แก่ (ประเสริฐ และคณะ, 2546; ศุภร และประเสริฐ, 2546; CDC, 2003b; WHO, 2003c)

1. ไม่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งโดยตรงจากผู้ป่วย ต้องใส่เสื้อคลุมป้องกัน สวมถุงมือ หน้ากาก กันการสูดละอองไวรัส สวมแว่นกันละอองกระเด็นเข้าตา ภาชนะที่เก็บสิ่งส่งตรวจต้องปิดมิดชิด

2. ไวรัสสามารถมีชีวิตได้นาน 24 ชั่วโมง อยู่บนพื้นแห้งได้นาน 1-3 ชั่วโมง เช่น บนถุงมือ ผ้าก๊อส บนแผ่นอลูมิเนียม ผิวโลหะที่อุณหภูมิห้องปกติ เชื่อว่าไวรัสสามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ดีหากมีสิ่งห่อหุ้ม เช่น ในอุจจาระ การป้องกันที่ดีคือ การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การล้างมือเพื่อป้องกันการปนเปื้อน ไวรัสซาร์ส คงสภาพการติดเชื้อได้นาน 24 ชั่วโมง ในปัสสาวะนาน 48 ชั่วโมง คงสภาพได้นาน 48 ชั่วโมงในอุจจาระปกติ แต่ถ้าเป็นอุจจาระผู้ป่วยอุจจาระร่วงอยู่ได้นานถึง 4 วัน

3. การฆ่าเชื้อ (disinfection antiseptic) ถูกทำลายได้ง่ายโดยน้ำยาเคมีในโรงพยาบาล เช่น 70% alcohol, 1%sodium hypochlorite solution, ethanol, providine iodine, cresol soap, formaldehyde หรือ ความร้อน 60 องศาเซลเซียส นาน 15 นาที , รังสีอุลตราไวโอเล็ต นาน 15 นาที เป็นต้น

4. การแยกรักษาผู้ป่วย (isolation) ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital infection control) ติดตามผู้สัมผัส (contract tracing) ซึ่งต้องอาศัยระบบการเฝ้าระวังและการตรวจสอบโรคที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน

นอกจากแนวทางดังกล่าวข้างต้นแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้วางแนวทางในการสอบสวนโรคและจัดการกับผู้สัมผัส ดังต่อไปนี้

การสอบสวนโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค)

ในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย มีจุดมุ่งหมายเพื่อยืนยันการวินิจฉัย หาปัจจัยที่ส่งเสริมการติดโรค ค้นหาผู้สัมผัสซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดโรค และประเมินมาตรการควบคุมโรคทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เมื่อสอบสวนเสร็จ ผู้สอบสวนควรสรุปสถานะผู้ป่วยในเบื้องต้นว่าเป็น probable หรือ suspect case หรือไม่เป็นผู้ป่วย (exclude) หากยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอในการสรุป ให้จัดอยู่ในกลุ่มต้องสอบสวนต่อ (on investigation)

เมื่อสอบสวนโรคเสร็จแล้ว ควรให้คำแนะนำในการดูแลติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัส (รายละเอียดในหัวข้อ การติดตามผู้สัมผัส) รวมทั้ง แนะนำการควบคุมการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลตามเอกสารของกระทรวงสาธารณสุข

การสอบสวนโรค ต้องให้ได้รายละเอียดของตัวแปร ทั้งในด้านบุคคล เวลา สถานที่ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยในครั้งนั้นๆ ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ (ถ้าเป็นเด็กต้องระบุชื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง) ที่อยู่ที่ติดต่อได้ขณะอยู่ในประเทศไทย รวมถึงเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ หากเป็นชาวต่างประเทศให้ขอเลขที่หนังสือเดินทางไว้ด้วย

2. ข้อมูลการป่วย เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ตั้งแต่วันเวลาเริ่มป่วย ระบุอุณหภูมิของไข้ที่วัดได้สูงสุด เป็นองศาเซลเซียส (โดยถืออุณหภูมิที่วัดทางปากเป็นเกณฑ์) รวมถึง อาการไอ หายใจลำบาก ท้องเสีย และอื่นๆ

3. ประวัติการสัมผัสโรค ในช่วง 10 วัน ก่อนเริ่มป่วย

3.1 มีประวัติการเดินทางไปหรือมาจากประเทศที่มีรายงานโรคนี้ เช่น กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม, ประเทศจีน, ฮ่องกง, สิงคโปร์, กรุงโตรอนโต ประเทศแคนาดา หรือไม่ ถ้ามีให้ซักรายละเอียดให้ได้มากที่สุด ดังนี้

3.1.1 ชื่อประเทศ ให้สอบถามรายละเอียดของที่พักขณะอยู่ในประเทศนั้นๆ เช่น ชื่อโรงแรม ชั้นที่พัก เลขที่ห้องพัก หรือถ้าไปพักกับญาติให้ระบุชื่อเมือง ช่วงเวลาที่พักอาศัยอยู่ตามสถานที่ต่างๆ ในประเทศนั้นๆ

3.1.2 วิธีการเดินทาง โดยเครื่องบิน เรือ หรืออื่นๆ ให้ระบุชื่อสายการบิน เที่ยวบิน, เลขที่นั่ง, วัน เวลา ที่เดินทางกลับถึงประเทศไทย สนามบินที่แวะพัก หรือเปลี่ยนเครื่อง

3.1.3 สถานที่พักขณะอยู่ในประเทศไทยโดยละเอียด พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยตรง

3.2 ให้สอบถามประวัติการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่า เป็นผู้ป่วยที่น่าจะเป็น หรือผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส (ทั้ง probable หรือ suspect case) หรือผู้ป่วยโรคปอดบวมในช่วง 10 วันก่อนเริ่มป่วย ซึ่งการสัมผัสใกล้ชิด หมายถึง การดูแลรักษา การอยู่อาศัยด้วยกัน หรือสัมผัสโดยตรงกับสิ่งที่คัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองฝอยการไอ หรือจาม และระบุวันที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่น่าจะเป็นโรคซาร์ส รวมทั้งลักษณะของการสัมผัสใกล้ชิด เช่น ให้การดูแลขณะป่วย หรือเดินทางโดยนั่งเก้าอี้ตัวที่ติดกับผู้ป่วย เป็นต้น

4. ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ปอด รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการแยกผู้ป่วย สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) และการอยู่ห้องไอซียู เป็นการถามเพื่อให้ทราบความรุนแรงของโรค

5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส ให้เก็บในรายที่มีลักษณะอาการและประวัติเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยที่น่าจะเป็นและผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส โดยเก็บตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้วยความระมัดระวัง ที่สำคัญได้แก่ การทำ throat swab, เจาะ paired sera ห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ และเจาะเลือดใส่หลอด ที่มี EDTA

6. ติดตามการดำเนินโรค ผู้สอบสวนควรติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย โดยสอบถามจากแพทย์ที่ทำการรักษาว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หรือคงที่หรือเลวลง ดังนี้

6.1 ยังมีไข้อยู่หรือไม่ อุณหภูมิครั้งหลังสุดเท่าไร

6.2 มีไอหรือไม่

6.3 มีหายใจหอบหรือหายใจลำบากหรือไม่

6.4 ได้เอ็กซเรย์หรือไม่ ผลครั้งหลังสุดเป็นอย่างไร ภาพรังสีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

6.5 ข้อมูลอื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องติดตามผู้ป่วยอีก 10 วัน เพื่อมั่นใจว่าหายเรียบร้อยดี

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก ถามประวัติการสัมผัสกับผู้อื่นก่อนป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการหาแหล่งโรคว่า ผู้ป่วยรายนี้

น่าจะไปรับเชื้อจากไหน ส่วนหลัง เป็นการถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) เพื่อจะหาว่าผู้ป่วยรายนี้จะสามารถไปแพร่ให้ใครได้บ้าง ซึ่งจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

7.1 ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

7.2 ผู้ที่คลุกคลีใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ ซึ่งสามารถรับเชื้อจากผู้ป่วยได้ จากการสัมผัสโดยตรง กับสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองฝอยการไอหรือจาม (ในระยะไม่เกิน 1 เมตร)

7.3 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยขณะไปรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้สอบถามชื่อ สกุล, เพศ, อายุ, ลักษณะของการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาโดยรวมของการสัมผัสใกล้ชิด ที่อยู่ที่ติดต่อได้ พร้อมเบอร์โทรศัพท์

การติดตามผู้สัมผัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค)

ผู้สัมผัสทั้งสามกลุ่มจะต้องถูกติดตามเป็นเวลา 10 วันซึ่งเป็นระยะเวลาฟักตัวสูงสุดของโรคหากเลย 10 วันไปแล้ว ไม่มีอาการเจ็บป่วยย่อมแสดงว่าไม่มีการติดเชื้อ

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) ได้แก่ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยให้ติดตามว่ามีไข้หรือไม่ นับจากวันสุดท้ายที่สัมผัสกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการไข้วันที่ 1 เมษายน และไปนอนรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 5 เมษายน วันสุดท้ายที่สัมผัสผู้ป่วยคือวันที่ 5 และให้ติดตามต่อไปอีก 10 วัน

ผู้มีประวัติสัมผัสใกล้ชิด (close contact) ได้แก่ เพื่อนหรือผู้ร่วมงานหรือผู้ร่วมเดินทางที่สัมผัสกับผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ กรณีที่ผู้ป่วยเดินทางโดยเครื่องบินและมีอาการป่วยตั้งแต่อยู่ในเครื่อง ผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ผู้ที่นั่งใน 2 แถวแรก และ 2 แถวหลัง รวมถึงแถวเดียวกับผู้ป่วยในตัวอย่างเดิม ผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนวันที่ 1 เมษายน ไม่อยู่ในข่ายผู้สัมผัส เนื่องจากยังไม่มีอาการ ให้ค้นหาเฉพาะผู้ที่สัมผัสหลังวันที่ 1 และคนเหล่านี้ต้องได้รับการติดตามไป 10 วันว่ามีไข้หรือไม่ โดยนับจากวันสุดท้ายที่มีการสัมผัสใกล้ชิด ซึ่งแต่ละคนอาจแตกต่างกัน

ผู้สัมผัสที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (Health Care Worker-HCW) ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่ร่วมดูแลรักษาและต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลควรมอบหมายให้หัวหน้าพยาบาลติดตามบุคลากรกลุ่มนี้ 10 วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย สำหรับผู้สอบสวนโรคจัดเป็นผู้สัมผัสโรคเช่นเดียวกัน โดยให้สังเกตอาการ 10 วัน นับจากวันที่ไปสัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

แนวทางปฏิบัติต่อผู้สัมผัสกับผู้ป่วย SARS (probable case และ suspect case) ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค)

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค SARS เช่น อาการ วิธีการถ่ายทอดโรค เป็นต้น

2. ดำเนินการเฝ้าระวังเป็นเวลา 10 วัน เฉพาะผู้ที่สัมผัสกับ probable case แนะนำให้อยู่กับบ้านด้วยความสมัครใจ

3. จัดให้มีการเยี่ยมหรือโทรศัพท์ถามอาการทุกวันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. บันทึกข้อมูลการวัดอุณหภูมิของผู้สัมผัสวันละครั้ง

5. ในกรณีที่ผู้สัมผัสเริ่มมีอาการของโรค ควรแนะนำให้สวมผ้าปิดจมูก ระวังอย่าให้มือเปรอะเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย ร่วมกับล้างมือบ่อยๆ รายงานอาการป่วยต่อหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่และดำเนินการสอบสวนโรค

6. อาการแรกที่มักจะพบคือ อาการไข้

ทั้งนี้สามารถปรับมาตรการดังกล่าว ตามระดับของความเสี่ยงที่จะรับเชื้อในผู้สัมผัสแต่ละราย

แนวทางปฏิบัติต่อผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย SARS (suspect case) ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย (suspect case) ควรได้รับการดำเนินการขั้นต่ำอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546ค)

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซาร์ส เช่น อาการ วิธีการถ่ายทอดโรค เป็นต้น แก่ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยว่าเป็นโรคซาร์ส

2. ดำเนินการเฝ้าระวังเป็นเวลา 10 วัน ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่กับบ้าน

3. จัดให้มีการเยี่ยมหรือโทรศัพท์ถามอาการทุกวันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ในกรณีที่ผู้สัมผัสเริ่มมีอาการของโรค ควรแนะนำให้สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ระวังอย่าให้มือเปรอะเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย ร่วมกับล้างมือบ่อยๆ และขอให้ผู้สัมผัสโทรรายงานอาการป่วยต่อหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่

5. อาการแรกที่มักจะพบคือ อาการไข้

ทั้งนี้สามารถปรับมาตรการดังกล่าว ตามระดับของความเสี่ยงที่จะรับเชื้อในผู้สัมผัสแต่ละราย

ตั้งแต่เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซาร์ส ในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประชาชนได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่ง แม้มาตรการต่างๆที่กำหนดขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สะดวก และผลกระทบทางเศรษฐกิจระยะเฉพาะหน้าอยู่บ้าง แต่ได้ช่วยให้ประเทศไทยคงสถานะประเทศที่ยังไม่มีการระบาดของโรค ซึ่งจะทำให้สามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาวได้อย่าง

มหาศาล จึงสมควรที่จะพยายามคงระดับและสร้างเสริมประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันโรคของประเทศ โดยมีการปรับปรุงอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงเป็นโรคที่เกิดใหม่ ผู้ที่เข้าไปสัมผัสหรือให้การดูแลผู้ป่วยสามารถรับเชื้อได้หลายทิศทาง โรคมีความรุนแรงและยังไม่มีแนวทางการรักษาที่แน่นอน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้ดูแล ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลงหรือผู้ดูแลบางรายอาจปฏิเสธการดูแลได้ และเนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ในแวดวงวิชาการพยาบาลยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้มากนัก แต่เนื่องจากโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงมีบริบทบางอย่างใกล้เคียงกับโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง กล่าวคือ คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรง เป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล สำหรับปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.1 การมีคุณลักษณะที่ดีของพยาบาล กล่าวคือ การเป็นคนมีจิตใจสงสาร มีความเมตตากรุณา รับผิดชอบต่อหน้าที่ มองโลกในแง่ดีและมีความหวังในการให้การดูแลผู้ป่วย จะทำให้มีความต้องการในการดูแลผู้ป่วย (มาลี, 2541; ศิริมา, 2544)

1.2 พื้นฐานทางความคิดและจิตใจ ได้แก่ การมีข้อคิดและคติประจำใจเปรียบเสมือนแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้ผู้ดูแลเกิดความสุข อดทนหนักแน่น ไม่ย่อท้อต่อปัญหา และการปรับเปลี่ยนแนวความคิดโดยคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาใครๆก็หนีไม่พ้น มองการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเป็นเรื่องที่ท้าทายความสามารถ (ทัศนีย์, 2545; ศิริมา, 2544)

1.3 การมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ต้องให้การดูแลและประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคนั้น โดยพยาบาลรับรู้ว่า การมีความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวช่วยให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (ทัศนีย์, 2545; มาลี, 2541)

2. ปัจจัยสนับสนุนด้านสังคม ซึ่งธงชัย (2541) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการลดความเครียดแก่บุคคลในการปฏิบัติภาระหน้าที่โดยบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีหรือมีการสนับสนุน

ทางสังคมน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถกระทำได้โดยการตอบสนองความต้องการ 3 ด้านได้แก่

2.1 การได้รับการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือ หน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ ลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติงาน

2.2 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information aid) ซึ่งหมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้องชัดเจน รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและข้อมูลป้อนกลับ

2.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม (socioemotion aid) หมายถึง การได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ การได้รับยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา (2544) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากการดูแลจากบุคคลรอบข้างและผู้ร่วมงาน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

พฤติกรรมการดูแล จากการศึกษาของนุจรินทร์ (2543) พบว่า พยาบาลได้แสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงเป็นเสี่ยงตาย ดังต่อไปนี้ 1) การติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลความสุขสบายทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลจะแปรเปลี่ยนไปตามการให้ความหมายผู้ป่วย กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและศักยภาพมากที่สุด และจากการศึกษาของทัศนีย์ (2545) ที่ได้ศึกษากิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน พบว่า พยาบาลได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ตามอาการที่ปรากฏและให้การพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล ฉีดยา ป้อนข้าว ป้อนน้ำ ให้น้ำเกลือ อาบน้ำ ช่วยเช็ดตัวในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้านจิตใจโดยการเสริมแรงและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (วัลภา, 2546; หน่วยเวชสถิติงานเวชระเบียน, 2546)

เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงในขณะนั้นยังมีน้อย คนส่วนใหญ่เข้าใจว่า โรคดังกล่าวเป็นโรครุนแรง ติดต่อง่าย ติดแล้วตาย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ให้

การดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถูกตั้งข้อรังเกียจจากสังคม ได้รับปฏิกิริยาตอบโต้จากสังคม เช่น ขณะยืนคอยรถประจำทาง รถไม่กล้าจอดรับ เพื่อนฝูงไม่กล้าเข้าใกล้ แม้แต่ตัวผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยก็ยังไม่แน่ใจว่าตัวเองจะติดเชื้อมาหรือไม่ ต้องแยกตัวเองจากสามีและบุตรซึ่งเป็นที่รักหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย เป็นต้น (วัลภา, 2546; Personal communication, April, 2003)

สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ภายหลังจากมีผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงเข้ามารับการรักษา และมีการนำเสนอข่าวในรูปแบบต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ประชาชนทั่วไปตื่นตระหนกวิตกกังวลเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันของโรงพยาบาล จึงมารับการใช้บริการลดลงโดยจากสถิติทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในเดือนเมษายนลดลงกว่าเดือนมีนาคมอย่างเห็นได้ชัด จากความหวาดกลัวของผู้คนเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงและการที่ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลต้องปิดคลินิกผู้ป่วยนอกนอกเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ 5-16 เมษายน 2546

นอกจากผลกระทบโดยตรงต่อบุคคล หน่วยงาน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงยังมีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศด้วย ยกตัวอย่างกรณี สมาคมผู้ประกอบการนำเที่ยวไทย (สนท.) ได้แถลงการณ์ว่าหลังจากเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงและมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศไทย ทัวร์ที่จะเดินทางไปต่างประเทศ และท่องเที่ยวภายในประเทศ ได้ถูกยกเลิก รวมแล้วมีการยกเลิกเดินทางไม่ต่ำกว่า 400 กรุ๊ปทัวร์ มูลค่าความเสียหายคิดเป็นตัวเงินนับร้อยล้านบาท (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546ข)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนและประเทศเป็นอย่างมากนั้น ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการต่างๆ เช่น เมื่อมีรายงานผู้ป่วย ที่สงสัยป่วยเป็นโรคดังกล่าวจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึกของพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องเข้าไปสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ในระยะเวลาต่อมาไม่นาน ได้มีนักวิชาการพยาบาลคิดค้นแนวทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

เนื่องจากยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจง การดูแลรักษาที่มีจึงมีแนวทางดังต่อไปนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. การคัดกรอง ต้องจัดจุดคัดกรองพิเศษ เพื่อตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

หมายเหตุ : ในกรณีสถานบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น ให้ส่งต่อผู้ป่วยที่เป็น suspected/probable case ไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งต่อที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น

2. การเฝ้าสังเกตอาการ ดูแล รักษาผู้ป่วย suspected case/probable case ที่เป็นผู้ป่วยใน ปฏิบัติดังนี้

2.1 สำหรับ suspected case ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและป้องกันการแพร่เชื้อเข้าสู่ชุมชน การดูแลรักษาปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เป็น probable case

2.2 สำหรับ probable case

2.2.1 ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล โดยจัดให้อยู่ห้องแยกที่เตรียมไว้เพื่อการรับผู้ป่วย

2.2.2 แผนการรักษาที่พยาบาลควรทราบเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล ได้แก่

2.2.2.1 ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็น base line data ในวันแรกรับและส่งตรวจซ้ำในวันต่อๆ ไป ตามความจำเป็นดังนี้ คือ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก CBC include platelet count, BS, BUN/Cr electrolyte, LFT, LDH, CPK hemoculture (2 specimens) sputum culture for bacteria, U/A หรือ Lab อื่นๆ

2.2.2.2 ให้การรักษาตามอาการ และให้ยาปฏิชีวนะกรณีสงสัยมีการติดเชื้อแบคทีเรีย แทรกซ้อนหรือให้ stress ulcer prophylaxis ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2.2.2.3 ให้oxygen therapy เมื่อมี hypoxemia อาจเป็น oxgen canula, mask, mask with bag non-invasive หรือ invasive respiratory support ซึ่งต้องติดตามจาก arterial blood gas หรือ O_2 Sat.

2.2.2.4 เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว จะมีการพิจารณาจำหน่ายตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

1) ไม่มีไข้อย่างน้อย 72 ชั่วโมง

2) ไม่ไอ และไม่มีอาการหอบเหนื่อย

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC ปกติ

4) ภาพรังสีทรวงอกดีขึ้น

5) ค่าความอิ่มตัวของ oxygen ในเลือดปกติ

2.2.2.5 แพทย์จะนัดติดตามการรักษา 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย

แผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

เนื่องจากปัญหาตามธรรมชาติของการเกิดโรคของผู้ป่วย สามารถจำแนกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาและอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ในลักษณะ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

ดังนั้น แผนการพยาบาลที่แนะนำให้มีการปฏิบัติ จึงประกอบด้วย

1. แผนการพยาบาลกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (flu like symptoms)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ที่พบใน ซาร์ส คือ ไข้ > 38°C อ่อนเพลีย หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ เวียนศีรษะไอแห้งๆ เจ็บคอ น้ำมูกไหล โดย ปัจจัยที่มีผลทำให้อาการรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาภูมิคุ้มกันต่ำ 3) มีโรคประจำตัว เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคตับ โรคหัวใจโรคเบาหวาน เป็นต้น และ 4) ติดเชื้อในระยะแรกของการระบาด (outbreak)

สำหรับแผนการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีหลักการพยาบาลโดยทั่วไป ดังนี้

1.1 สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.2 ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

1.3 บรรเทาอาการไม่สุขสบาย

1.4 เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

1.5 เตรียมความพร้อมเพื่อจัดการช่วยเหลือเร่งด่วนได้ทันท่วงที

1.6 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคแทรกซ้อนและจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส

1.7 ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด

1.8 เสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

2. แผนการพยาบาลผู้ป่วย ARDS โดยมีหลักการพยาบาลทั่วไป ดังต่อไปนี้

2.1 จัดการให้ O_2 therapy เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ O_2 อย่างเพียงพอ

2.2 เฝ้าระวังสังเกตอาการเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน

2.3 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำ

2.4 ดูแลผิวหนังให้คงความสมบูรณ์

2.5 ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย

2.6 ดูแลความสมดุลย์ของการได้รับอาหาร และน้ำ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology)

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นแนวคิดพื้นฐานหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น (ศิริพร, 2546) หรืออาจกล่าวได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ สำหรับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่นำมาใช้กันอย่างกว้างขวางในกลุ่มนักวิชาการพยาบาล ได้แก่ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวทางของฮัสเซิล (Husserlian or transcendental phenomenology) ซึ่งนักปรัชญาที่พัฒนาแนวคิดนี้ได้แก่ แอดมาร์น ฮัสเซิล (Edmund Husserl) (วัลยา, 2546; Streubert and Carpenter, 1999)

สำหรับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของฮัสเซิล คือให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล (subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ (consciousness) และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก (life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การพัฒนาความรู้เน้นการค้นหาความเป็นจริง (essence) ที่ปรากฏอยู่ โดยนักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจ (intuition) ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ปราศจากอคติ (bias) และใช้กระบวนการจัดกรอบความคิด (bracketing) กำจัดการคิดล่วงหน้า หรือเก็บความคิด ความเชื่อที่มีอยู่นั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด หรืออาจกล่าวอีกนัย คือ เป็นการเก็บไว้ในใจตามแนวคิดทางคณิตศาสตร์ โดยผู้วิจัยซ่อนความรู้ความรู้สึกนึกคิดของตนเองไว้ไม่แสดงความคิดเห็นต่างๆ เข้าไป

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เป็นแก่นแท้ตามความเป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล (phenomenological reduction) (ประณีต, วิภาวีและเพลินพิศ, 2543; Husserl, 1962 อ้างตาม จอนผะจง, 2546)

สำหรับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถแบ่งได้เป็น 6 ประเภทใหญ่ๆ คือ (Spiegelberg, 1975)

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและบรรยายปรากฏการณ์โดยไม่มีการสมมุติหรือคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นความจริงทั้งหมด

2. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงสืบค้นแก่นความรู้ (essential phenomenology or eidetic phenomenology) สำหรับการศึกษาตามแนวทางนี้เป็นการค้นหาข้อมูลของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อค้นหาลักษณะหรือแก่นสาระสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์ที่ต้องการ

3. การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่สนใจในสถานการณ์ต่างๆ (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ต้องให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาหรือการเฝ้ามองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านั้นมีความแตกต่างตามที่คาดหวังไว้อย่างไร หรือเป็นการทำให้ปรากฏการณ์เหล่านั้นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงโครงสร้าง (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการเกิดของปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ทำให้สามารถมองเห็นภาพโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน

5. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบทอนความเชื่อมโยงของนักวิจัย (reductive phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีการกำจัดความลำเอียงโดยนักวิจัยต้องไม่นำพื้นฐานความเข้าใจ ความเชื่อของตนเองไปรบกวนการศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมาย (meaning) ของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตามธรรมชาติ โดยการค้นหา วิเคราะห์และบรรยายประสบการณ์เหล่านั้นออกมา ตามบริบทที่เกี่ยวข้องจากตัวหนังสือที่ได้จากการสัมภาษณ์ พื้นฐานการรับรู้ พื้นฐานส่วนบุคคล รวมทั้งภูมิหลัง สังคมวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก ได้พัฒนาจากแนวคิดการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาโดย มาร์ติน ไฮเดรกเจอร์ (Martin Heidegger) (ประณีต, วิภาวีและเพลินพิศ,2543) ซึ่งไฮเดรกเจอร์ (Heidegger) เชื่อว่าความรู้อยู่ที่ประสบการณ์ (knowledge embedded in experience) การตีความหมาย (interpretation) ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่ประสบการณ์เกิดขึ้น (context) ภูมิหลังของบุคคล (history) และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Annells, 1996; Allen, Diekelman, & Benner, 1994 อ้างตาม วัลยา, 2546) โดยไฮเดรกเจอร์มีแนวคิดที่แตกต่างจากฮัสเซิล คือ มีความเห็นว่าบุคคลไม่สามารถที่จะกันหรือจัดกรอบความคิด ความเชื่อ และทัศนคติ ของตนเองได้ และการรับรู้ในบางครั้งก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีสติ และควรให้ความสำคัญของการหาคำตอบเกี่ยวกับสิ่งที่มีอยู่ตามสภาพจริง (existence) ตามธรรมชาติ

ไฮเดรกเจอร์ (Heidegger) เน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่เป็นอยู่ในโลกหรือสภาวการณ์ (being-in-the-world) การที่บุคคลเกิดประสบการณ์และให้ความหมายประสบการณ์นั้นได้ ต้องประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างกายกับจิต (embodiment) ในการเข้าใจและให้ความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิม วัฒนธรรม หรือภูมิหลัง (background meaning) และบุคคลเข้ามาในสภาวการณ์นั้น (context) เพราะความสนใจ หรือมีสิ่งจูงใจ (concern or motivation) (วัลยา, 2546)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาของไฮเดกเจอร์เน้นความสำคัญของตัวบุคคล (person) และเชื่อว่าบุคคลมีคุณสมบัติต่างๆ 5 ประการ คือ (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543; Leonard, 1994)

1. บุคคลเป็นผู้มีสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง วัฒนธรรม ความเชื่อ ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์โยงใยกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความสำคัญต่อสิ่งต่าง (the person as a being for whom things have a significance and value) บุคคลให้คุณค่าหรือความหมายและความสำคัญของสิ่งต่างๆ ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา ภูมิหลัง และประสบการณ์ที่สั่งสมมาทำให้การตีความสิ่งต่างๆ แตกต่างกัน

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมายด้วยตนเอง (self-interpreting) ซึ่งบุคคลให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ตามประสบการณ์ของตนเองอาจไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลเป็นองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยบุคคลจะอยู่ในสิ่ง

แวดล้อมและให้ความสนใจในสิ่งแวดล้อมที่มีความหมายต่อบุคคล ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่สัมพันธ์กับทุกอย่างในตัวบุคคลนั้น

5. บุคคลอยู่ในมิติแห่งเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีตและส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากบุคคลแล้วไฮเดรกเจอร์ยังได้ให้ความสำคัญกับสิ่งต่อไปนี้ คือ (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543)

1. สิ่งแวดล้อม (world) ซึ่งเป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมทั้ง ภูมิหลัง ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคมที่มีอยู่ในตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้

2. การเชื่อมโยงประสบการณ์ หรือ วงจรเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดรกเจอร์ เป็นการศึกษาเพื่อต้องการอธิบายภาวะที่เป็นอยู่ (being) ทำให้ภาวะที่เป็นอยู่นั้นปรากฏออกมา ระเบียบการวิจัยนี้จึงถูกเรียกว่า ปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ หรือที่เรียกว่า ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology) (Benner, 1994)

ระยะต่อมาได้มีนักปรัชญา คือ การ์ดาเมอร์ (Gadamer) สนับสนุนแนวความคิดของ ไฮเดรกเจอร์ โดยเพิ่มเติมแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก อีก 2 ประการ ได้แก่ ภาษา (language) และการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคลลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยอธิบายว่า ภาษา เป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้น ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่ใช้เฉพาะในกลุ่ม การทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจในสิ่งที่บุคคลให้ความหมายได้ดียิ่งขึ้น สำหรับส่วนของการเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกัน (Allen, 1995; Koch, 1995; Pascoe, 1996)

การตีความตามแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก ความเชื่อหลัก คือ การทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และ วงจรเฮอร์เมนนิวติก (Koch, 1995; Pascoe, 1996) ซึ่งประกอบด้วย

1. ภูมิหลัง (background) เป็นวัฒนธรรมที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจว่าอะไรคือตัวตนที่แท้จริงของบุคคล

2. การทำความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre understanding or fore-conception or pre-conception) เป็นพื้นฐานให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ที่มีในโลกเกี่ยวกับภูมิหลังวัฒนธรรมซึ่งรวมทั้งภาษา และการปฏิบัติ โดยสิ่งต่างเหล่านี้ไม่สามารถกำจัดหรือกันออกไปได้ (cannot eliminate or bracket) เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด

3. การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (co-constitution) จากความเชื่อที่ว่า บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมเหล่านี้คือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการวิเคราะห์ และจากการเริ่มต้นของบุคคลในสิ่งแวดล้อม จึงมีส่วนเกี่ยวข้องวัฒนธรรม ประสบการณ์ในอดีต และบริบทของสังคม ดังนั้น การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายทำให้เกิดความเข้าใจในมุมมองของบุคคลและเกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น

สำหรับระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก หรือ ปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ นี้ เน้นที่การวิเคราะห์ตัวหนังสือ (text) ที่ได้จากการถอดความจากการสัมภาษณ์ในระหว่างการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์เพื่อให้ได้ความหมายต้องผ่านการอ่านทบทวนและกระบวนการตีความ (interpretation) ในการตีความนั้นจะต้องตีความภายใต้สภาพการณ์ที่เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้น (context) เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจความหมายภายในสภาพการณ์ที่เหตุการณ์เกิดขึ้น ในกระบวนการตีความเพื่อให้ได้ความหมายที่เป็นที่เข้าใจร่วมกันนั้น ต้องเกิดการเชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์เดิมหรือสภาพการณ์ของผู้วิจัย (researcher's context) กับคำสนทนาที่เป็นตัวหนังสือที่ถอดความจากการสัมภาษณ์ (text) จากนั้นผู้วิจัยมีหน้าที่ในการนำเสนอผลการตีความอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุดเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจต่อผู้สนใจหรือต่อสังคม (Benner, 1994 อ้างตาม วัลยา,2546)

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

งานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้จะต้องมีความเข้มงวด (rigor) และไว้ใจได้ (credibility) โดยพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ศิริพร, 2546)

1. นักวิจัย สามารถแสดงเหตุผลในการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ในงานวิจัยเชิงคุณภาพการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆ กัน สิ่งที่ต้องทำควบคู่กับการเก็บข้อมูล คือ การตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งวิธีที่นิยมในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ดังต่อไปนี้ (เพชรน้อย, 2535; ศิริพร, 2546; Banik, 1993; Denzin, 1978; Mitchell, 1986)

2.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลหลายแห่ง (data triangulation) เป็นการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยตรวจสอบแหล่งที่มา 3 แหล่งจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ การสัมภาษณ์ในช่วงเวลา (time) สถานที่ (space) ที่แตกต่างกัน และการสัมภาษณ์บุคคล (person) นอกเหนือจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรงร่วมกัน วิธีการดังกล่าวเป็นการยืนยันผลของข้อมูลที่ได้ว่ามีความตรงกันหรือไม่

2.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านนักวิจัย (investigator triangulation) เป็นการศึกษาที่มีนักวิจัยเป็นทีมร่วมกันในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลหรือเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนการใช้นักวิจัยคนเดียวกันทั้งหมด เพื่อช่วยในการลดข้อขัดแย้ง หรือความลำเอียงต่างๆของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

2.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theoretical triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีมาอธิบายข้อค้นพบที่ได้ ซึ่งหากใช้ทฤษฎีใดๆ มาอธิบายสามารถอธิบายข้อค้นพบดังกล่าวได้ตรงกัน (Banik, 1993)

2.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันแต่ใช้หลายวิธีในการเก็บข้อมูล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ซึ่งจะต้องได้ข้อมูลที่ตรงกัน เป็นการยันยันข้อมูลที่ได้ให้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

3. รายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถประเมินได้จากความตรง (validity) คือ คำอธิบายที่นักวิจัยนำเสนอตรงกับคำอธิบายที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ไว้ และความสอดคล้อง (relevance) คือ องค์ความรู้จากงานวิจัยที่ได้จะต้องประยุกต์ใช้ได้กับบริบทนั้นๆ ที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

นอกจากวิธีดังกล่าวแล้ว ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้เสนอประเด็นพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (the basic issue in relation to trustworthiness) มี 4 ประการ คือ 1) ข้อมูลที่เป็นจริง (truth value) 2) การประยุกต์ไปใช้ได้ (applicability) 3) มีความสม่ำเสมอ คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) และ 4) มีความเป็นกลางไม่มีอคติ (neutrality)

แต่เพื่อความเหมาะสมสำหรับ งานวิจัยเชิงคุณภาพลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) จึงได้มีการเปลี่ยนชื่อใหม่ ดังต่อไปนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) แทนที่ ข้อมูลที่เป็นจริง (truth value) 2) ความสามารถโอนย้ายได้ (transferability) แทนที่ การประยุกต์ไปใช้ได้ (applicability) 3) ความไว้วางใจได้ (dependability) แทนที่ ความสม่ำเสมอ คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) 4) ความสามารถยืนยันได้ (confirmability) แทนที่ ความเป็นกลางไม่มีอคติ (neutrality)

วิธีการแสดงให้เห็นความเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ดังต่อไปนี้ (Lincoln & Guba, 1985)

1. ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นถึงความเป็นจริง ความถูกต้องของข้อมูล (credibility) ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

2. ความสามารถโอนย้ายได้ (transferability) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการนำระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่นๆได้

3. ความไว้วางใจได้ (dependability) เป็นการพิจารณาความเชื่อมั่นของการศึกษา (reliability) ทั้งระเบียบวิธีการวิจัย และผลของข้อมูลที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลต่างๆ จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (inquiry audit) เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้มีความชัดเจน มากที่สุด

4. สามารถตรวจสอบยืนยันผลของการศึกษาได้ (confirmability) โดยตลอดทั้งกระบวนการต้องมีหลักฐานข้อมูล (audit trail) ยืนยันที่แน่ชัด

จะเห็นได้ว่าการใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการปฏิบัติหลายวิธีแต่ ในการเลือกใช้วิธีการใดนั้นต้องคำนึงถึงปรัชญา ระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้และความครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล (Streubert and Carpenter, 1999)

สำหรับการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก หรือ ปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เบนเนอร์ (Benner, 1994)ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยว่าประกอบด้วย 3 ประการ คือ ภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกับการตีความ เวลาที่ใช้ในการศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และการให้เวลาในการวิเคราะห์และตีความ และในการทำวิจัย ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่เข้าไปเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด ให้เวลากับการวิเคราะห์ข้อมูลการตีความในหลายๆ ด้าน และการใช้เวลาในการเขียนผลการวิจัย สิ่งสำคัญคือการแสดงภูมิหลัง แนวคิด หรือ อคติของผู้วิจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีความ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันรุนแรง มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว ไม่มีแนวทางการรักษาที่แน่นอน และจากการรายงานการมีผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเข้ามาในประเทศไทยทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง มีการกำหนดมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรครวมทั้งแนวทางปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง นอกจากนี้สถานการณ์การระบาดของโรคดังกล่าวยังส่งผลกระทบโดยตรงต่ออารมณ์และความรู้สึกของบุคคลที่เข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย ต่อประชาชนทั่วไป และต่อประเทศชาติ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยพื้นฐานความคิดและจิตใจ การรับรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนั้น การศึกษาวิจัยอย่างลึกซึ้ง

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว จะช่วยให้ชี้ให้เห็นปัญหาที่สำคัญเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป ซึ่ง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก หรือ ปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เนื่องจากช่วยให้เกิดความเข้าใจในความหมายการดูแลของพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลซึ่งเข้าไปสัมผัสเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง