

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อลดการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ

วรารณา โสฬสลิขิต, รัตนา ศรีปณิธาน และ พิเชษฐ์ เวียงนก

กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลแพร่ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ : การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา แก่ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มารับคำปรึกษา ก่อนมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษา ปี พ.ศ. 2549 และหลังมีการพัฒนากระบวนการ ในปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 460 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 582 ราย พบมากในเพศชาย ร้อยละ 81.7 และร้อยละ 75.2 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 17-27 ปี ติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 47.0 และร้อยละ 42.8 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองแพร่ ร้อยละ 57.2 และร้อยละ 64.9 ตามลำดับ อาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา ติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 34.8 และร้อยละ 36.8 ตามลำดับ เป็นผู้บริจาครายเก้าร้อยละ 56.1 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ โดยเพศและถิ่นที่อยู่ เป็นปัจจัยที่พบความแตกต่างกันของความชุกของการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$ และ $p=0.013$) ปี พ.ศ. 2549 ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีจำนวน 67 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 72 ราย พบมากในเพศชาย ร้อยละ 92.5 และร้อยละ 80.6 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 39-49 ปี ติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 34.3 และ ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองแพร่ ร้อยละ 52.2 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ อาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา ติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 49.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ เป็นผู้บริจาครายเก่า ร้อยละ 58.2 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ และปัจจัยด้านเพศมีความแตกต่างกันของความชุกของการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$) อัตราการกลับมาบริจาคซ้ำ ก่อนพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาในปี พ.ศ. 2549 และหลังพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาในปี พ.ศ. 2550 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยในปี พ.ศ. 2549 พบผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซี กลับมาบริจาคซ้ำ ร้อยละ 73.5 และร้อยละ 74.6 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2550 พบร้อยละ 5.7 และร้อยละ 3.7 ตามลำดับ เมื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในโลหิตบริจาคทั้งหมด ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 พบความชุกของการติดเชื้อ ร้อยละ 4.9, 5.0 และ 4.0 ตามลำดับ แสดงถึงประสิทธิผลของการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อรับรู้และเข้าใจไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำอีก งานธนาคารเลือดจึงควรจัดให้มีการพัฒนากระบวนการดังกล่าวอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงและค่าใช้จ่าย ทำให้การบริการโลหิตมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

Key Words : ● การให้คำปรึกษา ● ผู้บริจาครายใหม่ ● ผู้บริจาครายเก่า

วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2553;20:11-7.

ความเป็นมา

การให้โลหิตที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็ยังมีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง รวมถึงการติดเชื้อต่างๆ ที่อาจมีในโลหิต เช่น เชื้อไวรัสเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อซิฟิลิส ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณร้อยละ 5¹

และความชุกของไวรัสตับอักเสบบีที่ศึกษาจากผู้บริจาคโลหิตในประเทศไทยมีอัตราชุกอยู่ที่ร้อยละ 0.8-1.4 คาดประมาณว่าปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 170 ล้านคนทั่วโลก²⁻⁴ จากสถิติข้อมูลของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติ จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2547-2549 พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในโลหิตบริจาคร้อยละ 4.2 ร้อยละ 4.3 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ และความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบร้อยละ 0.7 ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีและซีเกิดจากการถ่ายทอดจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารก

ได้รับต้นฉบับ 26 พฤศจิกายน 2552 ให้ลงตีพิมพ์ 16 ธันวาคม 2552

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ นางวรารณา โสฬสลิขิต ธนาคารเลือด กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลแพร่ ถนนช่อแฮ อ.เมือง จ.แพร่ 54000

การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ทางเข็มฉีดยา การสัก การเจาะหู และการได้รับโลหิต หรือส่วนประกอบโลหิต พบว่าร้อยละ 5-10 ของผู้ที่ติดเชื้อทั่วโลกเกิดจากการได้รับโลหิต และผลิตภัณฑ์ของโลหิต⁵ การดำเนินของโรคจะเริ่มต้นด้วยภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน และร้อยละ 80-85 ของผู้ที่ได้รับเชื้อจะดำเนินโรคเป็นตับอักเสบเรื้อรัง ดังนั้นการตรวจกรองการติดเชื้อดังกล่าวในโลหิตบริจาค⁶ และกระบวนการในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิด อีกทั้งยังทำให้ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อได้รับทราบปัญหาสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลผู้บริจาคโลหิตอย่างต่อเนื่อง และส่งผลระยะยาวถึงการให้บริการโลหิตที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เพราะปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของงานบริการโลหิตนอกเหนือจากการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตแล้ว จะต้องเป็นผู้บริจาคโลหิตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงลดลงด้วย⁷

เดิมกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อ เป็นเพียงการแจ้งผลและขอให้ผู้บริจาคงดบริจาคโลหิต หากสงสัยปัญหาสุขภาพจึงให้ไปปรึกษาแพทย์ ทำให้ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ ขาดความรู้ ความเข้าใจและกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำอีกหลายครั้ง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในโลหิตบริจาคไม่ลดลงเท่าที่ควร ทั้งที่มีการรณรงค์จากหลายหน่วยงานในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน⁸ รวมถึงการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิด ทั้งยังทำให้เกิดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในโลหิตบริจาค งานธนาคารเลือดได้ปรับปรุงพัฒนาระบบงาน และกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อ ในการมารับฟังผลการตรวจในปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน

การศึกษารั้วนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีผลต่อการลดอัตราการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการโลหิตที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้บริจาคโลหิตตามนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาในผู้บริจาคโลหิตที่พบผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบีเป็นผลบวกในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 527 ราย และปี พ.ศ. 2550 จำนวน 654 ราย ที่มารับคำปรึกษาจากหน่วยให้คำปรึกษา งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลแพร

2. กระบวนการในการให้คำปรึกษา

2.1 การแจ้งรายงานผลการตรวจ

- ทางจดหมาย : หลังจากตรวจยืนยันผลการตรวจที่พบผลบวก

: แจ้งผลเฉพาะผู้ที่แสดงความจำนงค์ต้องการทราบผลการตรวจ
: ใช้รหัสในการบ่งชี้ชนิดของเชื้อที่ตรวจพบเพื่อให้ทราบเฉพาะผู้ให้คำปรึกษา โดยไม่ระบุไว้ในจดหมายนัด

2.2 การนัดหมาย : กำหนดวันเวลา และสถานที่สำหรับให้คำปรึกษา

: ให้บริการไม่เกินวันละ 20 ราย

2.3 การให้คำปรึกษา : ผู้ให้คำปรึกษาต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการเป็นผู้ให้คำปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน

: มีเอกสารคู่มือที่เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการอธิบาย ให้คำแนะนำการเจาะตรวจเลือดซ้ำ ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อบ่งชี้ระยะของการติดเชื้อหรือส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง

2.4 การติดตามผล : มีทะเบียนบันทึกผลการให้คำปรึกษาเวลาที่นัดหมายและการปิดกระบวนการให้คำปรึกษาในแต่ละราย

3. ปัจจัยที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี วิเคราะห์การกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ เปรียบเทียบก่อนการดำเนินงานให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2549) และหลังการดำเนินงานให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2550) และศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซี ในโลหิตบริจาคทั้งหมดก่อนและหลังการดำเนินงานให้คำปรึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 460 ราย เป็นชายร้อยละ 81.7 หญิงร้อยละ 18.3 กลุ่มอายุ 17-27 ปี พบการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) น้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภออื่นของจังหวัดแพร (ร้อยละ 57.2) กลุ่มอาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา พบการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 34.8) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้บริจาครายเก่า (ร้อยละ 56.1) ปี

พ.ศ. 2550 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 582 รายเป็นชาย ร้อยละ 75.2 หญิงร้อยละ 24.8 ติดเชื้อมากที่สุด กลุ่มอายุ 17-27 ปี (ร้อยละ 42.7) น้อยที่สุดกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 6.4) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในอำเภออื่นของจังหวัดแพร่ (ร้อยละ 64.9) ติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา (ร้อยละ 36.8) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้บริจาค رایเก่า (ร้อยละ 55.3) โดยปัจจัยด้านเพศและถิ่นที่อยู่ของผู้ติดเชื้อมีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011, 0.013$) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดซี ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 67 รายเป็นชายร้อยละ 92.5 หญิงร้อยละ 7.5 กลุ่มอายุ 39-49 ปี พบการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 34.3) น้อยที่สุด กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4.5) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภออื่นของจังหวัดแพร่ (ร้อยละ 52.2) กลุ่มอาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา พบการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 49.3) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ เป็นผู้บริจาค รายเก่า (ร้อยละ 58.2) ปี พ.ศ. 2550 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 72 รายเป็นชายร้อยละ 80.6 หญิงร้อยละ 19.4 ติดเชื้อมากที่สุด กลุ่มอายุ 39-49 ปี (ร้อยละ 36.1) น้อยที่สุด

ในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.3) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภออื่นของจังหวัดแพร่ (ร้อยละ 66.7) ติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอาชีพรับจ้าง ทำไร่ ทำนา (ร้อยละ 50.0) ผู้บริจาค รายใหม่ มีความซุกของการติดเชื้อเท่ากับผู้บริจาค รายเก่า (ร้อยละ 50.0) โดยปัจจัยด้านเพศของผู้ติดเชื้อมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$) (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปี พ.ศ. 2549 ก่อนมีกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ร้อยละ 73.5 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดซี กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ร้อยละ 74.6 ปี พ.ศ. 2550 หลังมีกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ร้อยละ 5.7 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ร้อยละ 3.7 โดยผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อตับอักเสบบีทั้งชนิดบีและชนิดซี กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ เปรียบเทียบกับผู้บริจาคโลหิตที่ไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ มีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

เปรียบเทียบความซุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550

ลักษณะที่ศึกษา	พ.ศ. 2549		พ.ศ. 2550		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	376	81.7	438	75.2	0.011
หญิง	84	18.3	144	24.8	
อายุ (ปี)					
17-27	216	47.0	249	42.8	0.261
28-38	103	22.4	159	27.3	
39-49	106	23.0	137	23.5	
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	35	7.6	37	6.4	
ที่อยู่					
อำเภอเมือง จ.แพร่	168	36.5	163	28.0	0.013
อำเภออื่น จ.แพร่	263	57.2	378	64.9	
ต่างจังหวัด	29	6.3	41	7.1	
อาชีพ					
นักเรียน นักศึกษา	155	33.7	171	29.4	0.322
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ เอกชน	145	31.5	197	33.8	
รับจ้าง ทำไร่ ทำนา	160	34.8	214	36.8	
ประเภทผู้บริจาค					
รายใหม่	202	43.9	260	44.7	0.820
รายเก่า	258	56.1	322	55.3	

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดซี ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550

ลักษณะที่ศึกษา	พ.ศ. 2549		พ.ศ. 2550		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	62	92.5	58	80.6	0.040
หญิง	5	7.5	14	19.4	
อายุ (ปี)					
17-27	19	28.4	20	27.8	0.771
28-38	22	32.8	20	27.8	
39-49	23	34.3	26	36.1	
มากกว่าหรือเท่ากับ 50	3	4.5	6	8.3	
ที่อยู่					
อำเภอเมือง จ.แพร่	29	43.3	22	30.5	0.221
อำเภออื่น จ.แพร่	35	52.2	48	66.7	
ต่างจังหวัด	3	4.5	2	2.8	
อาชีพ					
นักเรียน นักศึกษา	14	20.9	14	19.4	0.977
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ เอกชน	20	29.8	22	30.6	
รับจ้าง ทำไร่ ทำนา	33	49.3	36	50.0	
ประเภทผู้บริจาค					
รายใหม่	28	41.8	36	50.0	0.332
รายเก่า	39	58.2	36	50.0	

ตารางที่ 3 ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ

ลักษณะที่ศึกษา	พ.ศ. 2549		พ.ศ. 2550		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี					
กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	338	73.5	35	6.0	<0.001
ไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	122	26.5	547	94.0	
ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี					
กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	50	74.6	2	2.8	<0.001
ไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	17	25.4	70	97.2	
ผู้บริจาคโลหิตติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และชนิดซี					
กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	388	73.6	37	5.7	<0.001
ไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	139	26.4	617	94.3	

ชนิดซีในโลหิตบริจาคทั้งหมดของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติจังหวัดแพร่ ก่อนมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2549) มีความชุกของการติดเชื้อ ร้อยละ 4.1 และ 0.8 ตามลำดับ หลังมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2550-2551) ปี พ.ศ. 2550 มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และชนิดซี ร้อยละ 4.2 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2551 มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซี ร้อยละ 3.3 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

กลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซีในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เพศชายมีการติดเชื้อสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับรายงานการติดเชื้อในโลหิตบริจาคของภาคบริการโลหิตแห่งชาติขอนแก่น ปี พ.ศ. 2547-2549⁹ และรายงานการติดเชื้อในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก ของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ปี พ.ศ. 2550¹⁰ พบความชุกของไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซีในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากรายงานระบาดวิทยา

ตารางที่ 4 ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และชนิดซี ในโลหิตบริจาคตัดของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติ จังหวัดแพร่ ก่อนมีกระบวนการให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2549) และหลังมีกระบวนการให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2550-2551)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนมีกระบวนการให้คำปรึกษา		หลังมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษา			
	ปี พ.ศ. 2549		ปี พ.ศ. 2550		ปี พ.ศ. 2551	
	ยูนิต	ร้อยละ	ยูนิต	ร้อยละ	ยูนิต	ร้อยละ
ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในโลหิตบริจาคตัด	483	4.1	587	4.2	485	3.3
ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดซี ในโลหิตบริจาคตัด	89	0.8	122	0.8	103	0.7
ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบีและชนิดซีในโลหิตบริจาคตัด	572	4.9	709	5.0	588	4.0

และปัจจัยเสี่ยงของไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี¹¹ ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงร่วมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มบุคคลอายุมากกว่า 20 ปี ได้แก่ ประวัติการฉีดยาเสพติดเข้าเส้น การสัก เจาะหู และประวัติการถ่ายโลหิต จึงอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การติดต่อในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การติดเชื้อในเพศชายหลังมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาปี พ.ศ. 2550 พบการติดเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) มีการศึกษาวิจัยพบว่าการศึกษาที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หรือรู้จักป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านความเชื่อ¹² ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ในเพศหญิงพบความชุกของการติดเชื้อสูงขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะข้อมูลความชุกของการติดเชื้อในเพศหญิงอยู่ในอัตราที่ต่ำ จึงควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอในการวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ผู้บริจาคตัดโลหิตที่ติดเชื้อทั้งสองชนิดในเขตอำเภออื่นๆ ของจังหวัดแพร่ พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) แต่ในเขตอำเภอเมืองพบการติดเชื้อลดลง แสดงถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ¹³ หรือคำปรึกษาด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวกกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเมืองจึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค จึงสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มากกว่า อย่างไรก็ตามมีผู้ศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ¹⁰ ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาวิจัย ได้แก่ ความแตกต่างของกลุ่มหรือประเภทของผู้บริจาคตัดโลหิต ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตลอดจนชนบทชนเมือง ประเพณี วัฒนธรรมความเป็นอยู่ และพฤติกรรมของบุคคลซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจของผู้ติดเชื้อที่มารับคำปรึกษาดังกล่าว

การติดเชื้อในผู้บริจาคตัดโลหิตรายเก่าและผู้บริจาคตัดโลหิตรายใหม่ ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 พบการติดเชื้อในผู้บริจาคตัดรายเก่าสูงกว่ารายใหม่ ซึ่งจากข้อมูลเชิงลึกในกระบวนการให้คำปรึกษาพบว่า ผู้บริจาคตัดโลหิตรายเก่าที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ไม่ได้บริจาคตัดโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และเว้นระยะของการบริจาคตัดโลหิตมากกว่า 1 ปี โดยมีสาเหตุของการกลับมาบริจาคตัดโลหิตเนื่องจากต้องการบริจาคตัดให้ญาติซึ่งเป็นผู้ป่วย จึงถือได้ว่าผู้บริจาคตัดกลุ่มดังกล่าวไม่ใช่ผู้บริจาคตัดประจำ ดังนั้นหากมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องจำนวนครั้งของการบริจาคตัดโลหิตในแต่ละปีของผู้บริจาคตัดแต่ละราย ระยะห่างของช่วงเวลาที่มาบริจาคตัดโลหิตแต่ละครั้ง และปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้กลับมาบริจาคตัดโลหิตอีก โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาก่อนการบริจาคตัดโลหิต จะทำให้มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถนำไปใช้พัฒนากระบวนการทำงาน เพื่อการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในปี พ.ศ. 2550 หลังการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคตัดโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าอัตราการกลับมาบริจาคตัดโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบของการให้คำปรึกษา ทั้งในเรื่องของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา ซึ่งต้องผ่านกระบวนการอบรมทักษะการให้คำปรึกษา มีแนวทางและวิธีปฏิบัติในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมความรู้แก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องลักษณะและอาการของโรค วิธีการติดต่อ การแพร่เชื้อและความเสี่ยงต่อโรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยมีเอกสารประกอบการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ที่มารับคำปรึกษาได้รับความรู้ ความเข้าใจ และหน่วยงานยังมีแนวทางการส่งต่อผู้เข้ารับคำปรึกษาพบแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ศึกษาเปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปี และชนิดซี ในโลหิตบริจาคของสาขาบริการโลหิตแห่งชาติ โรงพยาบาลแพร่ หลังมีการปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา (ปี พ.ศ. 2550-2551) พบความชุกของการติดเชื้อลดลงในปี พ.ศ. 2551 โดยพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปี ร้อยละ 3.3 และไวรัสตับอักเสบนานปี ร้อยละ 0.7 ใกล้เคียงกับที่พบในรายงานของภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ขอนแก่น⁹ ที่พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปีและชนิดซี ร้อยละ 3.3 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ คาดว่าสาเหตุที่ทำให้ปี พ.ศ. 2550 มีความชุกของการติดเชื้อใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2549 อาจเนื่องจากการติดเชื้อในผู้บริจาครายใหม่ หรืออยู่ระหว่างดำเนินการนัดหมายเพื่อเข้ารับคำปรึกษา ซึ่งหากหน่วยงานมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของผู้บริจาคโลหิตให้มีความเชื่อมโยงทั้งกระบวนการก่อนและหลังให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะทำให้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

ระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อ ถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการรับบริจาคโลหิตที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นในทุกขั้นตอนของการทำงาน ตั้งแต่ระบบนัดผู้ติดเชื้อเพื่อมารับคำปรึกษา ตัวผู้ให้คำปรึกษาซึ่งต้องมีความรู้ มีทักษะการให้คำปรึกษา และรู้จักเลือกใช้วิธีสื่อสารที่เป็นการสื่อสารแบบสองทาง¹³ โดยใช้สื่อตัวบุคคลร่วมด้วยจะทำให้ผู้รับบริการได้รับรายละเอียดที่ชัดเจนเพียงพอ ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของตนเองและไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับโลหิต ลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อของผู้ปฏิบัติงาน ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในโลหิตบริจาค นอกจากนี้กระบวนการในการให้คำปรึกษายังพัฒนาขึ้นได้อีกด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับคำปรึกษา ซึ่งในที่สุดก็จะทำให้งานบริการโลหิตมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเกิดความปลอดภัยต่อทั้งผู้บริจาคโลหิตและผู้ป่วย อันเป็นนโยบายสำคัญของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

สรุป

งานธนาคารเลือดควรจัดให้มีกระบวนการให้คำปรึกษา แก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้ออย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปี หรือเชื้อชนิดอื่นที่ถ่ายทอดทางการให้โลหิต กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำอีก ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลา ขั้นตอน และค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในโลหิตบริจาคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ร้อยเอก รศ. ดร. นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และ รศ. ชไมพร ทวีชศรี ในการให้คำปรึกษาแนะนำในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลแพร่ ที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีวิไล ต้นประเสริฐ. การศึกษาความชุกของไวรัสตับอักเสบนานปีในผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เอกสารการประชุมวิชาการ งานบริการโลหิตระดับชาติ 2536. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย 2536 : 24-5.
2. Chunlertrith K , Sukeepaisarnjaroen W , Mairiang P , et al. Clinico epidemiology of hepatitis C viral infection in northeastern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2000;31(2):273-6.
3. Louisirirochanakul S, Myint KS, Srimee B, et al. The prevalence of viral hepatitis among the Hmong people of northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002;33(4):837-44.
4. Ishida T, Takao S, Settheetham-Ishida W and Tiwawech D. Prevalence of hepatitis B and C virus infection in rural ethnic population of northern Thailand. *J Clin Viral* 2002;24(1-2):31-5.
5. ยง ภูววรรณ. An update on Hepatitis B and Hepatitis C virus. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการงานบริการโลหิตแห่งชาติ 2550;4:17-36.
6. Brecher ME, ed. Technical Manual 15thed. Bethesda : American Association of Blood Banks, 2005:97-115, 165-70.
7. ศรีวิไล ต้นประเสริฐ. Blood Safety Around the World. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2546;13(1):15-34.
8. ยง ภูววรรณ. ไวรัสตับอักเสบนานปี. ใน : ศ.นพ.ยง ภูววรรณ, บรรณาธิการ. ไวรัสตับอักเสบนานปีและการป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: สำนักพิมพ์ชัยเจริญ, 2539:38-59.
9. กนกพร พิมพ์เสน. อัตราการติดเชื้อในผู้บริจาคโลหิตของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 6 ขอนแก่น. เอกสารการประชุมวิชาการ งานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2550. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย 2550.
10. มนัส ยัสสะ, ขาววิทย์ ลีลาญวัฒน์, ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ, สหพัฒน์ บัณฑิตรักษ์, จตุพร พรหมวงศ์ และราณี ตาเดอนทร์. ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปีในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก ณ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2544-2548. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2550;19(1):16-23.
11. ชุมพจน์ อมาตยกุล, กัมมมาล กุมารปาวา และนงลักษณ์ คณิตทรัพย์. การศึกษาเปรียบเทียบทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยง ของการพบไวรัสตับอักเสบนานปีในโรงพยาบาลและชุมชนในประเทศไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2548;33:970-82.
12. Rosenstock IM (1974a). Hisstorial origins of the health belief model. In : MH Beeleer (Ed), *The health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack 1998;1-8.
13. เขาวลิตร จิระดิษฐ์, มนต์ชัย รัตนเศวตศักดิ์, สิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์ และ วิไล ชูเกียรติศิริ. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของคนไทย ปี 2550. วารสารควบคุมโรค 2551;34(2):118-26.

The Effectiveness of Counseling for Reducing Repeated Donation Among Hepatitis Infected Blood Donors in Phrae Hospital

Warangkana Soloslikit, Ratana Sripanithan and Pichet Vienghok

Section of Clinical pathology, Phrae Hospital, Ministry of Public Health

Abstract : The purpose of this study is to find out the result of the outcome of counseling and improve the method of counseling for infected blood donors. Before and after counseling in the year 2006 and 2007 the result was that there were 460 and 582 of hepatitis B infected donors found respectively. Most of them were male (81.7 and 75.2%) labours workers and farmers (34.8 and 36.8%). The big group of hepatitis B infected donors were 17-27 years of age (47.0% in 2006 and 42.8% in 2007). The majority of them lived in the country of Phrae Province (57.2% in 2006 and 64.9% in 2007). 56.1 and 55.3% of them were repeated donors in 2006 and 2007 respectively. Sex and living area were the main factors of affecting rate ($p = 0.011$ and $p=0.013$). In 2006 and 2007, there were 67 and 72 of hepatitis C infected donors found respectively. Most of them were male (92.5 and 80.6%) labours workers and farmers (49.3 and 50.0%). The big group of hepatitis C infected blood donors were 39-49 years of age (34.3% in 2006 and 36.1% in 2007). The majority of them lived in the country of Phrae Province (52.2 and 66.7%). 58.2 and 50.0% of them were repeated donors respectively. Sex was the main factor of affecting rate ($p=0.040$). The redonation rates before and after consultation are significantly different ($p < 0.001$). Before the improved counseling in 2006, 73.5% of hepatitis B infected donors and 74.6% of hepatitis C ones returned to donate their blood. After the improved counseling in 2007, the number of them reduced to 5.7% and 3.7% in 2006 and 2007 respectively. From 2006-2008 the prevalence of hepatitis infected bloods were 4.9, 5.0 and 4.0 respectively. Thus, the blood bank should continue counseling development to decrease the risk of infection and working expenses and make blood donation more efficiently and safely.

Key Words : ● Counseling ● First-time Donors ● Repeated Donors

J Hematol Transfus Med 2010;20:11-7.

