



โรงพยาบาลกระบี่
Krabi Hospital

กระบี่เวชสาร

KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เมษายน - กันยายน 2562 Vol.2 No.2 April - September 2019

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลโรงพยาบาลกระบี่ ธรรนิศ ลิ้มปর্ণกรกุล	1
ศักยภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ : กรณีศึกษาอำเภอเมืองกระบี่ พิพัฒน์ พุทธิโร	17
สถานการณ์การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดกระบี่ ศิริรัตน์ ไส้ไทย, ปิยะเนตร พรสินศิริรักษ์, รอเฮนิง วาเฮง, อรอนงค์ ประทีป ณ ถลาง, ธวัชชัย กงสะเด็น, ชัยสิทธิ์ ผกามาศ, สุภาณี รัชศรีทอง, วันชัย อินทอง	29
การพัฒนาการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ สุกัญญา ไชยสุวรรณ	37
การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไป สุกัญญา ไชยสุวรรณ	45
รายงานผู้ป่วย	
Incarcerated transmesenteric hernia following appendectomy in Pediatric patient: case report Kamonrat J., Veawarun P. and Warakorn K.	53
บททวนวรรณกรรม	
Perinatal Transmission ธีรศักดิ์ อุดมศรี	59
ปกิณกะ	
เศรษฐกิจพอเพียงในการสาธารณสุข ศุภมาส พันธุ์ชัย	85
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	88

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลโรงพยาบาลกระบี่

ธรรนิศ ลิ้มปรกรณ์กุล*

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดทอนซิลเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่สุดในการผ่าตัดที่จำเป็นต้องป้องกันและวินิจฉัยตั้งแต่แรกเนื่องจากพบได้บ่อยและอาจมีอันตรายถึงชีวิตเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล โดยศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเชิงพรรณนาผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อมทอนซิลอย่างเดียวในโรงพยาบาลกระบี่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 321 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.1 อายุเฉลี่ย 17 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 41 กิโลกรัม ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.20 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดจากภาวะต่อมทอนซิลเรื้อรัง ร้อยละ 81.60 มีขนาดของต่อมทอนซิลโต 3+ ร้อยละ 72.30 ระยะเวลาผ่าตัด เฉลี่ย 30 นาที การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เฉลี่ย 10 ซี.ซี. หลังผ่าตัดมีเลือดออกอยู่ในระดับ 0 ร้อยละ 88.20 ระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า 5 คะแนน ร้อยละ 83.80 มีการใช้ยาแก้ปวดร้อยละ 87.50 การใช้ยา antihistamine ร้อยละ 15.90 เฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน และเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดร้อยละ 3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ น้ำหนักตัว ($p=0.024$), ระยะเวลาผ่าตัด ($p=0.008$) การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ($p=0.010$) และการใช้ยา antihistamine ($p=0.003$) นำปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การผ่าตัดต่อมทอนซิล, ปัจจัยภาวะแทรกซ้อน, การค้นหาและวัดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

* กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกระบี่

Factors of Complications after tonsillectomy in Krabi Hospital

Thoranit Limpakornkul*

Abstract

Post-tonsillectomy hemorrhage is the most common serious complication following the operation and sometimes life threatening. The objective of this study was to determine the incidence, risk factors in patients underwent tonsillectomy (321 case totally) in Krabi Hospital from October 1st 2014 - September 30th 2018. The result of study showed median age of patient was 17 years. Male : Female ratio was 1:1.1. The average weight of 41.00 kg. 280 patients (87.20%) was not underlying disease. in the surgical indication from chronic tonsillitis (81.60 %), the size of the tonsils 3+ (72.30 %). 30 minutes of operative time, EBL= 10 cc. postoperative bleeding in grade 0 (88.20 %), pain score ≤ 5 (83.80%), length of stay is 3 day, no postoperative complications within 72 hours. The risk factors are body weight ($p=0.024$), time of operation ($p=0.008$), EBL($p=0.010$) and use antihistamine ($p=0.003$)

Therefore, proper treatment planning should be practiced when provide tonsillectomy in patients who presented with risk factors to achieve excellent treatment.

Keywords : Tonsillectomy, Post-tonsillectomy hemorrhage, Risk Factors

* Division of Otorhinolaryngology, Krabi Hospital

บทนำ

โรคทอนซิลอักเสบเรื้อรังหรือต่อมทอนซิลโตเกินปกติพบได้บ่อยที่มีอุบัติการณ์การผ่าตัดสูงเป็นอันดับแรกของกลุ่มงาน โสต ศอ นาสิกได้ในทุกโรงพยาบาล ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัด การติดเชื้อ การกลืนอาหารลำบากหลังการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากอาการปวดและภาวะบวมของแผลผ่าตัด การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนซึ่งเป็นอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการศึกษาการผ่าตัดต่อมทอนซิลและการผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์ ของ Gerard and Browning และคณะ¹⁻² รายงานว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดคือภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดซึ่งเกิด ได้ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงแรกจนถึง 1 สัปดาห์ ส่วนอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัดและการกลืนอาหารลำบาก การติดเชื้อและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนพบรองลงมาตามลำดับ Windfuhr และคณะ³ รายงานว่าเลือดออกหลังการผ่าตัดสัมพันธ์กับขนาดของต่อมทอนซิลและพังผืดที่เป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรัง ทำให้การผ่าตัดยากและมีเนื้อเยื่อซ้ำบวมมากกว่าปกติ ทำให้มีอาการกลืนลำบากและอาการปวดหลังการผ่าตัดได้ ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดอาจเกิดภายใน 24 ชั่วโมง (primary hemorrhage) หรือภายหลัง 24 ชั่วโมง (secondary hemorrhage) อุตบัติการณ์การเกิด เลือดออกหลังผ่าตัดโดยรวมร้อยละ 0 - 20⁴

โรงพยาบาลกระบี่มีผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลจำนวน 45-50 รายต่อปี ได้มีรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบผู้ป่วย 10 ราย มีภาวะเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักเกิดหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ภาวะนี้ถือเป็นอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดและการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่ ยังมิได้มีการศึกษาประเมินสถานการณ์ การผ่าตัดต่อมทอนซิลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิล ซึ่งผลการศึกษาข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปวางแผนงานในการดูแลรักษาและสร้างมาตรฐานการรักษาของการผ่าตัดต่อมทอนซิลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การวางระบบมาตรฐานของการผ่าตัดต่อมทอนซิลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective descriptive study)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria): ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล ในโรงพยาบาลกระบี่

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria): ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดเช่น การทำ fracture of stylohyoid การผ่าตัดต่อมอะดีนอยด์ร่วมด้วย

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลในโรงพยาบาลกระบี่ ทั้งหมด 382 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2561

การจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (Subject allocation) : เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยเรียงตาม วัน เดือน

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยทั้งหมด 321 ราย นำมาหาค่าความถี่ร้อยละ และศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด กับเพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ขนาดของต่อมทอนซิล ระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระดับความรุนแรงในการเสียเลือดหลังผ่าตัด ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวด การใช้ยา Antihistamine วันนอนโรงพยาบาลโดยใช้สถิติ One Way ANOVA กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต่อมทอนซิลอย่างเดียวระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2561 มีทั้งหมด 321 ราย เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 50.80 มีอายุเฉลี่ย 17 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.52

มีต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นข้อบ่งชี้การผ่าตัดร้อยละ 81.60 ขนาดของต่อมทอนซิลโต ระดับ 3+ คิดเป็นร้อยละ 72.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว น้ำหนักตัวเฉลี่ย 41 กิโลกรัม ระยะเวลารักษาเฉลี่ย 30 นาที การสูญเสียเลือดเฉลี่ย 10 ซี.ซี. หลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง มีระดับความรุนแรงภาวะเลือดออก

เป็นระดับ 0 คิดเป็นร้อยละ 88.20 ระดับความเจ็บปวด pain score น้อยกว่า 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.80 การใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 87.50 การใช้ยา antihistamine ร้อยละ 15.90 ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดมากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 3.1 แสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (n= 321 ราย)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	158	49.20
หญิง	163	50.8
อายุ (min=2, max=69, mean=17.838, SD=14.25478)		
≤ 15 ปี	175	54.52
16 - 35 ปี	99	30.84
35 - 60 ปี	45	14.02
> 60 ปี	2	0.62
ข้อบ่งชี้การผ่าตัด		
- ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	262	81.60
- ต่อมทอนซิลโตร่วมกับภาวะนอนกรน	49	15.30
- มีกลิ่นปากจากคราบหินปูนและเศษอาหารตกค้างที่ร่องทอนซิล	7	2.20
- มีประวัติฝีรอบต่อมทอนซิล	3	0.90
ขนาดของต่อมทอนซิล		
- 1+	2	0.60
- 2+	23	7.20
- 3+	232	72.30
- 4+	64	19.90
น้ำหนักตัว เฉลี่ย 41 กิโลกรัม (min=10, max=110, mean=41.5436, SD=21.85738) ระยะเวลาผ่าตัด เฉลี่ย 30.00 นาที (min=10, max=95, mean=29.2960, SD=10.63939) การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เฉลี่ย 10 ซี.ซี. (min=2, max=200, mean=13.4829, SD=17.46587)		
ระดับความรุนแรงภาวะเลือดออก 4 ระดับ		
- ระดับ 0 ไม่มีเลือดออกเลย	283	88.20
- ระดับ 1 เลือดปน scum ออกจากคอ 2 ครั้ง/แวน	36	11.20
- ระดับ 2 เลือดปนน้ำลายทุกครั้งที่ยืน	2	0.6
- ระดับ 3 เลือดปน blood clot	0	0
- ระดับ 4 massive bleeding	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (n= 321 ราย)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (min=1, max=10, mean=3.5576, SD=1.44177)		
คะแนน < 5	269	83.80
คะแนน ≥ 5	52	16.20
การใส่ยาแก้ปวด		
ไม่ใช้	40	12.50
ใช้	281	87.50
การใช้ antihistamine		
ไม่ใช้	270	84.10
ใช้	51	15.90
Re-bleeding		
ไม่เกิด	311	96.9
เกิด	10	3.1
รวมวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 3 วัน (min=1, max=5, mean=2.7103, SD=0.61252)		

นำปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One Way ANOVA แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล

ปัจจัย		SS	df	MS	F	Sig.
เพศ	ระหว่างกลุ่ม	0.120	1	0.120	0.478	0.490
	ภายในกลุ่ม	80.11	319	0.251		
	รวม	80.231	320			
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	431.00	1	431.00	2.129	0.146
	ภายในกลุ่ม	64592.576	319	202.485		
	รวม	65023.576	320			
ข้อบ่งชี้การผ่าตัด	ระหว่างกลุ่ม	.235	1	0.235	.577	0.448
	ภายในกลุ่ม	129.828	319	.407		
	รวม	130.062	320			
ขนาดของต่อมทอนซิล	ระหว่างกลุ่ม	.837	1	0.837	2.969	0.086
	ภายในกลุ่ม	89.898	319	.282		
	รวม	90.735	320			
โรคประจำตัว	ระหว่างกลุ่ม	0.54	1	0.054	.482	0.488
	ภายในกลุ่ม	35.709	319	0.112		
	รวม	35.763	320			

ตารางที่ 2 (ต่อ) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล

ปัจจัย		SS	df	MS	F	Sig.
น้ำหนักตัว	ระหว่างกลุ่ม	2434.012	1	2434.012	5.161	0.024**
	ภายในกลุ่ม	150444.377	319	471.612		
	รวม	152878.389	320			
ระยะเวลาผ่าตัด	ระหว่างกลุ่ม	781.965	1	781.965	7.038	.008**
	ภายในกลุ่ม	35440.920	319	111.100		
	รวม	36222.885	320			
การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด	ระหว่างกลุ่ม	2027.977	1	2027.977	6.768	0.010**
	ภายในกลุ่ม	95590.178	319	299.656		
	รวม	97618.156	320			
ความรุนแรงเลือดออก	ระหว่างกลุ่ม	0.318	1	0.318	2.617	0.107
	ภายในกลุ่ม	38.698	319	0.121		
	รวม	39.016	320			
ระดับความเจ็บปวด	ระหว่างกลุ่ม	1.210	1	1.210	0.581	0.446
	ภายในกลุ่ม	663.974	319	2.081		
	รวม	665.184	320			
การใส่ยาแก้ปวด	ระหว่างกลุ่ม	0.318	1	0.318	2.919	0.089
	ภายในกลุ่ม	34.698	319	0.109		
	รวม	35.016	320			
การใส่ยา antihistamine	ระหว่างกลุ่ม	1.201	1	1.201	9.189	0.003**
	ภายในกลุ่ม	41.696	319	0.131		
	รวม	42.897	320			
รวมวันนอนโรงพยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	0.001	1	0.001	0.003	0.957
	ภายในกลุ่ม	120.055	319	0.376		
	รวม	120.056	320			

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One Way ANOVA ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งมีค่า Sig. มากกว่าค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ α 0.05 เช่น เพศ อายุ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ขนาดของต่อมทอนซิล โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงเลือดออก ระดับความเจ็บปวด การใส่ยาแก้ปวด และรวมวันนอนโรงพยาบาล แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันกับการเกิดภาวะ re-bleeding ส่วนปัจจัยด้านน้ำหนักตัว ระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

และการใส่ยา antihistamine พบว่ามีความแตกต่างในการเกิดภาวะ re-bleeding อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่น้อยกว่า 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมทอนซิล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 321 ราย คิดเป็น ร้อยละ 35.50 ของการผ่าตัดทางโสต ศอ นาสิก ทั้งหมด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 50.8 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 81.60 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 3.1 ซึ่งอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา การทบทวนวรรณกรรม⁴ ที่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 2.9 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบถึงภาวะแทรกซ้อนโดยรวมแล้วมีค่าต่ำกว่าการศึกษาของ Seshamani M. ที่มีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 20⁴ นอกจากนี้พบว่า เพศ อายุของผู้ป่วย ข้อบ่งชี้การผ่าตัด ขนาดของต่อมทอนซิล ไม่มีผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Windfuhr JP และคณะพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อเลือดออกหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล คือ เพศชาย อายุมาก การอักเสบ บ่อย และการติดเชื้อ Infection mononucleosis⁶

โดยรวมพบว่า การผ่าตัดต่อมทอนซิลที่โรงพยาบาลกระบี่ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเสียเลือดหลังผ่าตัด โดยมีอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ ทั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น น้ำหนักตัวของผู้ป่วย จากการทบทวนในผู้ป่วย 10 รายที่เกิดภาวะ Re-bleeding พบว่ามีน้ำหนักตัวเกินคิดเป็นร้อยละ 80 ทำให้การผ่าตัดยุ่งยาก ส่งผลให้ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่า 30 นาที การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดมากกว่า 50-100 ซี.ซี. และการใช้ยา antihistamine กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะ Re-bleeding ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาเป็นการทำนายผลลัพธ์การเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด นอกจากปัจจัยความเสี่ยงที่พบแล้ว การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร การงดสูบบุหรี่ การไอจามแรง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกหลังการผ่าตัด⁴⁻⁵ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดบ่อยเป็นอันตรายเพื่อให้ข้อมูล ญาติและผู้ป่วยในการพิจารณายอมรับผลลัพธ์การผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด ลดข้อร้องเรียน

สรุปผล

ภาวะแทรกซ้อนที่ถือว่าสำคัญและพบบ่อยที่สุดใน การผ่าตัดต่อมทอนซิลคือเลือดออกหลังผ่าตัดและการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออก เช่น ผู้ป่วย อ้วนมีค่า BMI $\geq$ 25 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและเน้นการปฏิบัติตัว ในเรื่องการรับประทานอาหารเหลวเย็น ในระหว่างผ่าตัดมี ปัจจัยเสี่ยงเช่น ระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

และการใช้ยา antihistamine หลังผ่าตัด จากข้อมูลดังกล่าว นำ มาพัฒนาเป็น Clinical Tracer การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล จะเป็นประโยชน์ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยต่อมทอนซิล อักเสบที่ได้รับการผ่าตัดใน โรงพยาบาลกระบี่ ขอขอบคุณ นายแพทย์กลุ่มงานศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ที่เป็นพี่ปรึกษาและ อนุญาตให้นำข้อมูลมานำเสนอเป็นรายงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Gerard O, AntonyN, GrndtB. Adenotonsillectomy. Clinical ENT 2000;21: :165-9.
- Browning GG.An important,randomized controlled trial of Adenotonsillectomy. Clin Otolaryngol 2005;30:58-9.
- Windfuhr JP,Chen YS,Remmert S. Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidec-tomy in 15,218 patients.Otolaryngol Head Neck Surg 2005;132:281-6.
- Seshamani M,Vogtmann E, GatwoodJ, Gib-sonTB, ScanlonD. Prevalence of complications from adult tonsillectomy and impact on health care expenditures. Otolaryngol Neck Surg2014;150(4):574-81.
- Acevedo JL, Shah RK, Brietzke SE. Systematic review of complications of tonsillectomy versus tonsillectomy.Otolaryngol Neck Surg 2012;146(6):871-9.
- Windfuhr JP, Chen YS, Remmert S. Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidec-tomy n15,218Zserialonline)2005Feb(cited2 018Mar6);132(2):Avialablefrom:URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=display&DB=pub med).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกัน การหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่

ชญานันท์ ช่วยบุตดา*

ศิริพรรณ ศรีเปารยะ*

เพ็ญศรี ยาวส่ง*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ในโรงพยาบาลกระบี่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน อายุ 18-59 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่าง 6 ธันวาคม 2559-ธันวาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการหักซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สถิติ แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยง .83 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยป้องกันการหักซ้ำหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพราะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และเชื่อในความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การป้องกันการหักซ้ำ กระดูกต้นขาหักได้รับการใส่โลหะยึดตรึงภายใน

* พยาบาลระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

The Effect of Self- Efficacy Promotion Program to Re-fracture Behavior in Patients with Femoral Fractures Receiving Internal Fixation in Krabi Hospital

*Chayanan Chueybuddha**

*Siripun Sripaoraya***

*Pensri yowsong****

Abstract

This research is a quasi-experimental research. The objective is to study the effect of self-efficacy promotion program to re-fracture behavior in patients with femoral fractures received internal fixation in Krabi Hospital. The samples were patients are who diagnosed as femoral fracture and received internal fixation in Krabi Hospital aged 18 -59 years old, between 6 December 2016 - December 2017. The samples were chosen by 30 subjects and divided into 2 groups (experimental and control groups). Each group consisted of 15 patients with similar condition by matching qualifications in terms of gender, age, education level and occupation. The experimental group received the perceived self - efficacy promoting program for 4 weeks and the control group received routine nursing care. Tools used in the experiment are program to promote self-efficacy, questionnaire for perceived self-efficacy in preventing re-fracture and questionnaire for preventive fracture behavior in the femoral fracture patients who received internal fixation. Accuracy was checked using statistics Cronbach's alpha has a precision of .83 and .81. Data was analyzed T-test statistics.

The results showed that the average score of preventive fracture behavior in the experiment group are higher than control group with statistical significance at the level of .05. The research implies that the provision of this program is a nursing activity that prevent re-fractures after surgery. Resulting in better self-care behavior because of encouraging patients to have more knowledge and confidence in the activities of self-care improval. The researchers suggested that this program should be used in involved nursing activities to increase patient ability in proper self-care behavior.

Keywords : Self- efficacy, Prevention to Re-Fracture, Femoral fractures received internal fixation

* Registered Nurse, Professional Level, Krabi Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประมาณการว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการกว่า 50 ล้านคน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2552) และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกายคือกระดูกหัก พบมากที่สุดได้แก่ กระดูกขาหักร้อยละ 30-40 (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543) ในสหรัฐอเมริกาในปี 2005 พบผู้ป่วยกระดูกหัก 60,000 ราย ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกต้นขาซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพกายมากกว่า 1 ปี (Paterno, Archdeacom, Ford, Galvin & Hewett, 2006) จากสถิติผู้มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยพิเศษ-สงฆ์ โรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งรับผู้ป่วยกระดูกและข้อ พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวน 1,592 ราย 2,103 ราย และ 2,103 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ใน พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 172 ราย 190 รายและ 179 ราย และผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในด้วย Plate และ Screw พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 157 ราย 173 ราย และ 164 ราย ตามลำดับ

การผ่าตัดตามกระดูกที่ต้นขาเป็นวิธีการรักษากระดูกขาหักที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุด และภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังการผ่าตัดคือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด กระดูกไม่ติดหรือกระดูกติดล่าช้า ข้อติดแข็งกรณีผ่าตัดใกล้ข้อ และที่พบบ่อย คือ การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (Fail plate) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ และต้องให้การรักษาเพิ่มเติมเพื่อให้กระดูกติดและหลีกเลี่ยงความพิการ ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจากการทบทวน สถิติข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการงานศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลกระบี่ พบว่ามีอุบัติการณ์ การเกิดข้อผิดพลาดการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก ใน พ.ศ. 2556 จำนวน 2 ราย (ผ่าตัด 157 ราย) พ.ศ. 2557 จำนวน 2 ราย (ผ่าตัด 173 ราย) พ.ศ. 2558 จำนวน 8 ราย (ผ่าตัด 164 ราย) จากการทบทวนพบว่า สาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการเดิน

การลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต อุบัติเหตุการล้มล้ม 2 ราย ใน พ.ศ. 2558 สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม (สภาพบ้านเป็นหลุมบ่อ มีทางต่างระดับ) ความเชื่อของผู้ป่วยวัยรุ่นที่คิดว่าหายปวดแผล ดัดไหมแล้วสามารถเดินได้ไม่มีอันตราย

แนวทางการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และหอพิเศษ-สงฆ์ โรงพยาบาลกระบี่ประกอบด้วย บทบาทตามแผนการรักษาและบทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยคือผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามหลักวิชาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โรงพยาบาลจะแนะนำและให้ความรู้รวมถึงการประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับก่อนจำหน่าย

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าได้มีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่าง ๆ พบว่ามีประสิทธิภาพดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันหักข้อของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดอัตราการมารักษาซ้ำ และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหักข้อของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหักข้อของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบแผนการวิจัยวัด 2 กลุ่มวัดหลังการทดลอง (The Posttest-Only with Nonequivalence Group) โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพยาบาลปกติต่อพฤติกรรมการป้องกันการหัดซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 6 ธันวาคม 2559-6 ธันวาคม 2560

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน อายุ 18-59 ปีที่เข้ามารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมกระดูกและตึกพิเศษ-สงฆ์ โรงพยาบาลกระบี่ทั้งสิ้น 30 คน กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด ของขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีการหักการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงเป็นครั้งแรก
2. อายุ 18-59 ปี สติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้
3. ไม่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง และไม่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น โรคหัวใจ โรคทางกล้ามเนื้อและระบบประสาท
4. มีที่พักอาศัยในจังหวัดกระบี่
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยขาดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวข้างต้น

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลตามหนังสือเลขที่ KB-IBR 2016/09.0612 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ

โดย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามโดยคำนึงถึงความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลาสำหรับการนำข้อมูลไปเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และสภาพบ้าน

1.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหัดซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

1.3 แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันการหัดซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหัดซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2.2 แผนการสอนเรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2.3 วิดีทัศน์ประกอบการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีการหัดซ้ำของวัสดุยึดตรึงภายใน

2.4 คู่มือเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 สมุดบันทึกกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรม

3.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สถิติ Cronbach 's Alpha โดยใช้วิธี Test-retest กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้หาค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's coefficient alpha แบบสอบถามการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการหักซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในมีค่าความเที่ยง .83 และ .81 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัด 2 วัน เนื่องจากในระยะนี้อาการปวดทุเลา ปริมาณเลือดในขดระบายออกน้อยลง ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมโดยการพูดชักจูง การจัดให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ การกระตุ้นทางร่างกาย และอารมณ์ ใช้เวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมดังนี้ จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 3 วัน จะจัดกิจกรรมโดยใช้คำพูดชักจูง การให้เห็นตัวแบบจริง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์ หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองใช้เวลา 60-90 นาที ให้ความรู้เพิ่มเติมท่าทางการออกกำลังกายท่าที่ 2-6 สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง ครั้งที่ 3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน จัดกิจกรรมโดยใช้คำพูด โดยการพูดชักจูง ให้เห็นตัวแบบการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์การกระทำที่สำเร็จได้ด้วยตนเองใช้เวลา 30-45 นาที ทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และเน้นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหักซ้ำ ครั้งที่ 4 การโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหักซ้ำหลัง 7 วัน และหลัง 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกไปและสอบถามปัญหาในการปฏิบัติเน้นย้ำอย่างถูกต้องต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 4 ประเมินแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Post-test)	กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหออผู้ป่วยพิเศษ-สงฆ์ โรงพยาบาลกระบี่ คือความรู้ก่อนและหลังการผ่าตัดการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวด ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านมีการแจกแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงภายใน เนื้อหาประกอบด้วย การผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การบริหารร่างกาย มีการติดตามเยี่ยมใน 7 วัน และวันนัด จนถึงระยะเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติทดสอบ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	X	ระดับการรับรู้	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	55.87	ดี	3.1	14	6.57	< 0.05
กลุ่มควบคุม	42.93	ปรับปรุง	6.2			

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	X	ระดับการรับรู้	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	46.67	ดี	2.22	14	7.79	< 0.05
กลุ่มควบคุม	34.46	ปรับปรุง	5.57			

จากตาราง พบว่าภายหลังการทดลองเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหักซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการป้องกันการหักซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภายในจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 15 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57 มีอายุระหว่าง 26-30 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และโสด กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63 อาชีพ นักศึกษาและรับจ้าง ร้อยละ 45 และ 26 สภาพบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 15$) และกลุ่มควบคุม ($n = 15$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 15$) และกลุ่มควบคุม ($n = 15$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการหักซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อภิปรายผล

ได้ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นสิ่งที่สามารถทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติขั้นต่อไป ความรู้จึงเป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ เกิดแรงจูงใจและการพยายามมากยิ่งขึ้น การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการชื่นชมในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจหลังการผ่าตัด

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้สื่อ วิดีทัศน์ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในได้สังเกตตัวแบบที่คล้ายตัวเอง นำเสนอการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อท่าต่าง ๆ ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่า มีความสามารถปฏิบัติได้เหมือนกับตัวแบบและไม่เกิดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรม

3. ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในโดยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด คอยให้คำแนะนำท่าทางที่ถูกต้องอย่างใกล้ชิด จนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ จากการสอบถามรายบุคคลระหว่างการสอบถามผู้วิจัยได้ประเมินด้านอารมณ์สังเกตจากสีหน้าท่าทาง การพูดคุยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตอบ และประเมินอาการผู้ป่วยก่อนทุกครั้งเพื่อส่งเสริมความพร้อมในการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าสภาพร่างกายมีความพร้อม ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนเมื่อผู้ป่วยจำหนายไป 7 วัน และ 3 สัปดาห์หลังจำหนาย โดยให้กำลังใจกล่าวชมเชยติดตามทางโทรศัพท์เพื่อซักถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติที่บ้าน กระตุ้นเตือนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอตามมาตรฐานวิชาชีพเมื่อเข้ารับการรักษาประกอบด้วย กิจกรรมทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจรับรู้ความสามารถ

ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมในลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเกิดความรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมการที่จะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยต้องใช้ความคิดในการพิจารณาตัดสินใจและตอบสนองการรับรู้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานการตัดสินใจ เป็นแรงจูงใจให้มีความพร้อมในการปฏิบัติรวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในมีพฤติกรรมป้องกันการหักซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ควรมีการนำไปใช้โปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทุกรายเพื่อป้องกันการหักซ้ำซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำส่งผลต่อผู้ป่วยโดยภาพรวม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

2. การนำเสนอการสอน คือ คู่มือและสื่อการสอนใช้กับผู้ป่วยพยาบาลควรให้คำแนะนำที่ถูกต้องร่วมด้วยมีรายละเอียดที่ชัดเจน ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

3. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยจัดทำเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหนายและการดูแลต่อเนื่อง

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทีมสุขภาพเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในตั้งแต่แรกรับโดยการนำโปรแกรมมาใช้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโตอาจารย์ที่ปรึกษา นพ.ธาดา ลายประเสริฐ และ พว.รัตนพร พรหมบุตร ผู้

ซึ่งให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจ ในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ-สงฆ์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยพิเศษ-สงฆ์ที่ได้อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ช่วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการหัวหน้า ผู้ร่วมงานโรงพยาบาลกระบี่ที่เป็นกำลังใจคอยสนับสนุนจนกระทั่งงานวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ท้ายที่สุดนี้คุณค่าของงานวิจัยและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่กล่าวมา ให้มี สุขภาพ ภาย ใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

1. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขาธิการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2552.
2. กลุ่มงาน PCT Orthopedic โรงพยาบาลกระบี่. (2560).รายงานการประชุมของกลุ่มงาน ประจำปี 2560. โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่.
3. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม (2553) สรุปผลที่สำคัญการสำรวจความปลอดภัยในการเดินทางทางถนน พ.ศ. 2553.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
4. ขวัญชนก หัตถา. (2545). โครงการสอนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้นหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. ต้อม จันทพงศ์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทยา วัฒสังห์. (2552) ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกต้นขาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. นิภาพร โชติรัตน์. (2550). การรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

7. บุญสิน บุณยะพานิชย์กิจ. (2547) การตามกระดูกหัก. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บุ๊คเนท.

8. เบญจวรรณ ละอองผล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

9. มรยาท ณนกร และคณะ. (2544). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการให้ความรู้ในการปฏิบัติปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกาย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

10. วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม. (2532). พื้นฐานวิชาการกระดูกหัก-ข้อเคลื่อนหลุด. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.

11. อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, อธิษฐ ห่านิธิติชัย และปริยกุล รัชกุล. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25(1),93-105.

ภาษาอังกฤษ

12. Altizer, L (2002).Fracture. Orthopedic Nursing, 21,51-59.
13. Bandura, A (1997). Self-efficacy the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
14. Edward,C.(2003).Exploration of the Orthopedic patient s 'need to know'. Journal of Orthopedic Nursing, 7,18-25.
15. Paterno, Archdeacom, Ford, Galvin & Hewett, 2006.

ศักยภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่: กรณีศึกษาอำเภอเมืองกระบี่

พิพัฒน์ พุทธิโร*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ 2) ลักษณะส่วนบุคคลของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ 3) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

ประชากรที่ศึกษา คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นแกนหลักในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ค่าเฉลี่ย 12.68 ปี (SD= 6.60) 2) อายุ ระดับการศึกษา บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) ศักยภาพในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.97 (SD= 0.059) 4) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ด้านกำลังคน ด้านการเงิน การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล ด้านการอำนวยความสะดวกด้านการควบคุมมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรสร้างเสริมองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบ สนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ ในการดำเนินงานให้ครบถ้วนและทันเวลา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว, การป้องกันและควบคุมโรค

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

Competency in DHF Control of Muang Krabi Surveillance and Rapid Response Team (SRRT): a Case Study of Muang Krabi

*Pipat Buddharo**

Abstract

The purposes of this survey research were to study 1) the level of potential for prevention and control of dengue hemorrhagic fever (DHF) of Muang Krabi surveillance and rapid response team (SRRT), 2) individual characteristics of Muang Krabi SRRT, 3) factors in the process of managing, preventing and controlling of Muang Krabi SRRT and 4) factors related to the prevention and control of DHF of Muang Krabi SRRT.

The study was conducted among all 47 core members of SRRTs in district level and sub-district level in Muang Krabi. Data were collected using a questionnaire and then analyzed to determine frequency, percentage, mean and standard deviation as well as chi-square.

The findings revealed that: 1) among the respondents, they were mostly female (nearly 70%) and 45 years of age on average, and has experience in the SRRT, 2) their ages, educations, roles in the SRRT and experiences were associated with the DHF prevention and control operation, 3) DHF prevention and control potential of SRRT in a high level average 3.97 (SD= 0.059) and 4) management factors involving manpower, finance, planning, organizing, personnel management, directing and control were associated with the DHF prevention and control operations.

It is suggested that relevant administrators should provide SRRT members with new knowledge about DHF prevention and control, especially during the transfer of duties, allocate sufficient resources on a timely basis, and facilitate public participation in these efforts.

Keywords : Dengue hemorrhagic fever, Surveillance and rapid response team, Prevention and control

* Lumtub District Health Office, Krabi Province

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั่วโลก ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนและสภาพสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศวิทยา การเดินทางที่สะดวก ทำให้โรคแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว¹ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง ทั้งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศเขตร้อนและกึ่งร้อน ได้แก่ ประเทศในแถบภูมิภาคอเมริกากลางและใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะสำคัญในการนำโรค โดยในปี 2551 พบผู้ป่วยติดเชื้อเดงกีทั้ง 3 ภูมิภาค รวมกันมากกว่า 1.2 ล้านราย และปี 2556 พบผู้ป่วยมากกว่า 3 ล้านราย² สำหรับประเทศไทยโรคไข้เลือดออกเริ่มมีการระบาดครั้งแรกในปี 2501 – ปัจจุบัน และมีแนวโน้มผู้ป่วยไข้เลือดออกสูงขึ้นมาโดยตลอด รูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกไม่แน่นอนอาจระบาดปีเว้นปี หรือ 2 ปี ขึ้นอยู่กับปัจจัยและสภาพแวดล้อมในช่วงเวลาดังกล่าว³

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกระดับประเทศ พบว่าตั้งแต่ปี 2557 - 2561 อัตราป่วย 63.36, 222.15, 95.38, 78.84 และ 125.45 ต่อแสนประชากรและพบอัตราป่วยตายร้อยละ 0.10, 0.10, 0.10, 0.12 และ 0.13 ตามลำดับ โดยในปี 2558 เป็นปีที่มีการระบาดสูงสุดในรอบ 5 ปี⁴ การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาคในปี 2561 พบว่า ภาคกลางมีอัตราป่วยที่สูงสุดเท่ากับ 162.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ภาคใต้ อัตราป่วย 141.71 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนือ อัตราป่วย 135.51 ต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 88.33 ต่อประชากรแสนคน สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดกระบี่ ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 พบว่ามีอัตราป่วย 234.15, 385.36, 125.89, 118.66 และ 204.75 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองกระบี่ การระบาดของโรคไข้เลือดออกปี 2557 – 2561 พบจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นอัตราป่วย 488.75, 829.95, 249.91, 282.18 และ 350.75 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าระดับจังหวัดและประเทศ จังหวัดกระบี่มีการพยากรณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2562 จำนวน 924

ราย โดยพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ถือเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง⁴

การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุขตลอด 60 กว่าปีที่ผ่านมา พบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากขาดปัจจัยด้านต่าง ๆ ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ⁶ ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจจับการระบาดของโรคหรือภัยคุกคามด้านสาธารณสุข วางมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค ลดผลกระทบต่อการเดินทางและขนส่งระหว่างประเทศ มาบังคับใช้เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2550 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 โดยจัดตั้งทีมระดับอำเภอ ทีมระดับจังหวัด ทีมระดับเขต และทีมส่วนกลาง รวม 1,030 ทีม เพื่อขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบยั่งยืน และพัฒนาเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ครอบคลุมถึงระดับตำบลนำร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2,000 ทีม ภายใต้ยุทธศาสตร์การทำงาน 3 เร็ว คือ “รู้เร็ว แจ้งเร็ว และควบคุมโรคเร็ว”⁶ ทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ

สำหรับอำเภอเมืองกระบี่ ได้จัดตั้งให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอและตำบลในทุกตำบล โดยดำเนินการตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา สำหรับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการบริหารจัดการและการดำเนินกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งเครือข่าย มีการสนับสนุนด้านวิชาการ และการจัดเตรียมจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นมาใช้ โดยเน้นการดำเนินการช่วงก่อนการระบาดของโรค เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และเมื่อมีการเกิดโรคในพื้นที่ ทีมระดับอำเภอและระดับตำบลจะเข้าไปดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค รวมถึงสนับสนุนด้านวิชาการ นอกจากนั้นยังได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น ทรายอะเบท น้ำยาพ่นหมอกควัน และสนับสนุนการจัดกิจกรรม

เพื่อการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองกระบี่ที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหลายวิธี แต่ยังพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก และมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง ในส่วนของการดำเนินงานควบคุมโรคที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราความชุกและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวังสอบสวนโรค การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการให้สุขศึกษาและฝึกอบรมให้กับประชาชนในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรค แต่ยังพบว่าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วมีจุดที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาหลายด้านทั้งนี้ด้านขีดความสามารถที่ไม่เท่ากันของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ ของระบบสาธารณสุขด้านความครบถ้วนของข้อมูล เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องมีการพัฒนา มีหลายโรคที่การรายงานยังไม่ครอบคลุม และนอกจากนี้ด้านความทันเวลาและทันต่อเหตุการณ์ ยังพบว่าข้อมูลมีความล่าช้า ทำให้ไม่สามารถใช้ในการสนับสนุนควบคุมโรคได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และต้องการศึกษาศักยภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอเมืองกระบี่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประกอบการพิจารณาในการดำเนินกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับศักยภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

ขอบเขตการศึกษา

รูปแบบวิธีการศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2562 ประชากรคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นแกนหลักในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอและระดับตำบล พื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 14 ตำบล กลุ่มตัวอย่างศึกษาจากประชากรทั้งหมดจำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของพรพิมล จิตธรรมมา⁷ โดยกำหนดให้แบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะของคำถามจะเป็นแบบคำตอบหลายตัวเลือก (Multiple choices) และให้เลือกตอบข้อที่เหมาะสมที่สุด มีจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal scale) และข้อมูลประเภทเรียงลำดับ (Ordinal scale) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ประสบการณ์ในการทำงานควบคุมโรค การฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาและบทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคลในการบริหารจัดการของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วประกอบด้วย ด้านกำลังคน ด้านการเงิน ด้านการวางแผน การจัดองค์การ ด้านการควบคุม มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามโดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทเรียงลำดับ (Interval scale) โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ เป็นคำถามกำหนดมาตรวัด 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น 5 ลำดับคะแนน ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ระดับตำบล ประกอบด้วยด้านความเป็นทีม ด้านความพร้อมของทีม ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน และด้านผลงาน มีจำนวน 49 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความโดยสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้ 1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ในการออกหนังสือขออนุญาตในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ 2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบอำเภอเมืองกระบี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ประสิทธิภาพในการทำงาน ควบคุมโรค การฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาและบทบาทในทีม

เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ด้านการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

ผลการศึกษาพบว่า¹ พบว่าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.2 มีอายุเฉลี่ย 45.51 ปี โดยมีอายุ 41-50 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.7 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.5 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 48.9 มีตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นสมาชิกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 42.5 บทบาทในทีมส่วนใหญ่เป็นผู้ร่วมทีม ร้อยละ 46.8 ประสบการณ์ในการทำงานด้านการควบคุมโรค 11-15 ปี ร้อยละ 34 สูงสุด 30 ปี และเคยผ่านการฝึกอบรม ด้านระบาดวิทยาในการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ร้อยละ 68.1 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 47)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	29.8
หญิง	33	70.2
อายุ (ค่าเฉลี่ย = 45.51 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.66, ต่ำสุด = 25 ปี, สูงสุด = 59 ปี)		
< 30 ปี	5	10.6
34 - 40 ปี	6	12.8
41 - 50 ปี	21	44.7
> 51 ปี	15	31.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 47)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	6	12.7
สมรส	39	83
หย่า	2	4.3
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	2.1
ปริญญาตรี	43	91.5
สูงกว่าปริญญาตรี	6	6.4
รายได้ต่อเดือน (ค่าเฉลี่ย = 38,810.64 บาท, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9,849.99 ต่ำสุด = 17,000 บาท, สูงสุด = 59,000 บาท)		
ต่ำกว่า 14,999 บาท	1	2.1
15,000 – 19,999 บาท	15	31.9
20,000 - 24,999 บาท	2	4.3
25,000 - 29,999 บาท	6	12.8
30,000 บาทขึ้นไป	23	48.9
ตำแหน่งในหน้าที่		
นักวิชาการสาธารณสุข	20	42.5
พยาบาลวิชาชีพ	14	29.8
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	13	27.7
บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว		
หัวหน้าทีม	12	25.5
แกนหลักของทีม	13	27.7
ผู้ร่วมทีม	22	46.8
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการควบคุมโรค (ค่าเฉลี่ย = 12.68 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.60, ต่ำสุด = 2 ปี, สูงสุด = 30 ปี)		
1-5 ปี	8	17.0
6-10 ปี	11	23.4
11-15 ปี	16	34.0
> 16 ปี	12	25.5
การฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา		
ไม่เคยรับการฝึกอบรม	15	31.9
เคยรับการฝึกอบรม	32	68.1

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

พบว่าทีมมีความคิดเห็นว่าปัจจัยด้านกระบวนการจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอำเภอเมืองกระบี่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เฉลี่ยเท่ากับ 4.01

(SD= 0.108) และพบว่าปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยด้านการวางแผนซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (SD= 0.254) ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ปัจจัยด้านกำลังคนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (SD= 0.392) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47 คน)

ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ	M	SD	ระดับ
ด้านกำลังคน	3.81	0.392	มาก
ด้านการเงิน	3.94	0.376	มาก
การวางแผน	4.14	0.254	มาก
การจัดองค์การ	4.13	0.226	มาก
การบริหารงานบุคคล	3.93	0.178	มาก
ด้านการอำนวยความสะดวก	4.02	0.136	มาก
ด้านการควบคุม	4.00	0.102	มาก
รวม	4.01	0.108	มาก

ตอนที่ 3 ศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการควบคุมโรคใช้เลือดออกของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

โดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.97 (SD= 0.059) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความเป็นทีม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.10 (SD= 0.156) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.99 (SD= 0.056) ส่วนด้านความพร้อมและด้านผลงาน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.96 (SD=0.090) และ ค่าเฉลี่ย 3.82 (SD= 0.165) ตามลำดับ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47)

ศักยภาพของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่	M	SD	ระดับ
ด้านความเป็นทีม	4.10	0.156	มาก
ด้านความพร้อม	3.96	0.090	มาก
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	3.99	0.056	มาก
ด้านผลงาน	3.82	0.165	มาก
รวม	3.97	0.059	มาก

ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความเป็นทีม

ด้านความเป็นทีมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ พบว่า มีระดับความเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10 (SD= 0.156) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ

การจัดตั้งทีม ค่าเฉลี่ย 4.25 (SD=0.424) รองลงมาคือทีมมีศักยภาพทางวิชาการค่าเฉลี่ย 4.06 (SD= 0.132) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่นๆ คือทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน ค่าเฉลี่ย 4.02 (SD= 0.135) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับศักยภาพด้านความเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47)

ด้านความเป็นทีม	M	SD	ระดับ
การจัดตั้งทีม	4.25	0.424	มาก
ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ	4.06	0.132	มาก
ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน	4.02	0.135	มาก
รวม	4.10	0.156	มาก

2. ด้านความพร้อม

ในการเตรียมด้านความพร้อมมีระดับการเตรียมความพร้อมภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.96 (SD= 0.090) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมมีความพร้อมในการ

ปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.98 (SD= 0.120) รองลงมาคือ ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อมค่าเฉลี่ย 3.97 (SD=0.120) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลด้านความพร้อมตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47)

ด้านความพร้อม	M	SD	ระดับ
ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน	3.98	0.120	มาก
ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม	3.97	0.120	มาก
รวม	3.96	0.090	มาก

3. ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน

ความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว อำเภอเมืองกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.99 (SD= 0.056) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คือ การเฝ้าระวังและการเตือน ค่าเฉลี่ย 4.00 (SD= 0.161) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่น ๆ คือ การควบคุมโรคเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD= 0.071) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับด้านความสามารถของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47)

ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน	M	SD	ระดับ
การเฝ้าระวังและการเตือนภัย	4.00	0.161	มาก
การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ	4.00	0.024	มาก
การควบคุมโรคเบื้องต้น	3.98	0.071	มาก
รวม	3.99	0.056	มาก

4. ด้านผลงาน

ด้านผลงานในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ในภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ

ความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ค่าเฉลี่ย 3.94 (SD= 0.198) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดความเร็วในการสอบสวนโรค มีค่าเฉลี่ย 3.70 (SD= 0.340) และ คุณภาพการเขียนรายงานการสอบสวนโรค มีค่าเฉลี่ย 3.70 (SD= 0.328) ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับผลงาน ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n=47)

ด้านผลงาน	M	SD	ระดับ
การแจ้งเตือนและรายงานเหตุการณ์ทันเวลา	3.86	0.289	มาก
ความครบถ้วนของการสอบสวนโรค	3.94	0.198	มาก
คุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค	3.93	0.183	มาก
ความเร็วในการสอบสวนโรค	3.70	0.340	มาก
คุณภาพการเขียนรายงานการสอบสวนโรค	3.70	0.328	มาก
รวม	3.82	0.165	มาก

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อายุ ระดับการศึกษา บทบาทในการเฝ้าระวังของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านความเป็นทีมในการปฏิบัติงาน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา บทบาทในทีมเฝ้าระวัง

สอบสวนโรคกับความเป็นทีม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนผลงานการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ในแต่ละด้าน ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n= 47)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่			
	ด้านความเป็นทีม	ด้านความพร้อม	ด้านความสามารถ	ด้านผลงาน
เพศ	0.154	0.412	0.172	0.544
อายุ	0.688	0.941	0.004*	0.048*
สถานภาพสมรส	0.798	0.965	0.573	0.872
ระดับการศึกษา	0.001*	0.310	0.032*	0.932

ตารางที่ 8 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ (n= 47)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่			
	ด้านความเป็นทีม	ด้านความพร้อม	ด้านความสามารถ	ด้านผลงาน
รายได้	0.959	0.932	0.153	0.183
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	0.498	0.319	0.600	0.472
บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวน	0.019*	0.372	0.194	0.312
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระดับมหาวิทยาลัย	0.465	0.084	0.025*	0.367
การฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา	0.330	0.307	0.158	0.181

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการ ด้านกำลังคน กับผลการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคเลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ ในตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่มโดยใช้การทดสอบไคสแคว์พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านกำลังคน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ ด้านการเงิน การวางแผน การจัดองค์การบริหารงานบุคคล ด้านการอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

เพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งในหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศมีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีการแบ่งงานกันรับผิดชอบโดยไม่เลือกเพศ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนจำกัด⁸

อายุ ระดับการศึกษา บทบาทในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และประสบการณ์ในการทำงานด้านการควบคุมโรค

มีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ ซึ่งสอดคล้องของการศึกษาเรื่องอายุมีความผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน⁷ และระดับการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติโดยทั่วไป คนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า⁹ ทั้งนี้จากคุณลักษณะส่วนบุคคลของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ โดยภาพรวมสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีจุดเด่นคือ เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป อายุของผู้ปฏิบัติงานมี 2 ช่วงที่สามารถพัฒนาศักยภาพเป็นผู้ปฏิบัติและแกนหลัก และผู้นำทีมตามบทบาทในทีมได้ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาที่ยาวนาน แต่ยังมีข้อด้อยที่ต้องพัฒนาคือทีมยังมีบุคลากรที่ไม่ผ่านการอบรม ซึ่งเป็นบุคลากรในตำแหน่งผู้ร่วมทีมตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอตำบล ต้องผ่านการอบรมระดับมหาวิทยาลัย

ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของ ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ สอดคล้องกับการศึกษาด้านการบริหารจัดการ

บรรณานุกรม

ซึ่งเป็นกระบวนการทำงาน และการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ขององค์กร โดยอาศัยทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อให้บริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,10} โดยมีการวางแผนงาน การจัดการ การสรรหา/จัดคนเข้าสู่งาน การอำนวยความสะดวก การควบคุม ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมงานเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ได้กำหนดเป็นเกณฑ์ในด้านความเป็นทีมซึ่งประกอบไปด้วยการจัดตั้งทีมและด้านความพร้อม ที่ต้องมีการสรรหา จัดทำคำสั่งระบุโครงสร้างงาน และกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร การอบรม/ประชุมวิชาการ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ทางวิชาการและการเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอ ในการรับรายงานโรคและภัยสุขภาพและสามารถที่จะออกปฏิบัติงานได้ทันตามระยะเวลาที่กำหนดตามมาตรฐานของแต่ละโรคที่กำหนดไว้ มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมงานเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองกระบี่ พบว่าด้านงบประมาณ มีจำนวนจำกัด และมีความล่าช้า ไม่ได้มีการตั้งงบประมาณไว้ในงานนี้โดยเฉพาะ ทำให้งานทำได้ช่วงการควบคุมโรคหรือสอบสวนโรคแต่การเฝ้าระวังโรคปฏิบัติไม่ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมงานเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย พบว่าด้านงบประมาณ ควรมีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เพียงพอและตรงตามกำหนดไว้ในแผน ควรมีการจัดทำแผนด้านงบประมาณและกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายที่ชัดเจน รัตกุมรวตเร็ว¹¹ รองลงมาได้แก่ ด้านบุคลากร คือการเปลี่ยนแปลงของผู้รับผิดชอบทั้งในระดับหัวหน้าทีม แกนหลักของทีม และผู้ร่วมทีม ซึ่งปัญหาในกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าทีมคือ ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงานภาระงานมีเยอะ ในส่วนผู้ร่วมทีม มีบุคลากรจบใหม่แล้วมารับผิดชอบซึ่งจะขาดการอบรมเชิงวิชาการและทักษะ หรืออาจเป็นบุคลากรเดิมแต่ไม่ได้รับการอบรมเชิงวิชาการในเรื่องของการนำเสนอ การเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ การจัดสร้างงานได้ทันเวลา

1. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: (สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.

2. World Health Organization [Internet] Dengue and severe dengue 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en>.

3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข; กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแลนด์ดีไซน์; 2558.

4. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2561; [วันที่อ้างถึง 15 เมษายน 2562]. ที่มา: <http://ddc.moph.go.th/uploadsfiles/52ab50e89451c62ec1a2fa08bb17ec.pdf>.

5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกระบี่ ปี 2561; [วันที่อ้างถึง 13 กุมภาพันธ์ 2562]. ที่มา: https://kbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc.

6. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

7. พรพิมล จิตธรรมมา: การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557

8. วีรศักดิ์ มณี: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

9. รัชนิกร กุญแจทอง, ชนะพล ศรีธาดา. การสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6. 2555;19(2):17-26.

10. บารมี อินทนก: ผลของการทำงานเป็นทีมต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

11. สมศักดิ์ บุญนาว: ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีม เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดกระบี่

ศิริรัตน์ ไสไทย

ปิยะเนตร พรลินศิริรักษ์

รอแฮนิง วาเฮง

อรอนงค์ ประทีป ณ กลาง

ธวัชชัย กงสะเต็น

ชัยสิทธิ์ ผกามาศ

สุปภาณี รัชศรีทอง

วันชัย อินทอง

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสมเหตุผลในการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดกระบี่ ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง สถานที่ทำการศึกษาคือ โรงพยาบาลในจังหวัดกระบี่จำนวน 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 มิถุนายน 2561 โดยผู้ป่วยที่คัดออกจากการวิจัยคือผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถหาประวัติผู้ป่วยได้หรือประวัติการรักษาไม่สมบูรณ์ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาหลัง 6 ชั่วโมง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน 6,530 คน เข้านิยามโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 3,802 คน (ร้อยละ 58.22) ในจำนวนนี้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีจำนวน 879 คน (ร้อยละ 23.12 กลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จำนวน 2,923 คน ร้อยละ 76.88)

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยแจ้งแก่หน่วยงานของที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อปรับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ การลงข้อมูลผู้ป่วย การลงข้อมูล ICD10 ที่ถูกต้อง การจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การใช้ยาปฏิชีวนะ, การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล, เชื้อดื้อยา, โรคบาดแผลสด, บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

The Situation of Antibiotics Smart Use of Fresh Traumatic Wounds at Public Hospital in Krabi Province

Sirirat Saithai

Piyanet P.

Rohaning W.

Aonanong P.

Thawatchai K.

Chaiyasit P.

Supanee R.

Onechai I.

Abstract

This Retrospective research aimed to study the reasonability of antibiotics in Fresh Traumatic Wound (FTW) at 7 public hospitals in Krabi Province. The eligible patients received antibiotics from Oct 1st, 2017 – June 30th, 2018. Subjects with uncompleted history records or presented at the hospitals over 6 hours after recidents were excluded from this study. The data were analysed with descriptive statistics.

The prevalence of patients received antibiotics were 6,530 person, were defined as 3,802 (58.22%) in FTW. There were 879 patients (23.12%) in clean-contaminate wound who were not reasonable to receive antibiotics and 2,923 patients (76.88%) who should be given antibiotics.

The co-resenchors from each hospital were reported their own results for adjusting their understanding of FTW cares, patient information entry, accurate ICD10 data entry and preparation of FTW guidelines.

Keywords : RDU, FTW, Fresh Traumatic Wound, Antibiotic Smart Use, ASU, Bacterial contaminate

บทนำ

บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (Fresh Traumatic Wound; FTW) หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา¹ มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุพบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียไม่มีผลต่ออัตราการติดเชื้อที่แผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² และพบว่าผู้ป่วยนอกที่มีแผลสดจากอุบัติเหตุส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ¹ อย่างไรก็ตามบาดแผลที่เกิดการติดเชื้อและไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ระยะเวลาดำเนินการรักษานานกว่าปกติ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของรุจิภาส สิริจุฑาทร และคณะ (2558) พบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลสดจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช คือน้อยกว่าร้อยละ 36.8² กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) เพื่อคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ และกำหนดให้การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ต้องมีการดำเนินการในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุต้องไม่มากกว่าร้อยละ 40¹ และกำหนดข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุแสดงดังภาพที่ 1^{1,2}

จังหวัดกระบี่มีโรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง ข้อมูลผลการดำเนินงานจากระบบประมวลผลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า จังหวัดกระบี่มีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ 59.07 (เกณฑ์มาตรฐานคือร้อยละ 40) และเมื่อแยกข้อมูลรายโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดนี้ คณะผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยขึ้นนี้เพื่อศึกษาความสมเหตุผลของการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์

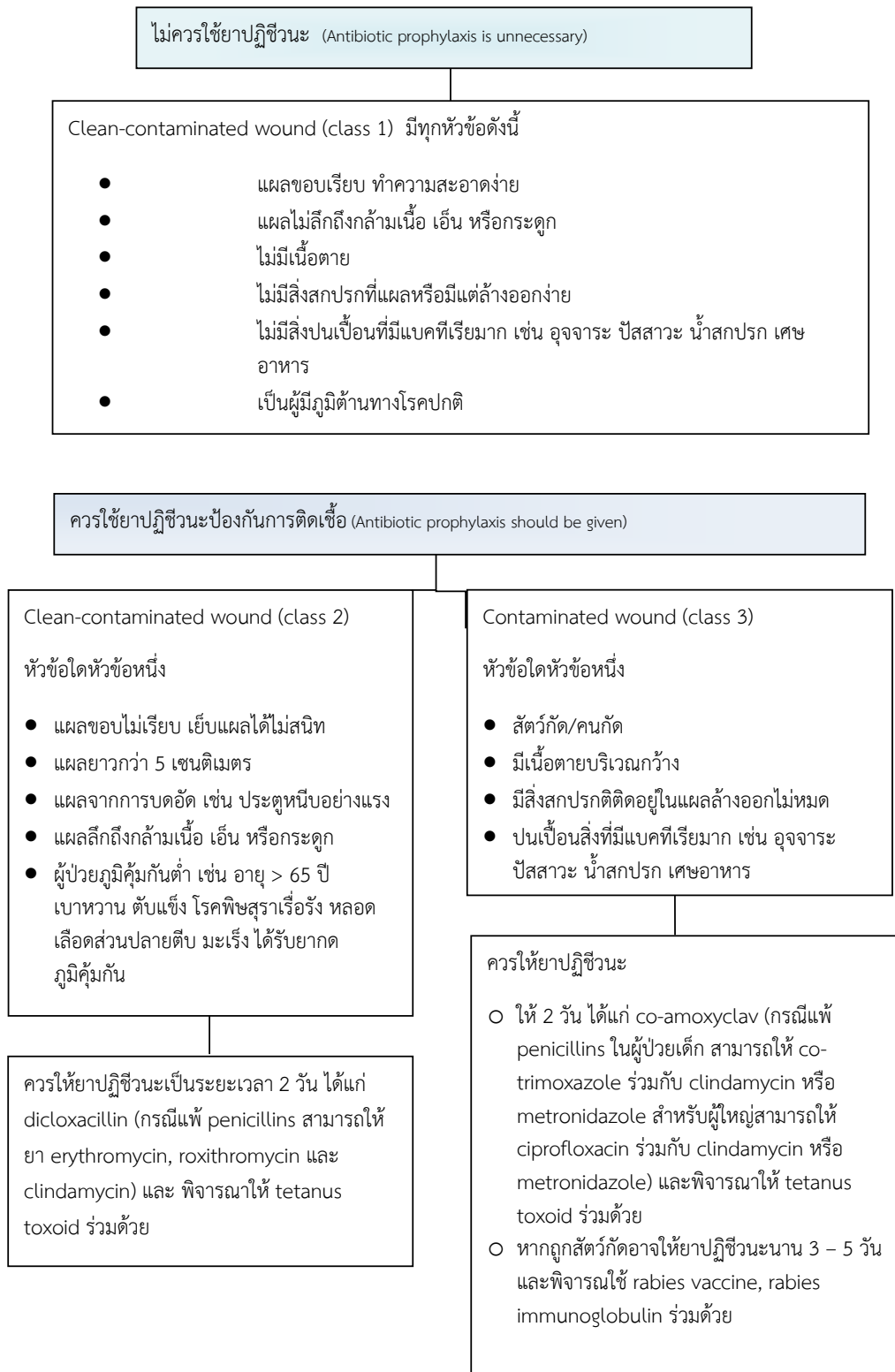
เพื่อศึกษาความสมเหตุผลในการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลรัฐจังหวัดกระบี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดกระบี่จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไประดับ 5 จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2-F3 จำนวน 6 แห่ง

ข้อมูลผู้ป่วยที่คัดเข้าในการวิจัยนำมาจากระบบประมวลผลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) จังหวัดกระบี่ คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูด้วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลที่อยู่ในการวิจัยและได้รับยาปฏิชีวนะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 โดยการดึงข้อมูลอ้างอิงจากรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ICD10) และรหัสยา 24 หลักของยาปฏิชีวนะ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่ ลงวันที่วันที่ 26 ธันวาคม 2561 รหัสโครงการ KB-IRB 2018/42.2607 ข้อมูลผู้ป่วยที่คัดออกจากการวิจัยคือผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาประวัติการรักษาหรือประวัติการรักษาไม่สมบูรณ์ และผู้ป่วยที่มาปรึกษาหลัง 6 ชั่วโมง

การประเมินผลใช้วิธีการประเมินลงในแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ โดยผู้วิจัยได้ทำแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจแบบฟอร์มกับผู้ทำวิจัยร่วม เพื่อการเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง การเก็บข้อมูลเริ่มจากนำข้อมูลผู้ป่วยจากระบบประมวลผลของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ แบ่งรายชื่อผู้ป่วยตามโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานั้นผู้วิจัยดำเนินการดึงข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยตามข้อมูลที่ปรากฏตามหลักฐาน เริ่มการคัดผู้ป่วยออกตามเกณฑ์คัดออก จากนั้นประเมินแยกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ (Class 1), กลุ่มที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ใช่แผลจากคนหรือสัตว์กัด (Class 2), กลุ่มที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ (Class 3) การสรุปผลข้อมูลใช้สถิติร้อยละ



รูปที่ 1 แสดงข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย ด้วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ จากฐานข้อมูลระบบประมวลผลของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 จำนวนทั้งสิ้น 20,221 คน ได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 11,320 คน คิดเป็นร้อยละ 55.98 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรค

บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ สามารถหาข้อมูลผู้ป่วยได้ จำนวน 6,530 คน คิดเป็นร้อยละ 57.69 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งหมด ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาก่อน 6 ชั่วโมง จำนวน 3,802 คน คิดเป็นร้อยละ 58.22 ของผู้ป่วยที่เข้าอยู่ในการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

หัวข้อ	รวม
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	20,221
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ)	11,320 (55.98)
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ ที่สามารถหาข้อมูลได้ (ร้อยละ)	6,530 (57.69)
ผู้ป่วยมาถึงรพ.ภายใน 6 ชม.(จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัย) (ร้อยละ)	3,802 (58.22)
เพศชาย (ร้อยละ)	2,442 (64.20)
เพศหญิง (ร้อยละ)	1,360 (35.80)
อายุ 0 – 15 ปี (ร้อยละ)	1,030 (27.09)
อายุ 16 – 40 ปี (ร้อยละ)	1,621 (42.64)
อายุ 41 – 60 ปี (ร้อยละ)	851 (22.38)
อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	300 (7.89)
ได้รับยา Dicloxacillin	2,552 (67.1)
ได้รับยา Amoxicillin	677 (17.8)
ได้รับยา Co-amoxiclav	476 (12.5)
ได้รับยาอื่นๆ	97 (2.6)

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการทำวิจัยจำนวน 3,802 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 2,442 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 เพศหญิงจำนวน 1,360 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 สัญชาติไทย จำนวน 3,346 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 ช่วงอายุมากที่สุด ที่อยู่ในการวิจัยในช่วงอายุ 16 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.64

รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 0 -15 ปี (ร้อยละ 27.09), 41 – 60 ปี (ร้อยละ 22.38) และ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 7.89) ตามลำดับ ยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านมากที่สุดคือ Dicloxacillin คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมาคือ Amoxicillin (ร้อยละ 17.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มผู้ป่วย

กลุ่มบาดแผล	จำนวนคน	ร้อยละ
class 1	879	23.12
class 2	1526	40.14
class 3	1397	36.74

ในผู้ป่วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 3,802 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ (Class 1) จำนวน 879 คน คิดเป็นร้อยละ 23.12 กลุ่มที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ใช่แผลจากคนหรือสัตว์กัด (Class 2) จำนวน 1,526 คน คิดเป็นร้อยละ 40.14 และกลุ่มที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ (Class 3) จำนวน 1,397 คน คิดเป็นร้อยละ 36.74 (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ถูกคัดเข้าการวิจัยมีจำนวน 11,320 คน เข้าเกณฑ์การคัดออกเรื่องไม่มีประวัติหรือประวัติไม่สมบูรณ์จำนวน 4,790 คน เนื่องจากประวัติผู้ป่วยถูกเก็บรักษาในแฟ้มเวชระเบียนและขณะทำวิจัยเวชระเบียนกำลังถูกหน่วยงานอื่นใช้งาน หรือฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามแบบฟอร์มเก็บข้อมูล ทำให้เหลือผู้เข้าร่วมวิจัย 6,530 คน เมื่อพิจารณาเกณฑ์คัดออกในหัวข้อนิยามของผู้ป่วยที่เป็นโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ คือต้องเป็นแผลสดที่เข้ารับการรักษา ก่อน 6 ชั่วโมง พบว่าจากผู้ป่วย 6,530 คน เหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจำนวน 3,802 คน (ร้อยละ 58.22) เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ในนิยามของโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ¹ 2,728 คน คิดเป็นร้อยละ 41.78 จากผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ถูกดึงข้อมูลจากระบบประมวลผลของกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในนิยามของโรคบาดแผลสด จากอุบัติเหตุทั้งหมด ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรถูกดึงข้อมูลมาใช้ในการคิดคำนวณตัวชี้วัด ดังนั้นการที่จังหวัดกระบี่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ระบบประมวลผลไม่สามารถแยกผู้ป่วยที่มารับการรักษาหลัง 6 ชั่วโมงได้ทางผู้วิจัยนำปัญหานี้เข้าหารือในกลุ่มตัวแทน ผู้รับผิดชอบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของแต่ละโรงพยาบาล และได้มีการพูดคุย ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพสาขาการใช้ยาสมเหตุสมผลในระดับเขต โดยทางประธานเขตได้แนะนำวิธีการทบทวนการลงข้อมูลประวัติโรค (ICD10) โดยพิจารณาจาก ICD10 ที่เป็นตัวกำหนดในการดึงข้อมูลผู้ป่วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และพิจารณา ICD10 ที่ไม่ใช้ในการดึงประวัติโรค พบว่า การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการลงข้อมูลประวัติโรคสามารถทำให้แยกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ก่อนหรือหลัง 6 ชั่วโมงได้ แต่ต้องเป็นการทำความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ลงข้อมูล ICD10

ผู้ป่วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุจำนวน 3,802 คน เมื่อพิจารณาแบ่งผู้ป่วยตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (รูปที่ 1) พบว่ามีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะแต่ได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 879 คน คิดเป็นร้อยละ 23.12 ซึ่งถือเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล และมีผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลจำนวน 2,923 คน คิดเป็นร้อยละ 76.88 การศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชโดย รุจิภาส สิริจตุภทร และคณะ (2555) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะแต่ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 63.2² และการศึกษาของ ชุตินาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ (2562) พบว่าในโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะแต่ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 11⁶ เห็นได้ว่าขนาดของโรงพยาบาลและบริบทของพื้นที่อาจมีผลต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ งานวิจัยนี้จัดทำขึ้น โดยมีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง โรงพยาบาลที่ร่วมอยู่ในการวิจัยมี 2 แห่งที่เป็นโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะ มีผู้มารับบริการเป็นชาวต่างชาติ ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุจึงมีความจำเป็น

ตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นการคำนวณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโดยคำนวณรวมทั้งผู้ป่วยที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ควรได้รับยาปฏิชีวนะ กำหนดเกณฑ์อยู่ที่ร้อยละ 40¹ จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของจังหวัดกระบี่อยู่ที่ร้อยละ 58.22 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ผู้วิจัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุคือ การระบุรหัสโรค (ICD10) ควรตัด ICD10 ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ควรได้รับยา

ปฏิชีวนะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัด เนื่องจากการคิดคำนวณรวมผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดเป็นการกีดกันในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะและเพิ่มความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องได้

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนในการลงข้อมูล ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน และได้ข้อมูลที่มีมากขึ้น

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยแจ้งแก่หน่วยงานของที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อปรับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ การลงข้อมูลผู้ป่วย การลงข้อมูล ICD10 ที่ถูกต้อง การจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2562 พบว่าโรงพยาบาลระดับ F2-F3 ที่อยู่ในงานวิจัยผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

สรุป

การจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ในจังหวัดกระบี่ มีความไม่สมเหตุสมผลร้อยละ 23.12 ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลร้อยละ 76.88 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ การลงข้อมูลผู้ป่วย การลงข้อมูล ICD10 ที่ถูกต้อง การจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคบาดแผลสดของโรงพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ลดความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัยในโรงพยาบาลทุกแห่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานฯ เภสัชกรในโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ให้คำปรึกษา แนะนำในการทำวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิมล จันทร์คุณาภาส และคณะ (2559), การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการจ่ายอย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use), กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี, หน้า 5-11, 70-72.
2. รุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ (2558), “การนำแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุไปใช้ที่โรงพยาบาลศิริราช”, J Med Assoc Thai, Vol.98, No.3, หน้า 245 – 252.
3. กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา RDU (2561), Available: https://kbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e&id=dc81c770d592b05aa49d3c66711a2f36 (Accessed: 2018, July 5).
4. Antibiotic Smart Use Project (2008), Available: <http://newsser.fda.moph.go.th/rumthai/index.php> (Accessed: 2018, July 5).
5. รุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ (2557), “การปนเปื้อนของแบคทีเรียที่บาดแผลสดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช”, J Med Assoc Thai, Vol.97, Suppl.3, หน้า s20 – s25.
6. ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ (2562), “ประเภของบาดแผลและรูปแบบการจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลมหาสารคาม”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 13, ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2562, หน้า 116 – 124.

การพัฒนาการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่

สุกัญญา ไชยสุวรรณ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ หาแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสม และพัฒนาการจัดการมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล ซึ่งสภาพปัญหาได้มาจากแบบสอบถามบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรู้การจัดตั้งธนาคารขยะจำนวน 100 คน พบว่าบุคลากรยังไม่สามารถแยกประเภทมูลฝอยเปียกและมูลฝอยแห้งได้ และสาเหตุที่ไม่ได้แยกประเภทมูลฝอยก่อนทิ้ง มาจากภาชนะรองรับมูลฝอยไม่ได้มีไว้เพื่อแยกประเภท ความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางในการจัดการมูลฝอยร่วมกัน พบว่าควรจัดให้มีถังแยกประเภทมูลฝอย การนำมูลฝอยมาสร้างเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่/หรือกลับมาใช้ใหม่ ลดการสร้างมูลฝอย แยกมูลฝอยอินทรีย์เพื่อนำไปทำปุ๋ยชีวภาพ และควรจัดให้มีธนาคารขยะ รับซื้อมูลฝอยรีไซเคิล ซึ่งความคิดเห็นข้างต้นสอดคล้องกับหลักแนวคิด 3 R. ทางโรงพยาบาลกระบี่จึงพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลโดยนำหลัก 3 R. มาใช้ เริ่มจากประกาศใช้และประชุมชี้แจงให้ความรู้แก่บุคลากร ให้เห็นคุณค่าของมูลฝอยรีไซเคิล และกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิลจากแหล่งกำเนิด จัดหาสถานที่ในการรับซื้อ จัดหาผู้รับซื้อมูลฝอยรีไซเคิล

จากการพัฒนาดังกล่าวทำให้มูลฝอยทั่วไปของโรงพยาบาลกระบี่จากเดิมเมื่อปี 2559 - 2560 มีปริมาณมูลฝอยทั่วไปเฉลี่ยวันละ 2,500 กิโลกรัม ปี 2561 ลดลงเหลือเฉลี่ยวันละ 1,300 กิโลกรัม ถึงอย่างไรการสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ และประชาชน ผู้มารับบริการ ยังมีความสำคัญ ตลอดจนการพัฒนาระบบการเก็บรวบรวมและการขนส่งมูลฝอย รวมทั้งการคัดแยกต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการมูลฝอย, แนวคิด 3R

* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลกระบี่

Develop Management of garbage in Krabi Hospital

| *Sukanya Chaisuwan**

Abstract

The purpose of this study was analyze problem management of garbage in Krabi hospital. Find the way development appropriate of garbage, participate of everybody worker. Questionnaire 100 people have problems are not waste separation wet and dry. Because of not have bin for waste separation. Participation process for problem must have waste separation bin, waste recycling, reduce waste, do bio-fertilizer and organize waste bank. That according 3R concept. Krabi hospital announce 3R concept for everybody worker and has place buy waste recycle. In the year 2016 – 2017 have solid waste 2,500 kg/day. Next year can reduce waste amount 1,300 kg/day. However conscious mind important for Develop Management of garbage. Include system gathering and transport waste.

Keywords : Waste management, 3R concept

* General Administration Officer, Professional Leve, Krabi Hospital

บทนำ

ปริมาณมูลฝอยของประเทศไทยในแต่ละวัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ พบว่า ปี 2559 มีปริมาณมูลฝอยรวมกันทั่วประเทศ 74,130 ตันต่อวัน เฉลี่ยเป็นปริมาณมูลฝอย 1.14 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน เนื่องจากปัญหามูลฝอยนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น การเพิ่มของประชากร พฤติกรรมการบริโภคที่ต้องการความสะดวกสบาย การใช้บรรจุภัณฑ์หรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้แล้วทิ้ง การแก้ปัญหาไม่มองว่าเป็นหน้าที่ของภาครัฐเท่านั้น แต่ควรเป็นความร่วมมือของประชาชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับครัวเรือนที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภค ใช้ของที่เป็มิตรต่อสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลเป็นหนึ่งสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชนผู้มารับบริการ การจัดการด้านการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล คือ การจัดการควบคุม และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะมลพิษจากสิ่งแวดล้อม และจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น มูลฝอย น้ำเสียจากอาคารปฏิบัติงานและบ้านพักเจ้าหน้าที่ เสี่ยงรบกวนจากอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ฯลฯ เพื่อไม่ให้เกิดหรือลดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและประชาชนที่อาศัยอยู่รายรอบ ในการลดผลกระทบต่อสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงแหล่งกำเนิดและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะมลพิษและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเป็นสำคัญ เพื่อให้่ายต่อการบริหารจัดการ จึงได้เสนอมาตรการและแนวทางการจัดการสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัยในโรงพยาบาลตามหน่วยบริการและจุดเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะมลพิษ มูลฝอยนั้นนับวันจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนของประชากร

โรงพยาบาลกระบี่ โดยในปี 2560 มีอัตราครองเตียงร้อยละ 100 มีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 354 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 368 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีอัตราการเกิดมูลฝอย 4.65 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ก่อให้เกิดปัญหาของมูลฝอย ทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมและมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยต่อเจ้าหน้าที่ จากการที่มูลฝอยมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี สาเหตุจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และ

กระบวนการดำเนินการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น การรักษาพยาบาล การปรุงอาหาร นับเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่จะต้องจัดการและแก้ไขมูลฝอยเป็นสิ่งที่คนเราไม่ต้องการ เป็นสิ่งที่เรามองไม่เห็นค่าของมูลฝอย เมื่อใช้แล้วก็ไม่ได้ใส่ใจ อาจจะเป็นด้วยเวลาที่เร่งรีบและการทำงานที่จะต้องให้การบริการอย่างรวดเร็วจึงทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่กับเรื่องมูลฝอยเท่าที่ควร การจัดการมูลฝอยจึงไม่ได้มีการคัดแยกหรือการจัดเก็บที่ถูกต้อง หากไม่มีการจัดการและการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ปัญหาความสกปรกต่าง ๆ จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสภาพแวดล้อมเป็นอย่างมาก และจะมีผลกระทบต่อสุขอนามัยของมนุษย์ด้วย ทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งนี้เนื่องจาก

1. มูลฝอยเป็นแหล่งอาหารและแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงนำโรค เช่น แมลงวัน แมลงสาบ ยุง ฯลฯ และเป็นที่พักของหนูและสัตว์อื่น ๆ
2. มูลฝอยทำให้เกิดกลิ่นเหม็นและก่อให้เกิดความรำคาญ
3. มูลฝอยที่ทิ้งเกลื่อนกลาด ถูกลมพัดกระจัดกระจายไปตกอยู่ตามพื้น ทำให้พื้นที่บริเวณนั้นสกปรก ขาดความสวยงาม อุจาดตาแก่ผู้พบเห็นและผู้ที่มาอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง
4. น้ำเสียที่เกิดจากกองมูลฝอยที่กองทิ้งไว้ เป็นน้ำเสียที่มีความสกปรกสูงมาก ซึ่งมีทั้งสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ เชื้อโรคและสารพิษต่าง ๆ เจือปนอยู่ เมื่อน้ำจากกองมูลฝอยไหลไปตามพื้นดินบริเวณใด ก็จะทำให้บริเวณนั้นเกิดความสกปรกและเสื่อมโทรมของพื้นดิน
5. มูลฝอยทำให้เกิดมลพิษแก่อากาศ มูลฝอยนี้ส่งกลิ่นเหม็นน่ารังเกียจ นอกจากนี้มูลฝอยที่กองทิ้งไว้นาน ๆ จะมีก๊าซที่เกิดขึ้นจากการหมัก เช่น ก๊าซชีวภาพ ซึ่งติดไฟและอาจเกิดระเบิดขึ้นได้ และก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์ (ก๊าซไข่เน่า) ซึ่งมีกลิ่นเหม็น

ในการจัดการรูปแบบการจัดเก็บมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ประชาชนผู้มารับบริการช่วยกัน โดยเริ่มจากการทิ้งมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพกล่าวคือ ควรมีการคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้ง ทั้งให้ถูกประเภทของมูลฝอยชนิดใดที่สามารถนำกลับไปใช้ได้ อีก หรือสามารถแปรรูปเพื่อสร้างรายได้ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือประชาชน

เป็นการรักษาสีแกวต์และสร้างสุขภาพที่ดีขึ้น
ในการทิ้งมูลฝอยอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้โดยการรวบรวมวิเคราะห์และเสนอแนะการพัฒนาแบบการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสมของโรงพยาบาลกระบี่
3. เพื่อการพัฒนาการจัดการมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล และประชาชนผู้มารับบริการ ด้านการจัดการมูลฝอยตามหลักสุขภาพและกฎหมาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research)

วิธีดำเนินการ/แหล่งข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษานี้ แบ่งวิธีการดำเนินการออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามกิจกรรมพัฒนาความรู้การจัดตั้งธนาคารขยะ เอกสารการบันทึกการชั่งน้ำหนักของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป และแบบฟอร์มรายงานจากหน่วยงานที่มีการจำหน่ายมูลฝอยรีไซเคิล รวบรวมเป็นประจำเดือน เก็บไว้ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตอนที่ 2 วิเคราะห์และเสนอข้อมูล

ใช้วิธีการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) และนำเสนอรายงานแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical

Description) ดังนั้นการนำเสนอข้อมูลจึงอยู่ในลักษณะของการบรรยายพร้อมการวิเคราะห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งมีมูลฝอยทั่วไปปริมาณวันละ 2,000 – 2,500 กิโลกรัม และการวิเคราะห์เสนอแนะการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสมอยู่บนพื้นฐานของแนวทางดังต่อไปนี้

1. มีความเป็นไปได้ในการคัดแยกและลดปริมาณมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดให้เป็นรูปธรรมและยั่งยืน โดยเกิดความร่วมมือประสานงานกันของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน และประชาชนผู้มารับบริการ
2. สามารถพัฒนาการจัดการมูลฝอยและวิธีการจัดเก็บให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และนำไปสู่ระบบการจัดเก็บแบบแยกประเภทของมูลฝอยด้านการจัดการตามหลักสุขภาพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
3. สามารถพัฒนาความรู้ในการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และประชาชนผู้มารับบริการอย่างยั่งยืน
4. มีการพัฒนาองค์กรเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และประชาชนผู้มารับบริการ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

ปริมาณและลักษณะมูลฝอย จากการศึกษาปริมาณมูลฝอยที่เข้าสู่พื้นที่ฝังกลบมูลฝอยของเทศบาลเมืองกระบี่ ในปี 2559 – 2560 พบว่า มูลฝอยที่เข้าสู่พื้นที่ฝังกลบมูลฝอยจากโรงพยาบาลกระบี่ มีปริมาณมูลฝอยอยู่ระหว่าง 2,000 – 3,000 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2,500 กิโลกรัมต่อวัน ในปี 2561 มีปริมาณมูลฝอยอยู่ระหว่าง 1,200 – 1,400 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1,300 กิโลกรัมต่อวัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลด้านปริมาณมูลฝอยจากการสำรวจในปี 2559 - 2561

ปริมาณมูลฝอยเฉลี่ยที่เข้าสู่ระบบกำจัด (กิโลกรัมต่อวัน)	ผลการสำรวจปี 2559	ผลการสำรวจปี 2560	ผลการสำรวจปี 2561
มูลฝอยทั่วไป	2,850	1,800	1,300

จากตารางที่ 1 จะพบว่าโรงพยาบาลกระบี่ได้มีการนำแนวทางการจัดการมูลฝอยทั่วไปมาพัฒนาใช้บางส่วน ทำให้เห็นผลการลดลงของปริมาณมูลฝอยในปี 2560 และปี 2561 เทียบกับปี 2559 ที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 36.84 และ 54.39 ตามลำดับ และการนำหลัก 3R มาใช้ คือ หลักการลดปริมาณมูลฝอยที่อาจเกิดขึ้น (Reduce) หลักการนำมูลฝอย

เศษวัสดุมาใช้ใหม่ กลับมาใช้ นำมูลฝอยมาแปรรูป (Recycle) โดยผลักดันให้มีการรณรงค์คัดแยกมูลฝอยรีไซเคิล เพิ่มมูลค่าให้กับมูลฝอย โดยการจัดหาสถานที่ในการรับซื้อ จัดหาผู้รับซื้อ กำหนดวันรับซื้อเป็นทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ตั้งแต่เวลา 13.30 – 15.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 เป็นต้นมา ข้อมูลตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลด้านปริมาณมูลฝอยจากการสำรวจในปี 2559 - 2561

ปริมาณมูลฝอยเฉลี่ยที่เข้าสู่ระบบรับซื้อ (กิโลกรัมต่อวัน)	ต.ค. - ธ.ค.	ม.ค. - มี.ค.	เม.ย. - มิ.ย.	ก.ค. - ก.ย.
ปี 2560	2,891	2,742	3,379	2,031
ปี 2561	1,718	1,546	2,147	1,798

จากตาราง พบว่าเมื่อมีการพัฒนาโดยนำหลัก 3 R. มาใช้ ประกาศและประชุมชี้แจงให้ความรู้แก่บุคลากร รวมถึงแจ้งวันเวลา สถานที่ ข้อกำหนดในการรับซื้อมูลฝอยรีไซเคิลในโรงพยาบาล มีหลายหน่วยงานให้ความร่วมมือในการคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิล แล้วนำมาจำหน่ายยังจุดที่ทางโรงพยาบาลกำหนด ซึ่งมูลค่ามูลฝอยรีไซเคิลปี 2560 และปี 2561 คิดเป็น 33,135 บาท, 21,627 บาท ตามลำดับ และหากเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยรีไซเคิลที่เข้าสู่ระบบในปี 2561 ลดลงจาก ปี 2560 อาจเนื่องจากการขาดการกระตุ้นและการประชาสัมพันธ์ รณรงค์หน่วยงาน ในการนำมูลฝอยรีไซเคิลมาจำหน่าย เข้าสู่ระบบการรับซื้อของโรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย

เน้นรูปแบบของการวางแผนจัดการมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถลดปริมาณมูลฝอยที่จะต้องส่งเข้าไปทำลายด้วยระบบต่างๆ ให้น้อยที่สุด นำแนวคิด 3R. มาใช้ซึ่งสามารถนำมูลฝอยมาใช้ประโยชน์ทั้งในส่วนของการใช้ซ้ำและแปรรูปเพื่อใช้ใหม่ (reuse & recycle) รวมถึงการกำจัดที่เป็นผลพลอยได้ เช่น ปุ๋ยหมัก หรือพลังงาน โดยสรุปคือ

1. การลดปริมาณการผลิตมูลฝอย โดยการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน และประชาชน ผู้มารับบริการ มีส่วนร่วม

ในการลดการผลิตมูลฝอยในแต่ละวันได้แก่

- 1.1 ลดการทิ้งบรรจุภัณฑ์โดยการใช้สินค้าชนิดเติมใหม่ เช่น ผงซักฟอก น้ำยาล้างจาน น้ำยาทำความสะอาดและถ่านไฟฉายชนิดชาร์ตใหม่ เป็นต้น
- 1.2 เลือกใช้สินค้าที่มีคุณภาพมีหีบบรรจุภัณฑ์น้อยอายุการใช้งานยาวนานและเลือกสินค้าที่ไม่เป็นมลพิษ
- 1.3 ลดการใช้วัสดุกำจัดยาก เช่น โฟมบรรจุอาหารและถุงพลาสติก
- 1.4 การจัดการคืนกำไรในรูปแบบการลดราคาเมื่อนำภาชนะมาใส่อาหาร น้ำดื่ม เป็นต้น

2. จัดระบบการรีไซเคิล หรือการรวบรวมเพื่อนำไปสู่การแปรรูปเพื่อใช้ใหม่

2.1 รณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน และประชาชน ผู้มารับบริการ แยกของเสียนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ เช่น กระดาษ พลาสติก และโลหะ นำไปใช้ซ้ำ หรือนำไปขาย/รีไซเคิล เศษอาหารนำมาหมักทำปุ๋ย ในรูปปุ๋ยน้ำ หรือปุ๋ยหมักเพื่อใช้ในชุมชน

2.2 จัดระบบที่เอื้อต่อการทำมูลฝอยรีไซเคิล

- จัดภาชนะรองรับ (ถุง/ ถัง) แยกประเภทมูลฝอยที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน

• 2.2.2 จัดหาสถานที่ที่เหมาะสม ในการจัดเก็บและขนส่งถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

อภิปรายผล

กรณีศึกษา การพัฒนาการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ หาแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสม และพัฒนาการจัดการมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล ซึ่งสภาพปัญหาได้มาจากแบบสอบถามบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรู้การจัดตั้งธนาคารขยะจำนวน 100 คน พบว่าบุคลากรยังไม่สามารถแยกประเภทมูลฝอยเปียกและมูลฝอยแห้งได้ และสาเหตุที่ไม่ได้แยกประเภทมูลฝอยก่อนทิ้ง มาจากภาชนะรองรับมูลฝอยไม่ได้มีไว้เพื่อแยกประเภท มีถังเดียว การทำงานที่เร่งรีบ ถึงมูลฝอยเต็มและคิดว่าเมื่อแยกประเภทแล้วคนเก็บมูลฝอยก็นำมารวมแล้วนำไปทิ้งถังเดียวกันเช่นเดิม ซึ่งหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางในการจัดการมูลฝอยร่วมกัน พบว่า จะมีการแยกมูลฝอยก่อนทิ้งทุกครั้ง การจัดให้มีถังแยกประเภทมูลฝอย การนำมูลฝอยมาสร้างเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่/หรือกลับมาใช้ใหม่ ลดการสร้างมูลฝอย แยกมูลฝอยอินทรีย์เพื่อนำไปทำปุ๋ยชีวภาพ และควรจัดให้มีธนาคารขยะ รับซื้อมูลฝอยรีไซเคิล ซึ่งความคิดเห็นข้างต้นสอดคล้องกับหลักแนวคิด 3 R. ดังนี้ R.1 (Reduce) เป็นการลดปริมาณมูลฝอยที่อาจเกิดขึ้น R.2 (Reuse) นำมูลฝอยเศษวัสดุมาใช้ใหม่อีกหรือเป็นการใช้ซ้ำใช้แล้วใช้อีก R. 3 (Recycle) การหมุนเวียนกลับมาใช้ นำมูลฝอยมาแปรรูป ตามกระบวนการของแต่ละประเภท เพื่อนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงสภาพจากเดิมแล้วนำมาใช้ใหม่ ทางโรงพยาบาลกระบี่จึงพัฒนาแนวทางการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลโดยนำหลัก 3 R. มาใช้ เริ่มจากประกาศใช้และประชุมชี้แจงให้ความรู้แก่บุคลากรให้เห็นคุณค่าของมูลฝอยรีไซเคิล และกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการคัดแยกมูลฝอยรีไซเคิลจากแหล่งกำเนิด คือ แยกส่วนนำไปใช้ประโยชน์ได้ เช่น ขวด แก้ว กระดาษ พลาสติก โลหะ ฯลฯ ซึ่งมูลฝอยดังกล่าวสามารถนำไปจำหน่ายต่อได้ ทำให้ก่อเกิดรายได้แก่หน่วยงาน เจ้าหน้าที่ทุกคน และประชาชนผู้มารับบริการ โรงพยาบาลกระบี่ได้ดำเนินการ โดยการจัดหาสถานที่ในการรับซื้อ จัดหาผู้รับซื้อ กำหนดวันรับซื้อเป็นทุกบ่ายของวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ตั้งแต่เวลา 13.30 – 15.00 น. ตั้งแต่

วันที่ 1 มกราคม 2560 เป็นต้นมา โดยมีเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานบริหารทั่วไป คอยกำกับ ติดตาม บันทึกการชั่งน้ำหนัก ตลอดจนการคัดแยกที่ถูกหลักสุขาภิบาล

จากการพัฒนาดังกล่าวทำให้มูลฝอยทั่วไปของโรงพยาบาลกระบี่จากเดิมเมื่อปี 2559 - 2560 มีปริมาณมูลฝอยทั่วไปเฉลี่ยวันละ 2,500 กิโลกรัม ปี 2561 ลดลงเหลือเฉลี่ยวันละ 1,300 กิโลกรัม ถึงอย่างไรการสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ และประชาชน ผู้มารับบริการ ยังมีความสำคัญ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการเก็บรวบรวมและการขนส่งมูลฝอย รวมทั้งการคัดแยกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

ในกรณีศึกษาครั้งนี้ เห็นว่าเพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหอันเกิดจากการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำเป็นต้องดำเนินการพร้อมกระบวนการจัดการมูลฝอยดังนี้

1.1 การให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล โดยให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของความสำคัญที่ต้องมีการจัดการมูลฝอย ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการฝึกอบรม การศึกษาดูงาน ศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี

1.2 การประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ด้านการจัดการมูลฝอยทั้งการคัดแยกมูลฝอย และลดมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด นำหลักแนวคิด 3 R. คือ การรีไซเคิลมาประกาศใช้ เพื่อชี้ให้เห็นว่ามูลฝอยรีไซเคิลสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

1.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนโครงการเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นอยู่เสมอ โดยให้ความสำคัญกับการจัดทำโครงการมูลฝอยรีไซเคิล

1.4 ส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด คือ โดยเริ่มจากแต่ละหน่วยงานมีการคัดแยกชัดเจนและถูกประเภท ซึ่งเป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้สามารถบริหารจัดการมูลฝอยที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปกำจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเวลา ไม่มีมูลฝอยตกค้างเกิดขึ้น

1.5 ธนาคารมูลฝอยรีไซเคิล เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรวบรวมมูลฝอยเพื่อจำหน่ายให้ร้านรับซื้อต่อไป และเป็นการสร้างรายได้ให้หน่วยงาน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากกรณีศึกษาครั้งนี้เห็นว่าโรงพยาบาลกระบี่จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรในสังกัดให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในเรื่องของการคัดแยกมูลฝอย และมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการถือปฏิบัติอย่างยั่งยืน เพื่อนำความรู้ไปอธิบายให้กับประชาชน และผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเข้าใจ และประกาศเป็นนโยบายกำหนดให้ทุกหน่วยงานเข้าร่วมเป็นสมาชิกธนาคารมูลฝอยรีไซเคิล

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือสถานบริการสาธารณสุขสีเขียว GREEN HOSPITAL. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรส่งเสริมสหภาพผ่านศึก.

8. สุณีรัตน์ ยั่งยืนและคณะ. (2556) “การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการจัดการธนาคารขยะของชุมชน บ้านหัวหนอง ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม”, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2555). คู่มือมาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : พฤษภาคม พ.ศ. 2555
2. มาตรฐานการจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. กระทรวงมหาดไทย.
3. คู่มือแนวทางการลด คัดแยก และใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยสำหรับอาสาสมัครพิทักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน. กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551.
4. แนวทางการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตราย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. คณะกรรมการการจัดการขยะของเสียและวัสดุอันตราย. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. พ.ศ. 2561.
5. ชูชีพ แก้วคุ้ม. (2551). การจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลบ้านแยง, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
6. ชนกฤต บวกขุนทด. (2553). “การศึกษารูปแบบการจัดการจัดเก็บขยะชุมชน กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลโนนเมืองพัฒนา อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา”, สาขาวิศวกรรมโยธา สำนักวิชา วิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไป

สุกัญญา ไชยสุวรรณ*

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยง เป็นหนึ่งระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่จะนำไปสู่การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ซึ่งโรงพยาบาลกระบี่มีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงทั่วไปเป็นกิจกรรมหนึ่งในการบริหารความเสี่ยงและเกี่ยวข้องกับบุคลากรจำนวนมาก โดยโรงพยาบาลได้กำหนดให้ความเสี่ยงทั่วไป เช่น ความเสี่ยงทางเวชระเบียน/เอกสาร เครื่องมือ/วัสดุการแพทย์ อาหาร ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม/สิ่งอำนวยความสะดวก ทรัพย์สินสูญหาย เจ้าหน้าที่ได้รับความบาดเจ็บจากการทำงาน ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วย เป็นต้น เป็นความเสี่ยงที่ต้องรายงานและเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาคำความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง จากการมีผู้มาใช้บริการในแต่ละวันจำนวนมาก การรายงานความเสี่ยงที่มีเข้ามาหลายช่องทาง โดยเฉพาะหัวข้อบริการสิ่งแวดล้อม/ สิ่งอำนวยความสะดวก ในส่วนของเครื่องปรับอากาศ/พัดลม ขำรุดสภาพไม่พร้อมใช้งาน ที่รายงานเข้ามา มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงมีการศึกษาการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไป โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อศึกษาความเสี่ยงทั่วไปในโรงพยาบาลกระบี่ กรณีหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลม ขำรุด ไม่พร้อมใช้งาน โดยการหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไปในหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลมขำรุด ไม่พร้อมใช้งาน ให้ได้มาตรฐาน นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและการป้องกันการเกิดความเสี่ยงทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการรายงานความเสี่ยง ของศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า เป็นการสรุปข้อมูลการบริการ ระดับความรุนแรง และจำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงตามโปรแกรม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2560 กับปี 2561 พบว่า ข้อมูลความเสี่ยงทั่วไปปี 2561 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เทียบแต่ละหัวข้อบริการ จะมีระดับความรุนแรงลดลง ยกเว้นหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลม ขำรุด ใช้งานไม่ได้ มีระดับความรุนแรงสูงเพิ่มขึ้น โดยพบที่ระดับความรุนแรงสูง จำนวน 4 ครั้ง เมื่อทำการค้นหารากของปัญหา (การทำ Root cause analysis, RCA) โดยใช้แผนผังสาเหตุและผล พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนด้านการระบายอากาศและปรับอากาศ การวางแผนการบำรุงรักษาไม่ต่อเนื่องเหมาะสมตามสภาพการใช้งาน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาอุปกรณ์ในระบบปรับอากาศ และบุคลากรด้านการจัดการระบบเองยังขาดความรู้ วางแผนการติดตั้ง บำรุงรักษา การตรวจสอบ ทดสอบระบบตามเกณฑ์มาตรฐานและกฎหมายกำหนด ที่ผ่านมามีการดำเนินงานจึงเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ได้มีการกำหนดแผนในเชิงป้องกัน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ตั้งเป้าหมาย Patient and Personal Safety Goals ของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 - พ.ศ. 2579) มาพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทั่วไปของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง, ความเสี่ยงทั่วไป

* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลกระบี่

Develop general management system of Krabi hospital

| *Sukanya Chaisuwan**

Abstract

Risk management is important system go to be hospital accreditation. Krabi hospital continuous develop management system and about many people. General risk example are medical records risk, medical tools risk, environment risk, lost property, job injury and complaint service behavior. These risk must report to management system. Management guidelines have find risk, assessment ,analysis, management and evaluation. Everyday have many people come in and report risk from many ways. Environment and facility risk the air conditioner worn out high violence. The purpose of study title environment and facility risk the air conditioner worn out of root cause analysis and guidelines risk management. Risk program to include information, violence levels and number of times compared to 2017 with 2018. General risk have increase number but decrease violence levels. Except title environment and facility risk the air conditioner worn out increase violence levels 4 time. After root cause analysis don, t have resolution of ventilation and air conditioner. No plan maintenance and person don' t have ventilation and air condition knowledge. Time ago tackling immediate problem. The study direct process from patient and personal safety goals strategic 20 year of public health develop general management system.

Keywords : Risk management, General risk

* General Administration Officer, Professional Leve, Krabi Hospital

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิดหรือทฤษฎี การจัดการใหม่ เช่น การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร เกิดขึ้นมามากมาย อย่างไรก็ตามแนวคิดหรือเทคนิคการบริหารใหม่ ๆ มีการพัฒนาออกมาอย่างต่อเนื่องทั้งจากโลกตะวันตกและโลกตะวันออก ปัจจุบันแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานพยาบาลที่ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ มาอย่างต่อเนื่องและมีความพร้อมที่จะขอรับการรับรองตามมาตรฐาน HA (Accreditation) หรือสถานพยาบาลที่จะขอต่ออายุการรับรอง (Re-accreditation) สามารถจัดส่งเอกสารประกอบการขอประเมินและรับรองมายังสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จึงทำให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้ได้รับรองคุณภาพ (quality accreditation) ด้วยการนำเอากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการบริหารและพัฒนากระบวนการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งการบริหารความเสี่ยง เป็นอีกหนึ่งระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลอีกระบบหนึ่งที่จะนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นกระบวนการเชิงรุก มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสีย อันเกิดจากความเสี่ยงซึ่งเป็นสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ที่พบได้ทั่วไป ซึ่งความเสี่ยงคือ สิ่งที่ไม่คาดฝัน หรือสิ่งที่บุคคล องค์กรไม่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเผชิญหน้า เพราะเมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว อาจทำให้เกิดความไม่พอใจ ไม่สบายใจ เกิดความสูญเสียด้านเงิน เวลา ความน่าเชื่อถือ ชื่อเสียง เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยง ก็ต้องมีการบริหารความเสี่ยง ซึ่งตามจริงแล้ว เป็นสิ่งที่เราจัดการอยู่เป็นประจำ เพราะส่วนใหญ่ บุคคลหรือองค์กรจะมีการดำเนินการลดความเสี่ยงเป็นธรรมชาตินิสัยอยู่แล้ว ซึ่งปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประสบ

ผลสำเร็จ คือ การรับรู้และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 4 ครั้ง และมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงทั่วไปเป็นกิจกรรมหนึ่งในการบริหารความเสี่ยง และเกี่ยวข้องกับบุคลากรจำนวนมาก โดยโรงพยาบาลได้กำหนดให้ความเสี่ยงทั่วไป เช่น ความเสี่ยงทางเวชระเบียน/ เอกสาร เครื่องมือ/ วัสดุการแพทย์ อาหาร ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม/ สิ่งอำนวยความสะดวก ทรัพย์สิน สูญหาย เจ้าหน้าที่ได้รับความบาดเจ็บจากการทำงาน ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ สิทธิผู้ป่วย เป็นต้น เป็นความเสี่ยงที่ต้องรายงานและเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการที่สำคัญของโรงพยาบาล เป็นแนวทางการบริหารหลักขององค์กร ซึ่งต้องมีผู้รับผิดชอบหลายส่วน โดยภายใต้การดูแลขององค์กร โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลกระบี่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 341 เตียง ในปี 2560 มีผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ 354 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 368 ราย จากการมีผู้มาใช้บริการในแต่ละวันจำนวนมาก การรายงานความเสี่ยงที่มีเข้ามาหลายช่องทาง โดยเฉพาะหัวข้อบริการสิ่งแวดล้อม/ สิ่งอำนวยความสะดวก ในส่วนของเครื่องปรับอากาศ/พัดลมชำรุด สภาพไม่พร้อมใช้งาน ที่รายงานเข้ามามีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทั่วไปในหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลมชำรุดขึ้น เพื่อจะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงทั่วไปในโรงพยาบาลกระบี่ กรณีหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลมชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน
2. เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยงทั่วไป กรณีหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลมชำรุด ไม่พร้อมใช้งานในโรงพยาบาลกระบี่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง ของศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่ เฉพาะความเสี่ยงทั่วไป หัวข้อบริการสิ่งแวดล้อม/ สิ่งอำนวยความสะดวก, ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และอาชีวอนามัย ปี 2560 – 2561

วิธีดำเนินการ/แหล่งข้อมูล

ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ แบ่งวิธีการดำเนินการออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูล จากโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง ของศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่ เฉพาะความเสี่ยงทั่วไป

ตอนที่ 2 วิเคราะห์และเสนอข้อมูล

ใช้วิธีการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) และนำเสนอรายงานแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description) ดังนั้นการนำเสนอข้อมูลจึงอยู่ในลักษณะของการบรรยายพร้อมการวิเคราะห์

ตารางที่ 1 แสดงการรายงานความเสี่ยงทั่วไปจำแนกตามหัวข้อบริการ

เลือกหัวข้อบริการที่มีการรายงานระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น มหาสาเหตุ โดยใช้แผนผังสาเหตุและผล ระดมสมองกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดประโยคปัญหาที่หัวปลา
2. กำหนดกลุ่มปัจจัยที่จะทำให้เกิดปัญหานั้น ๆ
3. ระดมสมองเพื่อหาสาเหตุแต่ละปัจจัย
4. หาสาเหตุหลักของปัญหา
5. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
6. ใช้แนวทางการปรับปรุงที่จำเป็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาจากการรวบรวมความเสี่ยงทั่วไปที่เกิดขึ้น ไปวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการพัฒนางานบริหารความเสี่ยงทั่วไป
2. นำผลการศึกษาไปใช้ในการสนับสนุนการบริหารงานทั่วไป
3. นำผลการศึกษาไปพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงทั่วไป

หัวข้อบริการ		ปี 2560		ปี 2561	
		ระดับความรุนแรง	ครั้ง	ระดับความรุนแรง	ครั้ง
1. สิ่งแวดล้อม/สิ่งอำนวยความสะดวก					
หลังคา/อาคาร/ทางเดิน/พื้นห้อง	รั่ว/ชำรุด	สูง	9	สูง	4
		ปานกลาง	10	ปานกลาง	10
				น้อย	6
ไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้า	ไฟดับ/ชำรุด	สูง	4	ปานกลาง	11
		ปานกลาง	8	น้อย	6
เครื่องปรับอากาศ/พัดลม	ชำรุด/ไม่พร้อมใช้	ปานกลาง	4	สูง	4
				ปานกลาง	2
				น้อย	6
บ่อบำบัด	ขัดข้อง/ชำรุด	ปานกลาง	2	น้อย	1
ขยะ	ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน	ปานกลาง	3	ปานกลาง	2
				น้อย	3
				น้อย	2

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการรายงานความเสี่ยงทั่วไปจำแนกตามหัวข้อบริการ

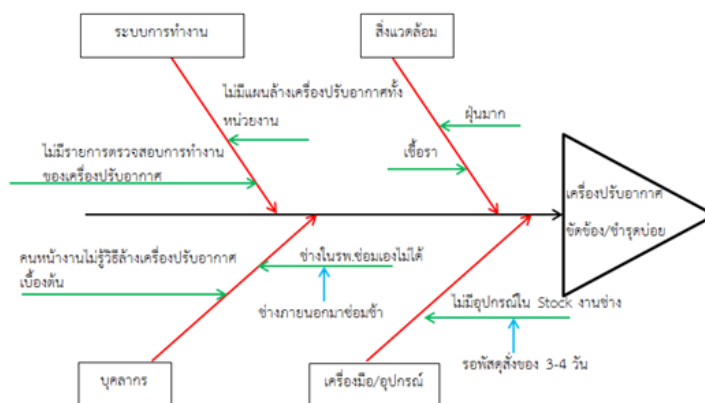
หัวข้อบริการ		ปี 2560		ปี 2561	
		ระดับความรุนแรง	ครั้ง	ระดับความรุนแรง	ครั้ง
ยานพาหนะ	ล่าช้า			น้อย	2
2. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน					
เจ้าหน้าที่	ถูกข่มขู่/ทะเลาะกัน	สูง	2	น้อย	2
		ปานกลาง	3		
ญาติ	ทรัพย์สินสูญหาย	สูง	6	น้อย	3
		ปานกลาง	4		
ผู้ป่วย	ทรัพย์สินสูญหาย	ปานกลาง	1	น้อย	1
อื่นๆ		น้อย	4	ปานกลาง	5
3. อาชีวอนามัย					
เข็ม ของมีคม บาด/ทิ่ม/ตำ		สูง	2	ปานกลาง	6
				น้อย	1
สารคัดหลั่ง/สารเคมี	กระเด็นใส่	ปานกลาง	1	น้อย	1
ท่าทางการทำงาน	ยืนนาน/ยกของหนัก	ปานกลาง	2	น้อย	1
รวมทั้งหมด			72		81

ที่มา : ศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่

ผลการศึกษา

จากข้อมูลรายงานความเสี่ยงทั่วไปทั้งในระบบโปรแกรมรายงานความเสี่ยง และจากใบรายงานผ่านทางธุรการฝ่ายบริหารทั่วไป พบว่า ข้อมูลความเสี่ยงทั่วไปปี 2561 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่มีระดับความรุนแรงลดลงเมื่อเทียบกับ

ปี 2560 ยกเว้นหัวข้อบริการ เครื่องปรับอากาศ/พัดลม ชำรุดใช้งานไม่ได้ มีระดับความรุนแรงสูงเพิ่มขึ้น โดย จำนวนอุบัติเหตุเครื่องปรับอากาศขัดข้อง ที่ระดับความรุนแรงสูงจำนวน 4 ครั้ง เมื่อทำการค้นหาสาเหตุของปัญหา (การทำ Root cause analysis, RCA) โดยแผนผังสาเหตุและผลดังนี้พบว่า



รูปที่ 1 แผนผังสาเหตุและผลเครื่องปรับอากาศขัดข้อง/ชำรุดบ่อย

พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนด้านการระบายนํ้าและปรับอากาศ การวางแผนการบำรุงรักษาไม่ต่อเนื่องเหมาะสมตามสภาพการใช้งาน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาอุปกรณ์ในระบบปรับอากาศและบุคลากรด้านบริหารจัดการระบบเองยังขาดความรู้ วางแผนการติดตั้ง บำรุงรักษา การตรวจสอบ ทดสอบระบบตามเกณฑ์มาตรฐานและกฎหมายกำหนด ที่ผ่านมามีการดำเนินงานจึงเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ได้มีการกำหนดแผนในเชิงป้องกัน ดังนั้นสิ่งที่พัฒนาต่อไปคือการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน กำหนดแผนงานในเชิงป้องกันให้ครอบคลุมงานบริหารทั่วไปและพัฒนาความรู้บุคลากรทั้งทางด้านการบริหารจัดการและบุคลากรทางการแพทย์

อภิปรายผล

กรณีศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงทั่วไป โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อศึกษาความเสี่ยงทั่วไปในโรงพยาบาลกระบี่ กรณีหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ/พัดลม ขำรูด ไม่พร้อมใช้งาน โดยการหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางการจัดการความเสี่ยง พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไปในหัวข้อบริการเครื่องปรับอากาศ /พัดลม ขำรูด ไม่พร้อมใช้งานให้ได้มาตรฐาน นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา การป้องกันการเกิดความเสี่ยงทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการรายงานความเสี่ยงของศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า เป็นการสรุปข้อมูลการบริการ ระดับความรุนแรง และจำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยงตามโปรแกรม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 กับปี 2561 พบว่า ข้อมูลความเสี่ยงทั่วไปปี 2561 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เทียบแต่ละหัวข้อบริการ จะมีระดับความรุนแรงลดลง ยกเว้นหัวข้อบริการ เครื่องปรับอากาศ/พัดลม ขำรูด ใช้งานไม่ได้ มีระดับความรุนแรงสูงเพิ่มขึ้นและ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลความเสี่ยงทั่วไป จากใบแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ส่งผ่านธุรการกลุ่มงานบริหารทั่วไปเป็นข้อมูลเพิ่มเติมจากในโปรแกรมรายงานความเสี่ยงในปี 2561 มีจำนวนการรายงานเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่ได้มีการจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง เมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาวิเคราะห์ พบว่า จำนวนอุบัติการณ์เครื่องปรับอากาศขัดข้อง

ขำรูด มีจำนวนเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกัน พบที่ระดับความรุนแรงสูง จำนวน 4 ครั้ง เมื่อทำการค้นหาสาเหตุของปัญหา (การทำ Root cause analysis, RCA) โดยใช้แผนผังสาเหตุและผล พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนด้านการระบายนํ้าและปรับอากาศ การวางแผนการบำรุงรักษาไม่ต่อเนื่องเหมาะสมตามสภาพการใช้งาน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติงานหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาอุปกรณ์ในระบบปรับอากาศ และบุคลากรด้านบริหารจัดการระบบเองยังขาดความรู้ วางแผนการติดตั้ง บำรุงรักษา การตรวจสอบ ทดสอบระบบตามเกณฑ์มาตรฐานและกฎหมายกำหนด ที่ผ่านมามีการดำเนินงานจึงเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ได้มีการกำหนดแผนในเชิงป้องกัน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – พ.ศ. 2579) ที่ตั้งเป้าหมาย Patient and Personal Safety Goals โดยอาศัยการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ดังนี้

1. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และแรงจูงใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
2. การสร้างความร่วมมือของประชาชนและผู้ป่วยกับองค์กรต่างๆในระบบบริการสาธารณสุข
3. พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย
4. ส่งเสริมระบบการวัดผลลัพธ์บริการ การรายงาน การเรียนรู้ อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการ
5. เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วไปของโรงพยาบาลกระบี่ ดังนี้คือ
 1. การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกงานที่มีความเสี่ยง
 2. กำหนดแผนงานในเชิงป้องกันครอบคลุมงานบริหารทั่วไป
 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องของการบริหารจัดการความเสี่ยงและอาชีวอนามัยความปลอดภัย ทั้งบุคลากรด้านบริหารจัดการและบุคลากรทางการแพทย์
 4. พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล การปฏิบัติตามแผนงานอย่างต่อเนื่อง และสามารถสั่งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีเกิดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

ในกรณีศึกษาครั้งนี้ เห็นว่าเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับระบบการรายงานความเสี่ยงทั่วไป และเป็นการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงทั่วไป และพัฒนาบุคลากร ดังนี้

1.1 จัดระบบการรายงานความเสี่ยงทั่วไป โดยแยกประเภทให้ชัดเจน

1.2 กำหนดให้ผู้รับผิดชอบการรายงานความเสี่ยงทั่วไปโดยเฉพาะ

1.3 กำหนดให้มีมาตรการป้องกันการเกิดความเสี่ยงทั่วไปให้ครอบคลุม

1.4 กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

1.5 กำหนดให้มีการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง และจัดทำรายงานทุก 3 เดือนให้แก่ผู้บริหารทราบ

1.6 พัฒนาโปรแกรมการรายงานให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้สามารถจำแนกรายละเอียดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น

1.7 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรโรงพยาบาลกระบี่ โดยแยกเป็นระดับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อง่ายต่อการเรียนรู้ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.8 กำหนดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบทั่วกัน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดเป็นนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้งอย่างเป็นระบบ

2. กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน

3. กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงให้มีการติดต่อสื่อสารให้ทั่วถึงทุกหน่วยงาน

4. กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกงานมีแผนงานในเชิงป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

1. จิรพร สุเมธีประสิทธิ์, มัทธนา พิพิธเนาวรัตน์, กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ. การบริหารความเสี่ยงอย่างมีมืออาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล.

2. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2543). การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

3. คู่มือระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลธารโต. อำเภอธารโต จังหวัดยะลา.

4. คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลกระบี่ ศูนย์บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกระบี่ 2561

5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี : เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี : เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

7. ผ่องพรรณ จันทนสมบัติและนันธิดา พันธุศาสตร์ (2555). การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(3), 118-124.

8. เพ็ญภา เส็งซ้าย. (2553). โมเดลเชิงสาเหตุการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.

9. สุภาพร วชิรเมธารัตน์ และรัตพงษ์ สอนสุภาพ. (2559). การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต.

Incarcerated transmesenteric hernia following appendectomy in Pediatric patient: case report

*Kamonrat J.
Veawarun P.
Warakorn K. **

Abstract

Transmesenteric hernia is a rare cause of bowel obstruction. It can be strangulation and sepsis following obstruction and delay diagnosis. There are so many causes of transmesenteric hernia, more commonly described in postoperative patients, blunt abdominal trauma, inflammatory disease and less likely congenital.

We present a case of transmesenteric hernia with incarcerated and strangulation of small bowel in 11-year old girl. She had previous surgery from appendicitis 1 month ago. This admission she had treat as severe gastritis and supportive treatment for 1 night and her symptom get worse and become early sign of sepsis. Investigation show she had transmesenteric hernia with bowel strangulation. Emergency laparotomy was performed. We found small bowel ischemia from herniation through ileum mesentery from adhesion of ileum to abdominal wall. We resection ischemia segment of ileum and anastomosis and lysis adhesion to prevent another attack of gut obstruction.

Key word: internal hernia, transmesenteric hernia, small bowel ischemia, closed loop obstruction, small bowel obstruction.

* Medical Department, Krabi hospital

Introduction

Incidence of The internal hernias are a rare pathology with an incidence of about 0.2–0.9%¹ Transmesenteric hernia only constitute an estimated 5–10% of cases.² despite being congenital, they may occur at any age.³ They are defects of about 2–5 cm diameter and are typically located in proximity to the angle of Treitz or the ileocecal valve.⁴ They involve, more frequently, the small bowel and, very rarely, the colon.

Case report

A 11-year-old girl patient, with no relevant medical history, presented at the emergency department with a clinical picture characterized

by abdominal pain in the upper quadrants, associated with nausea and vomiting more than 10 times. Abdominal examination, there was intense diffuse abdominal pain without clear signs of peritoneal irritation. The analytical study showed leukocytosis, and dehydration she had no fever. She had history of appendectomy 1 month ago, and had abdominal pain 10 day before this admission.

She got provisional diagnosis severe gastritis from primary doctor at emergency department and hospitalization. After admission she complain abdominal pain and look weak, pediatric department sent her to investigation with film x-ray Acute abdomen series.

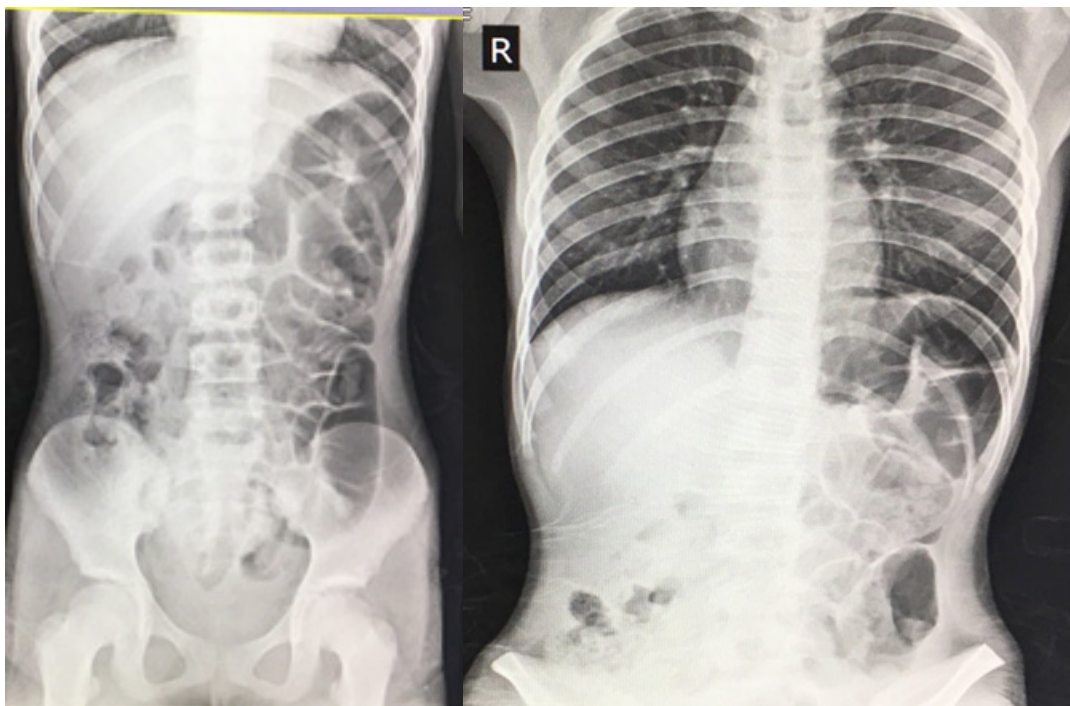


Figure 1. Film abdomen supine and upright show small bowel and large bowel dilatation.

She got diagnosis as small bowel obstruction and retain NG tube and give resuscitation fluid. Her symptom 8 hours later not improve her laboratory show more leukocytosis and acidosis. She complaint

abdominal pain at pelvic area. Abdominal examination she had tender at lower abdomen and peritonitis. Pediatrician sent her to CT scan and consult Surgery. Result of CT scan show as figure

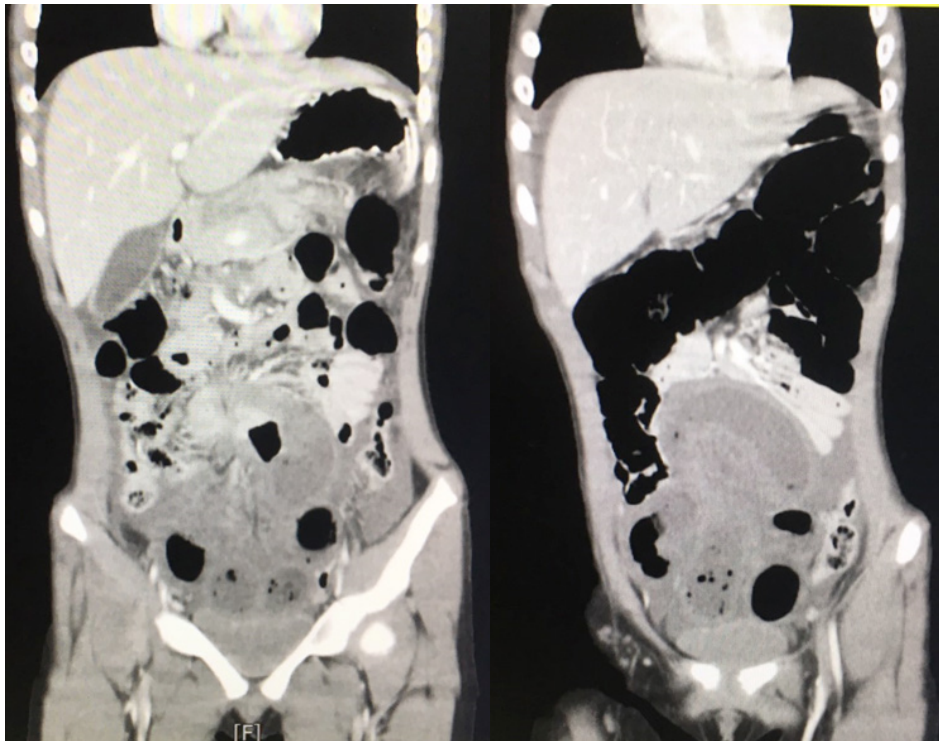


Figure 2. Coronal view of CT whole abdomen show incarcerated hernia with twisted mesentery at right lower abdomen with small bowel ischemia, moderate amount ascites

Report of CT scan whole abdomen :

Moderate degree of focal dilatation with lack of bowel wall enhancement of bowel loops locating at mid lower abdomen (probably ileum), Abrupt change of caliber at terminal ileum with twisted mesentery at right lower abdomen. No free air and generalized ascites

Conclusion : Finding are concern for chronic ileal loops obstruction with bowel ischemia probably due to transmesenteric hernia.

After result of CT whole abdomen. Patient was taken to operating room. We perform emergency laparotomy and found ileum ischemia from closed loop obstruction from transmesenteric hernia at ileum with dense fibrous adhesion to abdominal wall at Right lower abdomen away from surgical scar 5 cm medially. We lysis adhesion and resection 40 cm in length of distal ileum that ischemia and performed end to end anastomosis with hand sewn suture.



Figure 3. Intraoperative picture show segmental of distal ileum that ischemia.

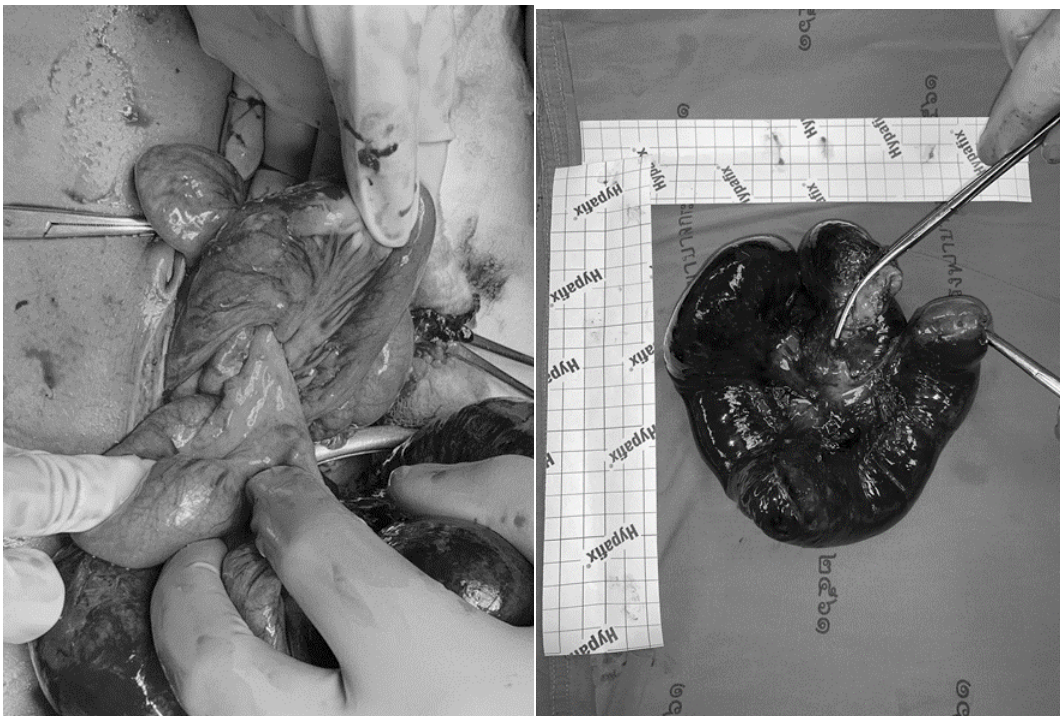


Figure 4. Intraoperative picture show (Left) Dense fibrous adhesion of ileum to abdominal wall and herniated loop of ileum that incarcerated and twisted mesentery. (Right) Specimen of ischemic distal ileum.

After surgery she had no fever ,no sequelae of organ damage and she can step diet and remove penrose drain and discharge after post op day 9.

Discussion

Although this case not true transmesenteric hernia because she don't have defect of mesentery but her pathology was made from small bowel adhesion to abdominal wall to created window of interbowel loop that can lead herniated bowel loop. So her clinical and operative finding and CT scan show as transmesenteric hernia.

In pediatric patients small bowel obstruction from transmesenteric hernia is very rare, Presentation of small bowel obstruction there are nausea vomiting, obstipation and colicky pain. In children we missed diagnosis small bowel obstruction from enteritis or gastritis but we should concern for small bowel obstruction in case of patient had previous surgery and remind small bowel ischemia especially if patient had abdominal pain dissociate to abdominal sign. Transmesenteric hernia and lack of specific radiological or laboratory investigations reaffirms the importance of surgeons maintaining a high index of suspicion for this surgical emergency.

Reference

1. Crispin-Trebejo B, Robles-Cuadros M, Orendo-Velázquez E, Andrade F. Internal abdominal hernia: Intestinal obstruction due to transmesenteric hernia containing transverse colon. *Int J Surg Case Rep* 2014, 5(7): 396-398.
2. Butterworth J, Cross T, Butterworth W, Mousa P, Thomas S. Transmesenteric hernia: A rare cause of bowel ischemia in adults. *Int Surg Case Rep* 2013, 4(7): 568-570.

3. Malit M., Burjonrappa S. Congenital mesenteric defect: description of a rare cause of distal intestinal obstruction in a neonate. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3:121-123.

4. Butterworth J, Cross T, Butterworth W, Mousa P, Thomas S. Transmesenteric hernia: A rare cause of bowel ischemia in adults. *Int Surg Case Rep* 2013, 4(7): 568-570.

บทคัดย่อ

ในแต่ละปีทั่วโลก มีทารกจำนวนมาก ติดเชื้อตับอักเสบบี ซิฟิลิส และเอชไอวี แต่กำเนิด ผ่านทางการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่เพิ่มขึ้น จึงออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยมีเป้าหมายในสามกลุ่มโรค ได้แก่ เชื้อเอชไอวี ให้สำเร็จก่อนปีพ.ศ. 2563 และเชื้อตับอักเสบบี และซิฟิลิส ก่อนปี พ.ศ. 2573 เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้มีการกำหนดแนวทางมากมาย โดยในโรคตับอักเสบบี มีเป้าหมายที่จะลดผู้ติดเชื้อใหม่ลงร้อยละ 90 และมีความชุกในเด็กน้อยกว่าร้อยละ 0.1 ก่อนปี พ.ศ. 2573 และมีอัตราติดโรค น้อยกว่า 50 คน ต่อหนึ่งแสนประชากร ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสแต่กำเนิด

การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบบี และซิฟิลิส สามารถป้องกันได้ โดยใช้มาตรการเดียวกัน ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน การคัดกรองตอนฝากครรภ์ การรักษามารดา และเด็ก พิจารณาให้วัคซีน รวมถึงการช่วยเหลือที่เหมาะสม และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับผลลัพธ์ที่ดีที่สุด¹

คำสำคัญ : การติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิสแต่กำเนิด ตับอักเสบบี การถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก

Abstract

Each year around the world have many newly infected infants by hepatitis B, syphilis and HIV through mother-to-child transmission. WHO saw the increasing problem and therefore issued measures to achieve the global targets set specific goals for the Triple elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV by 2020 and of hepatitis B and syphilis by 2030.

To achieve the goals WHO had set many guidelines and additional interventions to accomplish : 2030 target of 90% reduction of new cases (0.1% prevalence of HBsAg among children) and 50 or fewer cases per 100,000 live births for pediatric HIV infections and congenital syphilis.

Mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B and syphilis can be effectively prevented and eliminated by similar interventions, including the prevention of new infections among people of reproductive age, prevention of unintended pregnancies, antenatal screening, medical treatment for mother and children, vaccination, provides for efficient service delivery and long term follow up to achieve better outcomes.¹

Keywords : pediatric HIV infections, congenital syphilis, hepatitis B, Mother-to-child transmission

การติดเชื้อของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ สามารถส่งต่อไปให้บุตรในครรภ์ได้ และส่งผลให้เกิดความพิการ และผลข้างเคียงต่อเนื่อง ในประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองในโรคที่สำคัญ ได้แก่ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และโรคเอดส์ที่จะกล่าวถึงในบทความนี้ ส่วนการคัดกรองอื่น ๆ ได้แก่ การคัดกรองโรคทางพันธุกรรม เช่น โรคทาลัสซีเมีย หรือกลุ่มอาการดาวน์ จะคัดกรองในมารดาที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหรือมารดาที่อายุมาก ส่วนการคัดกรองพิเศษอื่น ๆ จะทำเป็นเฉพาะราย สำหรับมารดาที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ เป็นต้น

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

องค์การสหประชาชาติกำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDG) โดยการแก้ไขปัญหาดังกล่าวถูกกำหนดไว้ใน SDG ที่ 3 สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย เป้าหมาย ยุติการระบาดของเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573

การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 คือไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคนเข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวีและไม่มีการตีตรารังเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เป้าหมายดังกล่าวจะเป็นจริงได้นั้น ต้องมีการทำงานที่บูรณาการด้านป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อ การออกเชิงรุก เข้าหาประชากรเป้าหมาย การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี การติดตามการรักษาและกินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ในภาพรวมในแต่ละปีมีเด็กทารกประมาณ 5,000 คน ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปี 2558 ประมาณร้อยละ 1.9 ดังนั้นจะมีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 95 รายต่อปี จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมในวัยรุ่นพบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในอัตราที่สูงขึ้นและมากกว่าครั้งมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก โดยไม่ได้ป้องกันซึ่งอาจนำไปสู่การเพิ่มจำนวนของการติดเชื้อ

เอชไอวีรายใหม่ในเด็กวัยรุ่นในอนาคตได้ ในปัจจุบันวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีสามารถตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้โดยไม่จำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งน่าจะช่วยวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยได้ง่ายขึ้น โดยวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ควรแนะนำการตรวจเอชไอวีในวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน²

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission)

1. สาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รายใหม่ในไทย พ.ศ. 2558 ส่วนใหญ่เกิดจากการมาฝากครรภ์ช้า แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ และอีกส่วนเป็นจากแม่ที่ตรวจพบว่าไม่ติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ แต่ทารกป่วยติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอด เมื่อย้อนกลับมาตรวจจึงพบว่าแม่ติดเชื้อตอนใกล้คลอดหรือหลังคลอด ซึ่งเกิดจากกลุ่มเลือดต่าง

2. เน้นความสำคัญของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 2 ครั้ง ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ หากผลการตรวจครั้งแรกเป็นลบ

3. เน้นความสำคัญของการให้การปรึกษาแบบคู่ โดยสามีทุกคนควรมีผลเลือดเอชไอวีที่ตรวจในช่วงระยะเวลา ระหว่างที่ภรรยาเริ่มมาฝากครรภ์ และบันทึกลงในสมุดฝากครรภ์ของภรรยาเสมอ หากสามียังไม่มีผลเลือดเอชไอวีจนถึงวันคลอดให้ตรวจให้ได้เร็วที่สุดในระหว่างคลอดหรือหลังคลอด

4. เน้นความสำคัญของการตรวจคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ ในแม่ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์

5. แนะนำให้ตรวจ VL ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์ และกินยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากหลายโรงพยาบาลผล VL กลับมาช้าไม่ทันใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อคลอด

6. ปรับคำจำกัดความของการจำแนกเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีตามความเสี่ยงให้สอดคล้องกันระหว่างระยะเวลากินยาต้านเอชไอวีนาน 12 สัปดาห์ เพื่อให้เกณฑ์ VL < 50 copies/mL เมื่อใกล้คลอด โดยแบ่งดังนี้ ทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (standard risk) ได้แก่ ทารกที่ไม่มี VL เมื่อใกล้คลอด ≤ 50 copies/mL หรือหากไม่มี

ผล VL ไม่ได้ยา HAART สม่าเสมอ > 12 สัปดาห์ก่อนคลอด

• **ทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง** (high risk) ได้แก่ ทารกที่แม่มี VL เมื่อใกล้คลอด > 50 copies/mL หรือหากไม่มีผล VL แม่ได้รับยา HAART ไม่สม่ำเสมอหรือได้ยาสูตร HAART มา < 12 สัปดาห์ก่อนคลอดหรือมีประวัติกินนมแม่หลังคลอด

7. **เพิ่มแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ หรือสามีที่อาจติดต่อยากลุ่ม NNRTIs** ซึ่งจะแนะนำให้ยา: AZT + 3TC + LPV/r หรือ TDF + 3TC (FTC) + LPV/r เป็นสูตรป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยจะสงสัยมีการติดต่อยากลุ่ม NNRTIs ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีประวัติอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

• มีประวัติสามีของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และสงสัยการติดต่อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ มีผล HIV VL > 50 copies/mL หรือไม่มีผล HIV VL

• หญิงตั้งครรภ์เคยรับยาสูตร AZT + single dose NVP มาก่อนหรือเคยได้รับยาสูตร NNRTI-based HAART มาก่อนและหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ หรือตรวจพบการติดต่อยาต้านเอชไอวีกลุ่ม NNRTI มาก่อน

8. **แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์กินยาต่อหลังคลอด** ทุกราช ตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่

9. **เพิ่มเติมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์** ในสถานที่ที่มีความพร้อม พิจารณาเพิ่มยา raltegravir (400 มก.) กินเข้าเย็นเพิ่มเติมจากสูตรยา HAART ปกติ ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์ และไม่เคยได้รับยาด้านเอชไอวีมาก่อน หรือหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาด้านเอชไอวีมานานกว่า 12 สัปดาห์แต่ยังมี VL > 1,000 copies/mL ที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ เนื่องจากมีรายงานว่ายารaltegravir สามารถลดระดับไวรัสได้เร็วและอาจช่วยลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ โดยสามารถหยุดยา raltegravir ได้หลังคลอดทันที

10. **แนะนำให้ส่งเลือด HIV PCR dried blood spot ที่แรกคลอด (อายุ 0-7 วัน) ในเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก** โดยส่งได้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และคณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่หลังจากนั้นให้ตรวจเลือดทารกตามความเสี่ยงคือ

• **ความเสี่ยงทั่วไป:** 2 ครั้ง ที่ 1 และ 2 - 4 เดือน

• **ความเสี่ยงสูง:** 4 ครั้ง ที่แรกเกิด, 1, 2 และ 4 เดือน

11. **อายุของการตรวจ HIV PCR ที่ 1 เดือน** สามารถตรวจได้ตั้งแต่ 25 วันขึ้นไป

12. **เน้นความสำคัญของการปรับขนาดยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาในทารกที่กินยาสูตรป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามน้ำหนักเด็ก** เนื่องจากขนาดยาที่ใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นขนาดยาที่ใช้ในการป้องกันซึ่งต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในการรักษา

13. **ปรับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีเป็นลบแต่สามีมีผลเลือดบวก** ตามความเสี่ยงที่ประเมิน ดังนี้

• **ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่นอน** ให้ติดตามผลเลือดต่อเนื่องโดยตรวจ anti-HIV ซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์เมื่อเจ็บท้องคลอด และทุก 6 เดือนหลังคลอด โดยดูแลแม่และเด็กเหมือนปกติ กินนมแม่ได้หากผลเลือดเป็นลบและไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติม และแนะนำการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

• **มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคู่นอนและสงสัยว่าอาจอยู่ใน window period** ให้พิจารณาที่อายุครรภ์และระยะเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อครั้งสุดท้าย ดังนี้

กรณีมีประวัติเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโดยไม่ได้ป้องกันครั้งสุดท้ายภายใน 72 ชั่วโมงที่ผ่านมา: แนะนำให้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis: HIV nPEP) โดยต้องกินจนครบ 4 สัปดาห์ สูตรยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ควรเป็น AZT หรือ TDF + 3TC (FTC) + LPV/r หรือ EFV และให้การดูแลเหมือนคนไข้ที่ได้รับยา nPEP

กรณีอายุครรภ์ < 36 สัปดาห์ และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันครั้งสุดท้าย > 72 ชั่วโมงขึ้นไปแต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์: ให้ตรวจ anti-HIV ทันที (ควรใช้วิธี 4th generation) ถ้าผลเป็นลบให้ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ต่อมามากมายคงเป็นลบให้ตรวจเลือดซ้ำที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์และเมื่อเจ็บท้องคลอด และให้ดูแลรักษาตามผลเลือดที่พบหากแม่ไม่ติดเชื้อและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงโดยไม่ป้องกัน แนะนำการให้ยาด้านเอชไอวีสำหรับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis หรือ PrEP)

กรณีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป และมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ป้องกันครั้งสุดท้าย > 72 ชั่วโมงขึ้นไปแต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์: ให้พิจารณาให้การป้องกันเหมือนหญิงติดเชื้อไปก่อน จนนมแม่ ติดตามผลเลือดแม่เช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น ถ้าผลเลือดแม่เป็นลบหลังคลอดให้หยุดยาต้านเอชไอวี ในแม่ได้ ติดตามผลเลือดแม่ต่อเนื่องจนพ้น window period (4 สัปดาห์) และให้การดูแลทารกเหมือนแม่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี จนกระทั่งพ้นระยะ window period ของแม่แล้วจึงหยุดยาได้แต่ควรจะนมแม่ หากยังคงมีความเสี่ยงสูงโดยไม่ป้องกัน และจะให้นมแม่ต่อเนื่อง พิจารณาให้ PrEP กินต่อเนื่องในแม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากคู่³

เป้าหมายหลักของการดูแลทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อ เอชไอวี มี 2 ประการคือ

1) การป้องกันมิให้ทารกติดเชื้อเอชไอวี สิ่งสำคัญ คือการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การให้ยาต้านเอชไอวีในมารดาและทารก และการไม่ให้ทารกกินนมมารดา

2) การส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงและมี พัฒนาการดี

- ติดตามดูการเจริญเติบโตและพัฒนาการเช่นเดียวกับเด็กปกติ รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจพบได้จาก ยาต้านเอชไอวี ที่ได้รับในช่วงที่อยู่ในครรภ์และเดือนแรก ของชีวิต โดยเฉพาะที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการซีดจาก AZT ให้พิจารณาตรวจ CBC ที่อายุ 1 เดือน ถ้ามีอาการสงสัย

- ให้วัคซีนเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด
- ให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น โรคปอดบวม จากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* (PCP) และวัณโรค ตามความเหมาะสม

- ให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และแผนการดูแลรักษา

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอชไอวี และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

มีความสำคัญอย่างมากเพื่อลดความเสี่ยงในการ ติดเชื้อต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเช่นเดียวกับเด็กปกติ แต่มีข้อยกเว้นบ้างสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังต่อไปนี้

1) การให้วัคซีนเมื่อถึงอายุที่กำหนด เด็กติดเชื้อ

เอชไอวีที่อายุถึงเกณฑ์ที่ต้องรับวัคซีน หากมีจำนวน CD4 สูง > ร้อยละ 25 สามารถเริ่มให้วัคซีนได้ทันทีไม่ว่าจะกำลังได้รับยา ต้านเอชไอวีหรือไม่ หากเด็กมีจำนวน CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15 และกำลังจะเริ่มได้รับยาต้านเอชไอวีแนะนำให้รออย่างน้อย 6 เดือนหลังเริ่มยาต้านเอชไอวีและจำนวน CD4 > ร้อยละ 15 จึงจะให้วัคซีนเนื่องจากการสร้างภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นเมื่อควบคุม ปริมาณไวรัสได้และจำนวน CD4 ดีแล้ว

2) กรณีการป้องกันหลังสัมผัสโรค เช่น เพื่อป้องกัน บาดทะยัก หรือเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากการสร้าง ภูมิคุ้มกันในเด็กติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับวัคซีนอาจไม่ดีขึ้น ถึงแม้จะเคยได้รับวัคซีนมาครบแล้ว ดังนั้นควรพิจารณาให้ immunoglobulin จำเพาะโรคหลังสัมผัสโรคด้วย ได้แก่ บาดทะยัก (TIG) และพิษสุนัขบ้า (RIG)

1. วัคซีนบีซีจี

1) วัคซีน BCG ป้องกันวัณโรคให้ทารกแรกเกิด ทุกคนที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่กรณี ที่ยังไม่เคยได้รับ BCG ตอนแรกเกิดและตรวจพิสูจน์แล้วว่า ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรให้วัคซีน BCG

2) ฉีด 0.1 มล. ในชั้นผิวหนังที่ไหล่ซ้าย ไม่ควรฉีด ที่สะโพก

3) ถ้าไม่มีแผลเป็นเกิดขึ้น และไม่มีหลักฐานว่าเคยได้ รับวัคซีนบีซีจีมาก่อน ให้ฉีดได้ทันที

4) ถ้าเคยได้รับวัคซีนบีซีจีมาก่อน ไม่ต้องฉีดซ้ำ แม้ไม่มีแผลเป็น

2. วัคซีนตับอักเสบบี

วัคซีนตับอักเสบบี ให้เหมือนเด็กปกติ

1) เด็กทุกคนต้องได้รับอย่างน้อย 3 ครั้งถ้าไม่มี ข้อห้าม และเข็มสุดท้ายต้องอายุ ≥ 6 เดือน

2) ทารกคลอดจากมารดาที่มี HBsAg เป็นลบ ให้ฉีดวัคซีนจำนวน 3 ครั้ง เมื่อแรกเกิด อายุ 1 - 2 เดือน และ อายุ 6 เดือนตามลำดับ กรณีไม่ทราบผลเลือดมารดา ควรให้ วัคซีนครั้งที่ 1 ภายใน 12 ชม. หลังคลอด ครั้งที่ 2 และ 3 ที่อายุ 1 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ

3) ทารกที่คลอดจากมารดาที่มี HBsAg เป็นบวก (โดยเฉพาะถ้า HBeAg เป็นบวกด้วย) พิจารณาให้ HBIG 0.5 มล. ภายใน 12 ชม. หลังคลอด และให้วัคซีนครั้งที่ 1 พร้อม ๆ กันคนละตำแหน่งกับ HBIG

a. กรณีทารกได้รับ HBIG ให้ฉีดวัคซีนครั้งที่ 2

เมื่ออายุ 1 - 2 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน

b. กรณีทารกไม่ได้รับ HBIG ควรให้วัคซีนครั้งที่ 1 ภายใน 12 ชม. หลังคลอด ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 1 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน

4) ในกรณีที่มารดาพบภายหลังว่ามารดามี HBsAg เป็นบวก ควรพิจารณาให้ HBIG ถ้าทารกได้รับวัคซีนมาแล้วไม่เกิน 7 วัน

5) ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ใช้วัคซีนรวมที่มี คอตีบ - บาดทะยัก - ไอกรน - ตั๊กแตน (DTP-HB) ที่อายุ 2, 4 และ 6 เดือน แต่ถ้ามารดามี HBsAg เป็นบวก และทารกไม่ได้ HBIG ควรให้วัคซีน ตั๊กแตนแบบเดี่ยวเพิ่มตอนอายุ 1 เดือนด้วย (รวมเป็น 5 ครั้ง)

6) เด็กที่คลอดจากมารดาที่มี HBsAg เป็นบวก ควรตรวจ HBsAg และ anti-HBs เมื่ออายุประมาณ 9 - 18 เดือน

3. วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน

1) สามารถใช้ชนิดไรเซลล์ (DTaP) แทนชนิดทั้งเซลล์ (DTwP) ได้ทุกครั้ง

2) หากใช้ DTaP ควรใช้ชนิดเดียวกันทั้งสามครั้ง เมื่ออายุ 2, 4, 6 เดือน หากไม่สามารถหาชนิดเดียวกันได้ ให้ใช้ชนิดใดแทนก็ได้

3) สำหรับเข็มกระตุ้นที่ 18 เดือน อาจใช้ DTwP หรือ DTaP ชนิดใดก็ได้

4) เมื่ออายุ 4-6 ปี อาจใช้ DTwP, DTaP หรือ Tdap ก็ได้

5) เด็กอายุ 11-12 ปี ควรได้รับการฉีด Td หรือ Tdap ไม่ว่าจะเคยได้รับ Tdap เมื่ออายุ 4-6 ปี มาก่อนหรือไม่ หลังจากนั้นควรฉีดกระตุ้นด้วย Td ทุก 10 ปี

4. วัคซีนโปลิโอ

1) วัคซีนโปลิโอสามารถใช้ได้ทั้ง IPV และ OPV โดยควรเลือก IPV หากสามารถให้ได้โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแล้ว

2) ตามนโยบายกวาดล้างโปลิโอของกระทรวงสาธารณสุขให้หยอด OPV 5 ครั้ง ร่วมกับฉีด IPV 1 ครั้ง ที่อายุ 4 เดือน และจะมีการเปลี่ยน trivalent OPV เป็น bivalent OPV ในเดือนเมษายน 2559

3) สามารถใช้ชนิดฉีดแทนชนิดกินได้ทุกครั้ง หากใช้ชนิดฉีดอย่างเดียวโดยตลอดอาจให้เพียง 4 ครั้ง โดยงดเมื่ออายุ 18 เดือนได้

5. วัคซีนหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม

วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ไม่ให้ในรายที่ภูมิคุ้มกันต่ำ (clinical stage C หรือ ระดับ CD4 < ร้อยละ 15) เด็กที่มีจำนวน CD4 > ร้อยละ 15 ให้เหมือนเด็กปกติคือ

1) ตามแผนกระทรวงสาธารณสุขให้วัคซีนครั้งแรก เมื่ออายุ 9 - 12 เดือน และครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 2½ ปี ในพื้นที่ที่มีรายงานโรคหัดจำนวนน้อย อาจฉีดเข็มแรกหลังอายุ 12 เดือน และครั้งที่ 2 อายุ 4-6 ปี

2) ในกรณีที่มีการระบาดหรือสัมผัสโรค อาจฉีดเข็มแรกได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือนเป็นต้นไป และเข็มที่ 2 อาจให้ก่อนอายุ 2½ ปีได้ แต่ต้องห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 3 เดือน ในกรณีที่เข็มแรกได้รับก่อนอายุ 9 เดือนให้ฉีดซ้ำเข็มที่ 2 ที่อายุ 12 เดือน และเข็มที่ 3 ที่อายุ 2½ ปี

3) ในกรณีที่ต้องการฉีดวัคซีน หัด - หัดเยอรมัน - คางทูม และอีสุกอีใสในเวลาเดียวกัน สามารถใช้วัคซีนรวม หัด - หัดเยอรมัน - คางทูม - อีสุกอีใส (MMRV) แทนการฉีดแบบแยกเข็มได้ทุกครั้งที่เด็กอายุตั้งแต่ 1 - 12 ปี การใช้วัคซีนรวม MMRV ที่อายุ 2½ - 6 ปี แทนการฉีดวัคซีนแบบแยกเข็มพบมีอาการข้างเคียงไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการให้วัคซีนรวม MMRV ในเด็กอายุ 12 - 23 เดือนทำให้มีโอกาสเกิดการชักจากไข้ได้มากกว่าการฉีดแยกเข็ม สำหรับกรณีที่เคยได้วัคซีน MMR หรือ VZV มาก่อน แนะนำให้วัคซีนรวม MMRV ห่างจากวัคซีน MMR ครั้งก่อนอย่างน้อย 1 เดือน และห่างจากวัคซีน VZV ครั้งก่อน อย่างน้อย 3 เดือน

6. วัคซีนไข้มองอักเสบเฉียบพลัน

วัคซีนไข้มองอักเสบเฉียบพลันให้ใช้แบบเชื้อตาย ฉีด 3 ครั้ง ตั้งแต่อายุ 1 ปี ห่างกัน 0, 1 เดือน, 1 ปี และควรฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง หลังจากเข็มที่ 3 อย่างน้อย 4 - 5 ปี ไม่แนะนำให้ใช้วัคซีนชนิดเชื้อเป็น (หากจำเป็นต้องใช้วัคซีนไข้มองอักเสบเฉียบพลันชนิดเชื้อเป็น เด็กควรรับยาต้านเอชไอวีแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีจำนวน CD4 > 15% โดยฉีดวัคซีน 2 เข็มห่างกัน 3 - 12 เดือนขึ้นกับชนิดของวัคซีน)

7. วัคซีนฮิบ

วัคซีนฮิบปัจจุบันมีชนิด conjugate กับ PRP-T ควรฉีดเช่นเดียวกับเด็กปกติแม้จะมีอายุเกิน 2 ปี โดยฉีด 3 ครั้ง เมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน และแนะนำให้ฉีดกระตุ้นอีก 1 ครั้ง เมื่ออายุ 12-18 เดือนและห่างจากเข็มสุดท้ายอย่างน้อย 2 เดือน หากเริ่มฉีดเมื่ออายุมากขึ้นจะใช้จำนวนเข็มน้อยลง

ตามการให้วัคซีนฮิบเมื่อเริ่มที่อายุต่างๆ กันข้างล่างนี้ อายุที่เริ่มฉีด เดือนที่ของการฉีด PRP-T

2 - 6 เดือน 0, 2, 4, Booster

7 - 11 เดือน 0, 2, Booster

12-59 เดือน เข็มเดียว

Booster เมื่ออายุ 12-18 เดือน และห่างจากเข็มสุดท้ายอย่างน้อย 2 เดือน

8. วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี

ฉีดได้เช่นเดียวกับเด็กปกติตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป โดยฉีด 2 เข็มห่างกัน 6-12 เดือน อาจใช้ต่างชนิดได้ในการฉีดแต่ละครั้ง

9. วัคซีนอีสุกอีใส

วัคซีนอีสุกอีใสให้ได้ตั้งแต่อายุ 1 ปีเฉพาะในรายที่จำนวน CD4 > ร้อยละ 15 ควรให้ 2 เข็มเหมือนเด็กปกติ คือครั้งแรกที่อายุ 1 ปี และครั้งที่ 2 ที่อายุ 4-6 ปี อาจฉีดเข็มที่ 2 ก่อนอายุ 4 ปีได้ในกรณีที่มีการระบาดโดยต้องห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 3 เดือน ถ้าอายุ > 13 ปี ให้ฉีดสองเข็มห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน

10. วัคซีนไขหวัดใหญ่

1) เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จัดเป็นกลุ่มเสี่ยง ควรให้ฉีดในเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปถึง 18 ปี โดยเฉพาะเด็กอายุ < 2 ปี แนะนำให้ฉีดก่อนเข้าฤดูฝน อย่างไรก็ตามสามารถฉีดได้ตลอดปี

2) ถ้าอายุ < 9 ปี การฉีดในครั้งแรกต้องฉีดสองเข็มห่างกัน 1 เดือน กรณีที่ปีแรกได้ฉีดไปเพียงครั้งเดียว ปีถัดมาให้ฉีดสองเข็ม จากนั้นจึงสามารถฉีดปีละครั้งได้

3) ในเด็กอายุ < 3 ปี ให้ได้ทั้งขนาด 0.25 หรือ 0.5 มล.

4) สามารถใช้วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิด 3 หรือ 4 สายพันธุ์ ทดแทนกันได้

11. วัคซีนนิวโมคอคคัส ชนิดคอนจูเกต

ปัจจุบันมีวัคซีน ชนิด 10 สายพันธุ์ (PCV10) และ 13 สายพันธุ์ (PCV13) ให้ 3 ครั้งเมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน และให้ฉีดกระตุ้นที่อายุ 12-15 เดือน โดยห่างจากเข็มสุดท้ายอย่างน้อย 2 เดือนกรณีที่เริ่มให้ช้า ควรพิจารณาฉีดด้วย PS-23 เมื่ออายุ 2 ปี ขึ้นไป ห่างจาก PCV เข็มสุดท้ายอย่างน้อย 2 เดือน และอาจพิจารณาให้ PS-23 ซ้ำอีก 1 ครั้ง 5 ปีต่อมา

12. วัคซีนโรคตา

วัคซีนโรคตาให้ได้เหมือนเด็กปกติ

1) ชนิด monovalent ให้กิน 2 ครั้ง เมื่ออายุประมาณ

2 และ 4 เดือน

2) ชนิด pentavalent ให้กิน 3 ครั้ง เมื่ออายุประมาณ 2, 4 และ 6 เดือน

3) วัคซีนทั้งสองชนิด สามารถเริ่มให้ครั้งแรกได้เมื่ออายุ 6-15 สัปดาห์ และครั้งสุดท้ายอายุไม่เกิน 8 เดือน โดยแต่ละครั้งห่างกันไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์

4) ควรใช้วัคซีนชนิดเดียวกันจนครบ หากจำเป็นต้องใช้วัคซีนต่างชนิดกันในแต่ละครั้งหรือไม่ทราบชนิดของวัคซีนที่ได้รับในครั้งก่อน ต้องให้วัคซีนทั้งหมด 3 ครั้ง

5) สามารถให้วัคซีนโรต้าร่วมกับวัคซีนโปลิโอชนิดกินได้

6) ห้ามใช้วัคซีนนี้ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง severe combined immune deficiency (SCID) และในเด็กที่มีประวัติลำไส้กลืนกัน

13. วัคซีนเอชพีวี

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคลหัดติดเชื้อเอชพีวีมากกว่าเด็กที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวียังนั้น ควรฉีดเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในช่วงวัยรุ่น ก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์

1) มี 2 ชนิด คือ ชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent มีสายพันธุ์ 16, 18) และชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent มีสายพันธุ์ 6, 11, 16, 18)

2) แนะนำให้ฉีดในหญิง อายุ 9-26 ปี (เน้นให้ฉีดในช่วงอายุ 11-12 ปี) โดยฉีด 3 เข็ม ในเดือนที่ 0, 1 - 2 และ 6

3) ประสิทธิภาพของวัคซีนจะสูงหากฉีดในผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน

4) การฉีดในผู้ที่มีอายุ > 26 ปี อาจพิจารณาให้ได้เป็นกรณี ๆ ไป

5) การฉีดในเด็กผู้ชาย พิจารณาให้ฉีดเฉพาะชนิด 4 สายพันธุ์ ในช่วงอายุ 9-26 ปี เน้นให้ในช่วงอายุ 11-12 ปี และในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุ 9-26 ปี

การให้วัคซีนในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีประวัติการรับวัคซีนมาก่อน

1) เด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกรายควรได้รับการประเมินประวัติการได้รับวัคซีนในอดีตเนื่องจากในช่วงที่มีการเจ็บป่วย อาจจะไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด

• การประเมินประวัติการได้รับวัคซีนสามารถทำได้โดยการซักประวัติการพบแพทย์ตามนัด

• หากจำไม่ได้หรือไม่มีประวัติควรตามประวัติจากสถานพยาบาลที่เคยไปรับบริการมาก่อน

2) กรณีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลยหรือจำประวัติไม่ได้

• แนะนำให้เริ่มวัคซีนใหม่ตามข้อบ่งชี้โดยปรับจากตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ หากเด็กมีจำนวน CD4 > ร้อยละ 15 หรือ > 200 ในเด็กอายุ > 5 ปี สามารถเริ่มให้วัคซีนได้ทันที ทั้งนี้หากเด็กมีจำนวน CD4 < ร้อยละ 15 และกำลังได้รับยาต้านเอชไอวีแนะนำให้รออย่างน้อย 6 เดือน หลังเริ่มยาต้านเอชไอวีและร้อยละจำนวน CD4 > 15 จึงจะเริ่มให้วัคซีน เนื่องจากการสร้างภูมิคุ้มกันจะดีขึ้นเมื่อควบคุมไวรัสได้และจำนวน CD4 สูงแล้ว ยกเว้นวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่ควรให้ทันทีโดยไม่ต้องรอจำนวน CD4 และควรให้ซ้ำทุกปี

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก (Early infant diagnosis)

การวินิจฉัยทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จะทำให้มีโอกาสให้การรักษได้ตั้งแต่อายุน้อย ๆ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของทารกติดเชื้อเอชไอวีในขวบปีแรกสูงมาก ประมาณร้อยละ 10-15 ในทางกลับกันการวินิจฉัยว่าทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็วจะช่วยคลายความกังวลของบิดามารดาและสามารถหยุด

การให้ยาเพื่อป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อ PCP ได้เร็ว การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้เร็วขึ้นมากโดยอาศัยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยการตรวจ PCR

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่และการดูแลเด็ก^{2,3}

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแม่	แนวทางการวินิจฉัยและดูแลเด็ก
ความเสี่ยงทั่วไป (Standard risk) - แม่ฝากครรภ์และได้รับยาต้านไวรัส (HAART)>12 สัปดาห์ หรือ - ตรวจพบระดับไวรัสในกระแสเลือดเมื่อใกล้คลอด <50 copies/mL	- ให้ตรวจ HIV DNA PCR อย่างน้อย 2 ครั้ง ที่อายุ 1 เดือน และ 2-4 เดือน แต่หากผลเป็นบวกให้ตรวจครั้งที่สองทันที - ให้เด็กกินยา AZT นาน 4 สัปดาห์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
ความเสี่ยงสูง (high risk) - แม่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือกินยาต้านไวรัส <12 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือ - แม่กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือ - มีประวัตินมแม่ หรือ - ระดับไวรัสในกระแสเลือดเมื่อใกล้คลอด >50 copies/mL	- ให้ตรวจ HIV DNA PCR 4 ครั้ง คือ แรกเกิด ที่อายุ 1 เดือน, 2 เดือน และ 4 เดือน - ให้เด็กกินยาต้านไวรัส 3 ตัว (AZT+TC+NVP) ต่อเนื่องจนกว่าผลเลือดที่อายุ 1 เดือนจะกลับมาหาผลเป็นลบ ให้หยุดยาทั้ง 3 ตัว พร้อมกัน ซึ่งทารกควรอายุประมาณ 6 สัปดาห์ แต่หากผลเป็นบวกให้ตรวจซ้ำทันทีและเปลี่ยน NVP เป็น LPV/r

1. การตรวจ HIV DNA PCR

1.1 เด็กที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง

คือ กรณีที่มารดามี HIV RNA ในช่วงก่อนคลอด > 50 copies/mL สำหรับกรณีไม่มีผล HIV RNA ของมารดาก่อนคลอดให้ใช้เกณฑ์ว่ามารดาได้รับยาต้านเอชไอวี < 12 สัปดาห์ หรือมารดามีประวัติกินยาต้านไม่สม่ำเสมอ แนะนำให้ทารกตรวจ HIV DNA PCR 4 ครั้ง ที่แรกเกิด, อายุ 1 เดือน, 2 เดือน และ 4 เดือน หากผลเลือดเป็นบวกครั้งใดครั้งหนึ่ง แสดงว่า “เด็กน่าจะติดเชื้อเอชไอวี” ให้รีบส่งตรวจ HIV DNA PCR ซ้ำทันทีและเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในกรณีที่ยังอยู่ในช่วง 4-6 สัปดาห์ของกินยาต้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ให้เปลี่ยนยาต้านเอชไอวีจากสูตรป้องกัน (AZT/3TC/NVP) ไปเป็นสูตรการรักษา (AZT/3TC/LPV/r) ต่อเนื่องเลย

โดยต้องปรับขนาดยาต้านเอชไอวีจากขนาดป้องกันเป็นขนาดรักษาด้วย

1.2 เด็กที่มีความเสี่ยงทั่วไปในการติดเชื้อ

คือ กรณีที่มารดามี HIV RNA ในช่วงก่อนคลอด < 50 copies/mL สำหรับกรณีไม่มีผล HIV RNA ของมารดาก่อนคลอดให้ใช้เกณฑ์ว่ามารดาได้รับยาต้านเอชไอวี > 12 สัปดาห์ หรือมารดามีประวัติกินยาต้านสม่ำเสมอ แนะนำให้ตรวจ HIV DNA PCR ที่แรกเกิด (ถ้าทำได้) และตรวจ HIV DNA PCR อีก 2 ครั้ง ที่อายุ 1 เดือน และ 2-4 เดือน หากผลเลือดตรวจ HIV DNA PCR ครั้งใดครั้งหนึ่งเป็นบวกแสดงว่าเด็กน่าจะติดเชื้อเอชไอวี” ให้รีบติดตามเด็กมาเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ HIV DNA PCR เพื่อยืนยันซ้ำทันที และให้เริ่มยาต้านเอชไอวี (AZT/3TC/

LPV/r) เพื่อการรักษาไปก่อน เมื่อผลตรวจ HIV DNA PCR ยืนยันกลับมาว่าเป็นบวก จึงสามารถให้การวินิจฉัยได้แน่นอนว่า “เด็กติดเชื้อเอชไอวี”

แนวปฏิบัติเมื่อผลตรวจ HIV DNA PCR เป็นบวกครั้งแรก ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

- ให้รับตามเด็กมาตรวจเลือด HIV DNA PCR ซ้ำทันที ร่วมกับเจาะ HIV RNA และส่งตรวจ viral resistance ทุกราย ให้คำแนะนำปรึกษากับครอบครัวเรื่องการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และเริ่มยาต้านเอชไอวีสูตรการรักษา AZT+3TC+LPV/r ได้ในระหว่างรอผล HIV DNA PCR ซ้ำเพื่อยืนยัน

- ถ้าผล HIV DNA PCR เป็นบวกอย่างน้อยสองครั้ง ให้วินิจฉัยว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีและให้กินยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต

- ถ้าผล HIV DNA PCR ที่ตรวจซ้ำเป็นผลลบ ไม่สอดคล้องกับที่เคยตรวจพบว่าเป็นบวก แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

ในปัจจุบันที่มีการตรวจ HIV DNA PCR ทำให้ทารกที่คลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีเกือบทุกรายจะได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ภายในอายุ 6 เดือน อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือนอีกครั้ง โดยทั่วไปเด็กที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีที่ 18 เดือนเป็นลบ เนื่องจาก HIV antibody ของมารดาที่ส่งผ่านรกมาให้เด็กจะค่อยๆ ลดหายไปจากในเลือดของเด็กแล้วในช่วงอายุ 6-18 เดือนอย่างไรข้อควรระวังในการแปลผล ดังนี้

2.1 “ผลบวกปลอม” กล่าวคือ เด็กไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ผลการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีที่อายุ 18 เดือนเป็นบวก อาจเกิดจากชุดทดสอบการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นชนิดที่ตรวจหาทั้ง antibody และ antigen ต่อเชื้อเอชไอวี (HIV Ag/Ab; 4th generation) ซึ่งมีความไวในการทดสอบสูงมาก อาจทำให้ยังตรวจพบ antibody ปริมาณน้อย ๆ ของมารดาได้ ดังนั้นในกรณีที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจ HIV DNA PCR ว่าเด็กไม่ติดเชื้อ และเด็กไม่ได้กินนมแม่ และเด็กไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ให้ยืนยันว่าเด็กไม่ติดเชื้อและให้นัดตรวจเลือด HIV antibody ซ้ำเมื่อเด็กอายุ 24 เดือน ซึ่งหากเด็กที่ไม่ติดเชื้อจะต้องมีผลการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นลบ แต่หากยังมีผลการตรวจหา

แอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

2.2 “ผลลบปลอม” กล่าวคือ เด็กติดเชื้อเอชไอวี แต่ผลการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีที่อายุ 18 เดือนขึ้นไปเป็นลบ ซึ่งเกิดจากการที่เด็กทารกที่ติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีตั้งแต่อายุ < 6 เดือน จึงมีช่วงเวลาเพียงสั้น ๆ ที่เชื้อไวรัสเอชไอวีจะไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีเมื่อ HIV antibody ที่ส่งผ่านจากแม่หมดไป เด็กบางคนไม่สามารถสร้างของตนเองขึ้นมาได้ จึงมีผลเลือดเป็นลบทั้ง ๆ ที่ติดเชื้อนี้ให้ยึดถือผลการตรวจด้วย HIV DNA PCR ที่เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีเป็นหลัก หากมีข้อสงสัยไม่ควรหยุดยาต้านเอชไอวี และส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ⁴

การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อน

เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวี

- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ ≤ 1 ปีทุกราย ซึ่งถือเป็นเรื่องเร่งด่วน เนื่องจากทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการเสียชีวิตในขวบปีแรกสูงมาก
- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ > 1 ปีทุกราย แนะนำให้เริ่มยาต้านเอชไอวีทุกรายโดยเฉพาะเด็กที่มีอาการแสดงทางคลินิก WHO stage 3, 4) หรือมีจำนวน CD4 ต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนี้
 - อายุ 1-5 ปี หากมีร้อยละ CD4 < 25 หรือจำนวน CD4 < 1,000 cells/mm³
 - อายุ 3-5 ปี หากมีร้อยละ CD4 < 25 หรือจำนวน CD4 < 750 cells/mm³
 - อายุ $\geq 5-15$ ปี หากมีจำนวน CD4 < 500 cells/mm³
 - ถ้าเด็กและครอบครัวยังไม่พร้อมเริ่มยาต้านเอชไอวี หากเด็กยังไม่มีอาการเจ็บป่วยและ ยังมีจำนวน CD4 สูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น อาจพิจารณาติดตามอาการ และตรวจ CD4 อย่างน้อยทุก 6 เดือน

การเลือกสูตรยาต้านเอชไอวีสูตรแรกในเด็กติดเชื้อเอชไอวี

ยาต้านเอชไอวีสูตรแรกที่แนะนำ คือ

อายุ < 3 ปี : 2NRTIs + Boosted PI (LPV/r)

อายุ > 3 ปี : 2NRTIs + NNRTIs

2 NRTIs ที่แนะนำเป็นอันดับแรก

- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ ≤ 12 ปี แนะนำ AZT/3TC หรือ ABC/3TC

- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ > 12 ปี แนะนำ TDF/3TC (FTC) NNRTIs หรือ boosted PI ที่แนะนำเป็นอันดับแรก

- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ ≤ 3 ปี แนะนำให้ใช้ boosted PI ได้แก่ LPV/r

- เด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ > 3 ปี แนะนำให้ใช้ NNRTIs ได้แก่ EFV

- เด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความเสี่ยงที่จะกินยาต้านเอชไอวีอย่างถูกต้อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ (Adherence) พิจารณาเลือกใช้ยา boosted PI ได้แก่ Atazanavir/r ยาต้านเอชไอวีถือเป็นปัจจัยสำคัญของการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาวและแข็งแรงใกล้เคียงกับคนปกติ ในขณะนี้เชื่อว่าการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี เป็นการรักษาคงตลอดชีวิตดังนั้นการเริ่มให้ยาที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสมและกินอย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การใช้

ตารางที่ 2 สูตรยาต้านเอชไอวีสำหรับเริ่มรักษาในเด็กที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อน

	อายุ < 3 ปี	อายุ 3-12 ปี	อายุ > 12 ปี
สูตรยาที่แนะนำ (preferred regimens)	AZT (หรือ ABC) + 3TC + LPV/r	AZT (หรือ ABC) + 3TC + EFV	TDF + 3TC (FTC) + EFV
สูตรทางเลือก (alternative regimens)	AZT (หรือ ABC) + 3TC + NVP	AZT (หรือ ABC) + 3TC + NVP	AZT (หรือ ABC) + 3TC + EFV
		TDF + 3TC (FTC) + EFV TDF + 3TC (FTC) + NVP	AZT (หรือ ABC) + 3TC + EFV TDF + 3TC + (FTC) + ATV/R TDF + 3TC (FTC) + RPV

ยาเป็นไปอย่างราบรื่นและได้ผลลัพธ์ที่ดี การเริ่มยาต้านเอชไอวีต้องมีความพร้อมและความเข้าใจของทั้งเด็กและผู้ปกครอง

การประเมินเด็กติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี

1. การตรวจประเมินภาวะสุขภาพ (medical evaluation)

1.1) การคัดกรองโรคร่วม (co-infection) และรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะ Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)

- วัณโรค
- ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- การติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV)
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2) ในกรณีที่เด็กมีจำนวน CD4 ต่ำและเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแนะนำให้เริ่มให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี ประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อลดความสับสนว่าผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนั้นเกิดจากยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือจากยาต้านเอชไอวีโดยเฉพาะ Co-Trimoxazole ซึ่งพบผลข้างเคียง เป็นผื่นได้บ่อย นอกจากนี้การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อน

ยังเป็นบททดสอบ Adherence ได้ด้วย หากเด็กทน Co-Trimoxazole ได้และกินยาได้ตั้งค้อยเริ่มยาต้านเอชไอวี

1.3) ชักประวัติและประเมินว่าผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีมาก่อนหรือไม่ รวมถึงประวัติการใช้ยาต้านเอชไอวีในมารดาและช่วงทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก เนื่องจากอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการดื้อยาต้านเอชไอวีโดยเฉพาะกลุ่ม NNRTIs ได้ รวมทั้งซักประวัติการได้รับยาอื่นๆ เช่น สมุนไพร หรืออาหารเสริมซึ่งอาจมีปฏิกิริยาต่อยาต้านเอชไอวีได้

1.4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำและควรพิจารณาทำก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี มีดังนี้

- CBC, CD4 , ALT, AST
- ในกรณีที่จะเลือกใช้ยา Tenofovir (TDF) พิจารณาตรวจ urine analysis
- urine pregnancy test ในเด็กหญิงวัยรุ่น
- Plasma HIV Viral load (VL)

2. การเตรียมความพร้อมของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและผู้ปกครอง (ARV counseling)

2.1) อธิบายให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ดูแลของเด็กให้เข้าใจถึงการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี ให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านเอชไอวี เช่น ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย

การปฏิบัติตัวในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงจากยาเพื่อป้องกันการหยุดยาเองวิธีการจัดเตรียมยาต้านเอชไอวีทั้งชนิดยาน้ำยาเม็ด การเก็บยาและการให้ยาแก่เด็ก

2.2) สำหรับเด็กวัยเรียน (อายุ 6 ปีขึ้นไป) และวัยรุ่น ควรอธิบายเหตุผลในการกินยาต้านเอชไอวีเพื่อให้เด็กให้ความร่วมมือและมีส่วนรับผิดชอบในการกินยา ทั้งนี้การอธิบายควรปรับให้เหมาะสมตามอายุและพัฒนาการของเด็ก

2.3) ช่วยวางแผนเวลากินยาให้เหมาะกับกิจกรรมของเด็กและครอบครัวเพื่อให้กินยาได้ตรงเวลาโดยไม่สืบทอดชกซ้อนกับผู้ปกครองเพื่อหาเทคนิควิธีเตือนเมื่อถึงเวลากินยา

2.4) ให้คำแนะนำการปฏิบัติในกรณีต่าง ๆ เช่น เมื่อลืมกินยาต้านเอชไอวีหรือมีเหตุใดๆ ทำให้ต้องเลื่อนเวลากินยาต้านเอชไอวี การเตรียมตัวเมื่อต้องเดินทางเตรียมพร้อมเผื่อกรณีฉุกเฉิน ไม่ได้กลับบ้านตรงเวลา เป็นต้น และควรให้ข้อมูลสำหรับติดต่อทีมรักษาพยาบาลที่จะให้คำปรึกษา

ได้ในกรณีที่เกิดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

2.5) การเตรียมความพร้อมเรื่องวินัยในการกินยาต้านเอชไอวี (adherence counseling)

เกณฑ์การเริ่มใช้ยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวี

เด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ทั้งนี้มีข้อพิจารณาเรื่องความเร่งด่วนในการเริ่มยาต้านเอชไอวี ดังนี้

1. อายุและจำนวน CD4 เด็กทารกอายุ < 1 ปี จะมีความเร่งด่วนมากที่สุด เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีในช่วงขวบปีแรกสูงถึงร้อยละ 10-15 ข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่าในทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีหากเริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วที่สุดก่อนที่จำนวน CD4 จะลดลง จะสามารถยับยั้งการดำเนินโรคและลดอัตราการเสียชีวิตได้ สำหรับเด็กอายุ > 1 ปี ควรพิจารณาให้ยาต้านเอชไอวีทุกราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559

เกณฑ์การเริ่มยาต้านเอชไอวีในเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย แนะนำเริ่มการรักษาในเด็กและวัยรุ่นทุกราย โดยกรณีต่อไปนี้ควรเริ่มยาต้านเอชไอวีอย่างเร็วที่สุด		
อายุ < 1 ปี	อายุ 1 - < 5 ปี	≥ 5 - 15 ปี
เริ่มการรักษาทุกรายอย่างเร่งด่วนเนื่องจากอัตราการเสียชีวิตในขวบปีแรกสูงมาก	มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 3, 4 หรือ มีจำนวน CD4 ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ อายุ 13 ปี ร้อยละ CD4 < 25 หรือ CD4 < 1,000 cells/mm ³ อายุ 3 - < 5 ปี หากมีร้อยละ CD4 < 25 หรือจำนวน CD4 < 750 cells/mm ³	มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 3, 4 หรือ มี CD4 < 500 cells/mm ³ สำหรับวัยรุ่น ควรเริ่มยาโดยเร็วที่สุดทุกราย เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อแก่ผู้อื่น

หมายเหตุ

สำหรับเด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ 1 ปี จนถึงช่วงก่อนวัยรุ่น หากผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่พร้อมเริ่มยาต้านเอชไอวี และผู้ป่วยมีระยะโรคที่ WHO stage 1, 2 รวมทั้ง มีระดับ CD4 สูงกว่าเกณฑ์ในตาราง อาจพิจารณาติดตามอาการ และ CD4 อย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อให้เริ่มยาเมื่อถึงเกณฑ์ในตาราง

2. อาการแสดงทางคลินิก การจัดกลุ่มอาการแสดงทางคลินิกที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมี 2 ระบบได้แก่

2.1 CDC surveillance classification system ที่ใช้มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 โดยแบ่งเป็น category N, A, B และ C ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 ได้เปลี่ยนระบบ HIV infection เป็น stage 1, 2, 3 โดย stage 1, 2 พิจารณาตามจำนวน CD4 และ stage 3 พิจารณาตามอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เข้ากับระยะ AIDS หรือจำนวน CD4 ที่ต่ำมาก หากเด็ก

มีอาการแสดงในระยะ CDC stage 3 ควรเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็ว

2.2 WHO staging system ในปี พ.ศ. 2549 แบ่งเป็น WHO stage 1, 2, 3 และ 4 ในเด็กที่มี อาการแสดงเข้าได้กับ WHO stage 3 หรือ 4 จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กที่มีอาการแสดงที่ WHO stage 1, 2 เป็น 7 และ 20 เท่าตามลำดับ หากเด็กมีอาการแสดงในระยะ WHO stage 3 หรือ 4 ควรเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็ว

3. สำหรับเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

(Behavioral- risk HIV-infected adolescents) มีข้อพิจารณาเรื่องการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น จึงควรคำนึงถึงปัจจัยนี้ในการพิจารณาเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยเร็ว เหมือนในผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่ ซึ่งมองว่าการให้ยาต้านเอชไอวีนั้น ได้ประโยชน์ทั้งใน การรักษาตัวผู้ติดเชื้อเอง และป้องกันการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นด้วย (Treatment as Prevention) ทั้งนี้ต้องประเมินความเข้าใจ และความพร้อมเรื่อง adherence ของวัยรุ่นด้วย

การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีวินโรคร่วม

วินโรคเป็นการติดเชื้อที่พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีได้บ่อย โดยสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ขึ้นกับจำนวน CD4 การศึกษาทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก พบว่าการเริ่มยาต้านเอชไอวีภายใน 2-8 สัปดาห์ของการเริ่มรักษาวินโรคจะลดอัตราการเสียชีวิตได้ การรักษาวินโรคร่วมกับการให้ยาต้านเอชไอวีมีประเด็นที่ควรคำนึงถึง ดังนี้

- เด็กต้องกินยาหลายชนิดครั้งละหลายเม็ดอาจส่งผลให้ Adherence ไม่ดี

- ยารักษาวินโรคและยาต้านเอชไอวีทำให้เกิดอาการข้างเคียงคล้ายๆ กันได้ ทำให้แยกได้ยากกว่าอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ผื่นหรือตับอักเสบเกิดจากยาชนิดใด

- Rifampicin ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาวินโรคเมื่อใช้ร่วมกับยาต้านเอชไอวีกลุ่ม NNRTIs หรือกลุ่ม PIs มีผลทำให้ระดับยาต้านเอชไอวีในเลือดลดลงโดยมีผลต่อยา EFV, NVP และ ritonavir-boosted PIs จากนั้นไปมากตามลำดับการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีวินโรคร่วมและยังไม่เคยได้ยาต้านเอชไอวีมาก่อน

- 1) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาต้านเอชไอวี

- ควรรักษาวินโรคให้ครบ 2 สัปดาห์แล้วจึงพิจารณาเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อให้มั่นใจว่าทนายารักษาวินโรคได้ดี โดยเด็กที่มีจำนวน CD4 ต่ำมากควรพิจารณาให้เริ่มยาในช่วง 2-4 สัปดาห์ แต่หากเด็กมีจำนวน CD4 สูง อาจจะพิจารณาเริ่มยาหลังจากรักษาวินโรคครบ 8 สัปดาห์ ซึ่งจะมีการลดชนิดยารักษาเหลือ 2 ชนิดแล้ว

- 2) สูตรยาต้านเอชไอวี

- ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ให้ใช้ 2 NRTIs ร่วมกับ NVP โดยไม่ต้องปรับขนาดยา

- ถ้าเป็นเด็กตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ควรเลือก 2NRTIs + EFV โดยไม่ต้องปรับขนาด

- ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา ritonavir boosted PIs ซึ่งถือเป็นข้อห้ามในการให้ร่วมกับ rifampicin เนื่องจากระดับยาต้านเอชไอวีจะต่ำจนไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ดังนั้นหากเด็กมีจำนวน CD4 ต่ำมาก (<15%) จำเป็นต้องรับให้ยาต้านเอชไอวี แนะนำให้ใช้สูตรยารักษาวินโรคที่ไม่มี rifampicin โดยใช้ยาในกลุ่ม quinolones หรือ aminoglycoside แทนร่วมกับใช้ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม PIs หากเด็กมีจำนวน CD4 ไม่ต่ำมาก แนะนำให้ชะลอการใช้ยาต้านเอชไอวี โดยเริ่มรักษาวินโรคสูตรที่มี rifampicin จนครบ 2 เดือนแรกก่อนแล้วจึงพิจารณาปรับสูตรยารักษาวินโรคช่วง maintenance เป็นสูตรที่ไม่มี rifampicin พร้อมกับเริ่มยาต้านเอชไอวีกลุ่ม PIs โดยแนะนำให้เริ่มยา ritonavir-boosted PIs หลังจากหยุด rifampicin ไปแล้ว 2 สัปดาห์ (เพื่อรอให้ rifampicin ถูกขับออกจากร่างกายให้หมดไปก่อน)

การรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีแล้ว ตรวจพบวินโรคในภายหลัง

- ในกรณีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีสูตรที่มี NNRTIs และเด็กมีผลการรักษาดีอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องปรับสูตรยาต้านเอชไอวีแต่มีข้อควรระวังในกรณีที่ใช้สูตร NVP ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อดับได้บ่อยเมื่อใช้ร่วมกับยารักษาวินโรคอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อดับได้บ่อยขึ้นควรติดตามอย่างใกล้ชิด

- ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านเอชไอวีเป็นสูตร PIs (เช่น มีเชื้อดื้อยา NNRTIs) ถ้า CD4 ไม่ต่ำมาก (>15%) แนะนำให้ชะลอการเริ่มยาต้านเอชไอวีสูตรที่มี PIs หรือหยุดยาต้านเอชไอวีสูตรที่มี PIs ก่อนและให้รักษาวินโรคที่มี rifampicin จนครบระยะ 2 เดือนแรกก่อนแล้วจึงเริ่มยาต้านเอชไอวี สูตรที่มี PIs โดยในช่วง maintenance ให้ใช้ยารักษาวินโรคสูตรที่ไม่มี rifampicin โดยใช้ยาในกลุ่ม quinolones หรือยา aminoglycoside แทน แต่ถ้า CD4 ต่ำมาก (<15%) ให้ปรับสูตรยารักษาวินโรคเป็นสูตรที่ไม่มี rifampicin ร่วมกับใช้ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม PIs ตั้งแต่นั้นเลย ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเสมอ

การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่มีตับอักเสบปรีรวม

ข้อมูลจากเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่ามีการติดเชื้อตับอักเสบ ปรีรวมด้วยร้อยละ 3.3 โดยส่วนใหญ่ในช่วงวัยเด็ก การติดเชื้อตับอักเสบปรีจะอยู่ในระยะสงบ (immune tolerance) ยังไม่มีภาวะตับอักเสบ การให้ยาต้านเอชไอวีที่มีฤทธิ์ต่อทั้งไวรัสเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบปรี เช่น tenofovir (TDF), lamivudine (3TC) ควรให้พร้อมกันทั้งสองชนิด เนื่องจากหากใช้ยา 3TC ตัวเดียว เชื้อไวรัสตับอักเสบปรีจะเกิดการดื้อยา 3TC ได้โดยเฉลี่ย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดดื้อยาประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ดังนั้น ควรให้ยาสูตรที่มี TDF ร่วมกับ 3TC (FTC) ในเด็กที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับตับอักเสบปรีเสมอในปัจจุบันยา TDF สามารถใช้ได้ตั้งแต่เด็กตั้งแต่อายุ > 2 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีไทยที่เคยได้รับยาต้านเอชไอวี 3TC ตัวเดียวเป็นเวลาหลายปีและเกิดเชื้อไวรัสตับอักเสบปรี ดื้อยา ต่อมาได้รับยา TDF พบว่ายา TDF ยังมีประสิทธิภาพในการควบคุมไวรัสตับอักเสบปรีได้ดี ดังนั้นหากมาตรวจพบในภายหลังว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีอยู่ มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปรีร่วมด้วย ก็แนะนำให้พิจารณาปรับยาต้านเอชไอวีให้มียา TDF ร่วมกับ 3TC (FTC) ในสูตร ในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อตับอักเสบปรีร่วมกับเอชไอวี พบว่ามีภาวะตับอักเสบกำเริบ (hepatic flare) เกิดขึ้นได้ในช่วงแรกของการให้ยาต้านเอชไอวี แต่ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยในเด็ก

การติดตามเด็กหลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี

- ติดตามอาการทางคลินิกและวินัยในการกินยา ทุกครั้งที่มาตรวจในคลินิก
- Plasma HIV Viral load เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินประสิทธิภาพของยาต้านเอชไอวี แนะนำให้เจาะหลังจากเริ่มยาต้านเอชไอวีหรือปรับสูตรยาเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นควรตรวจทุก 6-12 เดือน
- CD4 เป็นการตรวจจำนวนภูมิคุ้มกัน เพื่อประเมินความเสี่ยงในการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ในระยะแรกแนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือน แต่หลังจากที่เด็กมีอายุ > 5 ปี plasma HIV Viral load < 50 copies/mL, มีจำนวน CD4 >

500 cells/mm³ ในการตรวจล่าสุดและกินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ พิจารณาผลการตรวจจำนวน CD4 เป็นปีละครั้ง

ผลการรักษาเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีแนวทางในการติดตาม ดังนี้

การประเมินจากอาการทางคลินิก

ควรนัดติดตามอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์แรกหลังจากเริ่มยาต้านเอชไอวี หลังจากนั้นควรติดตามทุก 2 - 3 เดือน โดยมีรายละเอียดการติดตามดังนี้

- 1) อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ (new clinical events) ซึ่งต้องแยกว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือ IRIS
- 2) การเจริญเติบโตส่วนสูงน้ำหนักรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่น (secondary sex characteristics)
- 3) พัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopment) เช่น การวัดเส้นรอบศีรษะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี การประเมินพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ตามวัย

การประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 1) การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษา (safety monitoring)
 - 1.1) CBC ตรวจทุก 6 เดือนยกเว้นกรณีที่เด็กได้รับ AZT ควรตรวจเพิ่มอีกครั้งภายใน 3 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อติดตามภาวะซีดและ WBC ต่ำ
 - 1.2) Chemistry ควรตรวจ liver enzymes (ALT), lipid profiles (cholesterol และ triglycerides), serum creatinine และ fasting blood sugar ทุก 6 เดือนในกรณีที่รับประทานยาสูตรที่มี NVP ควรเจาะ ALT หลังได้รับยา 2 - 4 สัปดาห์แรกเพิ่มด้วย
 - 1.3) Urine analysis ควรตรวจทุก 6 เดือน โดยเฉพาะเด็กที่รับประทาน TDF
- 2) การติดตามผลการรักษา (immunological และ virological monitoring)
 - 2.1) ตรวจจำนวน CD4 และร้อยละ CD4 หลังเริ่มยาต้านเอชไอวีทุก 6 เดือน กรณีผู้ป่วยเด็กอายุ > 5 ปี ที่รับยาจนสุขภาพแข็งแรงดี มีจำนวนไวรัส < 50 copies/mL, CD4 > 500 cells/mm³ ในการตรวจครั้งล่าสุด และกินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ให้เจาะจำนวน CD4 ปีละครั้งได้

2.2) ตรวจ plasma HIV viral load ควรตรวจหลังจากกินยาต้านเอชไอวีสูตรแรกหรือหลังเปลี่ยนสูตรยาเป็นเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสูตรยาหลังจากนั้นควรตรวจติดตามจำนวน viral load ทุก 6 เดือนถึง 1 ปีในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด virological failure เช่น มีประวัติกินยาไม่สม่ำเสมอขาดยา มีการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีจำนวน CD4 ต่ำลงมาก อาจพิจารณาตรวจบ่อยขึ้นตามความเหมาะสม

2.3) ตรวจ HIV genotypic drug resistance mutations ควรส่งตรวจขณะที่ผู้ป่วยกำลังกินยาต้านเอชไอวีสูตรที่สงสัยว่าเกิดเชื้อดื้อยาอยู่ หรือหยุดยาไม่เกิน 4 สัปดาห์ และตรวจพบ VL > 1,000 copies/mL ไม่ควรส่งตรวจ genotype เพื่อหาการดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้ประวัติว่าขาดยาเนื่องจากหลังจากหยุดยาด้านเอชไอวีระยะเวลาหนึ่งแล้วเชื้อไวรัสจะเปลี่ยนกลับไปเป็นชนิด wild type จึงทำให้ตรวจไม่พบเชื้อที่มีการดื้อยา แนะนำให้กินยาสูตรเดิมไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์แล้วจึงค่อยส่งตรวจ

การประเมินความถูกต้อง และสม่ำเสมอของการกินยาด้านเอชไอวี

ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายตามวัยโดยเฉพาะน้ำหนักตัว มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจรวมทั้งด้านสังคม เช่น เข้าสู่วัยรุ่น เปลี่ยนผู้ดูแล เปลี่ยนสถานศึกษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมีกระทบต่อการกินยาด้านเอชไอวี จึงมีประเด็นที่ควรติดตาม ดังนี้

1) ขนาดยา ควรปรับตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และปรับรูปแบบยาตามความสามารถและอายุของเด็ก เช่น จากยาน้ำเป็นยาเม็ด

2) การร่วมตัดสินใจและเลือกเวลากินยาด้านเอชไอวีให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเด็กแต่ละราย สำหรับเด็กวัยเรียนควรเลือกเวลากินยาให้สอดคล้องกับการไปโรงเรียน เตรียมความพร้อมในการกินยาด้วยตนเองในอนาคต แต่ยังคงต้องมีผู้ดูแลคอยควบคุมดูแลเป็นหลักอยู่ และควรค่อยปรับให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกินยาได้ด้วยตนเอง สำหรับเด็กวัยรุ่นควรประเมินความรับรู้และทัศนคติต่อการกินยาด้านเอชไอวี ควรให้โอกาสในการเลือกรูปแบบและวิธีการของการกินยาด้วยตนเอง เช่น อาจพิจารณาปรับยาด้านเอชไอวีเป็นวันละครึ่ง

3) การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาด้าน

เอชไอวี (adherence assessment) ควรทำทุกครั้งที่ได้เข้ามาพบแพทย์ โดยการรวบรวมข้อมูลจากหลายๆ เทคนิค เช่น การนับเม็ดยา ถามประวัติการลืมกินยาในช่วง 3 วันที่ผ่านมา การประเมินจากผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์ เป็นต้น

การวินิจฉัยเด็กที่มีการรักษาล้มเหลว (diagnosis of treatment failure in HIV-infected children)

- การรักษาล้มเหลว จะเริ่มจาก virological failure ก่อน ดังนั้นการเจาะเลือด plasma HIV Viral load จะเป็นวิธีการในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลวได้เร็วที่สุด

- หากพบว่าผู้ป่วยมีจำนวน CD4 ต่ำลง หรือมีอาการการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องยืนยันว่ามี virologic failure หรือไม่เสมอ เพราะอาจมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เด็กมีอาการหรือระดับ CD4 ลดลง โดยไม่ได้เกิดจากการรักษาล้มเหลว การรักษาล้มเหลวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านเด็กหรือผู้ดูแลที่ยังขาดความเข้าใจ หรือแรงจูงใจในการรักษาทำให้เด็กไม่ได้รับยาอย่างถูกต้อง หรือบางครั้งอาจเกิดจากที่ผู้ให้การรักษา เช่น แพทย์สั่งยาสูตรหรือขนาดที่ไม่ถูกต้อง หรือสั่งยาด้านเอชไอวีไม่เพียงพอทำให้มีการขาดยาเกิดขึ้นก่อนถึงการนัดครั้งต่อไป การรักษาล้มเหลวอาจเกิดจากการที่เคยได้ยาสูตรที่มียาด้านเอชไอวีเพียง 1-2 ชนิดมาก่อน เช่น เด็กเคยได้รับ single dose NVP หลังคลอดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม NNRTIs หรือได้รับเชื้อที่ดื้อยาด้านเอชไอวีตั้งแต่แรก

การรักษาล้มเหลวมี 3 รูปแบบ คือ

- 1) virological failure
- 2) immunological failure และ
- 3) clinical failure

โดยทั่วไปเด็กที่มีการรักษาล้มเหลวจะพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของจำนวน viral load ก่อน จากนั้นจะพบว่ามีจำนวน CD4 ลดลง แล้วจึงพบอาการทางคลินิก ระยะเวลา ระหว่างการมี virological failure จนถึงมี immunological failure และ clinical failure ไม่เท่ากันในแต่ละคน ในรายที่ viral load สูงมากอาจมีจำนวน CD4 ลดลงเร็ว เมื่อจำนวน CD4 อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมากจะเสี่ยงต่อโรคฉวยโอกาสและ

โรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงต้องติดตามเจาะตรวจ plasma HIV RNA อย่างน้อยปีละครั้ง

1. Virological failure สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่มีการตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มประสิทธิภาพคือ

- ยังตรวจพบจำนวน viral load > 200 copies/mL หลังได้ยาต้านเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ยังตรวจพบว่าจำนวน viral load > 50 copies/mL หลังการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 12 เดือน

1.2 กลุ่มที่เคยมี viral load ต่ำแล้ว กลับสูงขึ้น (viral rebound) โดยถือเกณฑ์ virological failure เมื่อมี plasma viral load > 1,000 copies/ทั้งนี้การตรวจพบ viral load ในระหว่าง 50-1,000 copies/mL อาจพบในเด็กที่มีปัญหาเรื่องการกินยาไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นให้พิจารณาตรวจ viral load ซ้ำหลังจากได้ปรับพฤติกรรมการกินยาประมาณ 1-3 เดือน หาก viral load > 50 copies/mL ถือว่าน่าจะมี virological failure

** ในกรณีเด็กที่กินยาสูตรที่มี NNRTIs หากมี plasma HIV viral load > 1000copies/mL มักจะเกิดการดื้อยาแล้ว เนื่องจากการดื้อยาเกิดได้โดยมีกลายพันธุ์ resistance mutation เพียงตำแหน่งเดียว จึงควรส่งตรวจ HIV drug resistance เพื่อปรับสูตรยา

** ในกรณีเด็กที่กินยาสูตร boosted PI หากมี plasma HIV viral load > 1000copies/mL อาจจะไม่ดื้อยา เนื่องจากการดื้อยาดังกล่าวต้องมี resistance mutation 4 - 6 ตำแหน่ง หากกลับไปกินยาสม่ำเสมอจะสามารถกดไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำได้

2. Immunological failure

หลังจากที่มี virological failure ระยะหนึ่ง จะส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ถูกทำลาย ทำให้จำนวน CD4 ลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ จึงควรประเมินเป็นระยะว่าจำเป็นต้องกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่

3. Clinical failure คือมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

3.1 มีการพัฒนาของระบบประสาทผิดปกติ หรือถดถอยในด้าน brain growth, cognitive function และ motor function

3.2 ไม่มีการเพิ่มขึ้นหรือมีการลดลงของอัตราการเจริญเติบโต โดยเฉพาะน้ำหนักตัวในขณะที่รับประทานอาหารพอเพียง

และไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

3.3 เกิด AIDS defining condition ซ้ำหรือเป็นเรื้อรัง

• ควรปรับเรื่องวินัยการกินยา ให้ดีขึ้นก่อนเปลี่ยนสูตรยาต้านเอชไอวีเสมอ

• การเลือกสูตรยาต้านเอชไอวี second-line ให้พิจารณาปรับเปลี่ยนดังนี้

กรณีที่ใช้ AZT + 3TC ในยาสูตรแรก แนะนำให้ใช้ TDF ร่วมกับ 3TC (FTC)

กรณีที่ใช้ TDF + 3TC (FTC) ในยาสูตรแรก แนะนำให้ใช้ AZT ร่วมกับ 3TC

กรณีที่ใช้ NVP หรือ EFV ในยาสูตรแรก แนะนำให้ใช้ LPV/r

กรณีที่ใช้ LPV/r ในยาสูตรแรก แนะนำให้ใช้ DRV/r

• กรณีที่เชื้อดื้อยา ทั้ง 3 กลุ่ม คือ NRTIs, NNRTIs, PI ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ สามารถใช้ยากกลุ่มใหม่รักษาได้ เช่น boosted darunavir, etravirine, raltegravir

การติดตามการรักษาหลังเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นยาสูตรใหม่

1) การติดตามผลข้างเคียงควรนัดเด็กอย่างน้อยทุก 1 เดือน ในระยะ 3 เดือนแรกของการเปลี่ยนยาเพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงและติดตาม adherence ยากลุ่ม PIs มีผลข้างเคียงทาง metabolic ได้ หลังจากนั้นให้ติดตามทุก 2-3 เดือน และควรตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ lipid profile และ blood sugar ปีละ 1-2 ครั้ง

ถ้าได้รับ TDF ควรตรวจ urinalysis และ Creatinine ทุก 6 เดือนหากพบ CrCl < 50 มล./นาที ต้องปรับลดขนาด TDF หรือควรเปลี่ยน TDF เป็นยาดูอื่นที่ไม่มีผลข้างเคียงทางไต

2) การติดตามผลการรักษาควรตรวจจำนวน CD4 หลังเปลี่ยนยา 3-6 เดือน และตรวจ viral load หลังเปลี่ยนยา 6 เดือน หลังจากนั้นทุก 6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่ายาได้ผลดีและไม่เกิดเชื้อดื้อยาหลังจากเปลี่ยนเป็นยาสูตรใหม่ ถ้า viral load ที่ 6 เดือน > 50 copies/mL ควรประเมินและปรับ adherence ให้ดี และ ตรวจ viral load ซ้ำ อีก 3-6 เดือน และพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ถ้า viral load ยังสูงอยู่

คำแนะนำในการวัคซีนซ้ำในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (revaccination)

เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านเอชไอวีขณะที่ CD4 < ร้อยละ 15 แม้ว่าจะมีประวัติเคยได้รับวัคซีนมาก่อนแล้ว แนะนำให้ฉีดวัคซีนซ้ำเมื่อจำนวน CD4 ดีขึ้น (immune recovery) คือ > ร้อยละ 25 หรือ > 350 cells/mm³ (เด็กอายุ > 5 ปี) อย่างน้อย 6 เดือน หรือ CD4 > ร้อยละ 15 และมี viral load < 50 copies/mL นานกว่า 1 ปี ทั้งนี้ ในเด็กที่เริ่มยาเมื่อจำนวน CD4 > ร้อยละ 15 ยังไม่มีคำแนะนำการให้วัคซีนซ้ำ⁴

การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีแบบเป็นองค์รวม

การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีโดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ทีมแพทย์ควรทำความเข้าใจกับเด็กด้วยการฟัง และให้คำปรึกษา เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด สำหรับเด็ก และเป็นการส่งเสริมศักยภาพมากกว่าที่จะใช้วิธีการพูดเพื่อชี้แนะและอบรมสั่งสอนให้เป็นไปตามที่เราคาดหวัง ความต้องการและความไม่ต้องการโดยมีหลักในการทำงานกับวัยรุ่นอยู่ 4 ประการคือ

- 1) ต้องการรักษาความลับ
- 2) ต้องการที่จะทำอะไรได้เหมือนคนอื่น
- 3) ไม่ต้องการถูกตีตรา

4) ต้องการความเข้าใจไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ หรือการมีคู่รักตามวัย

การดูแลแบบองค์รวมควรมีการพูดคุยเป็นระยะ ๆ ร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ เด็กและครอบครัวในการวางแผนการดูแลรักษาและติดตามระยะยาว ร่วมกับการค้นหาหรือสอบถามความต้องการของเด็กและครอบครัว หรือการแนะนำ สนับสนุนความช่วยเหลือตามความเหมาะสมแต่ละราย

ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการค้นหาความต้องการและการดูแลแบบองค์รวม²⁻⁴

1) ด้านตัวเด็ก นอกเหนือจากประเด็นสุขภาพและการรักษา ควรประเมินระดับพัฒนาการ การรับรู้ของเด็ก การเจริญเติบโต เด็กที่เข้าสู่วัยรุ่นย่อมมีความต้องการต่างจากเด็กเล็ก เด็กควรได้รับการประเมินถึงการวางแผนชีวิตของเด็ก ความสามารถของทักษะชีวิต ด้านจิตใจ ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า รวมถึงเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2) ด้านครอบครัว ประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน หรือความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือไม่ ภายในครอบครัว

มีการสื่อสารที่ดีต่อเด็กและระหว่างกันในครอบครัวหรือไม่อย่างไร

3) ด้านสังคมและชุมชน ประเมินทักษะและความสามารถเข้าสู่สังคม การกล้าแสดงออก การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การคบเพื่อนหรือคู่รัก รวมถึงการทำงาน มีการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือโรงเรียน หรือไม่รวมถึงการพิจารณาด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิจากชุมชน/สังคม

4) การศึกษา เด็กอยู่ในสถานการศึกษาปกติหรือนอกระบบ กิจกรรมด้านการศึกษาที่อาจมีผลต่อการติดตามรักษา ความต้องการเรียนต่อหรือคำแนะนำในการเรียนต่อหากไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ควรมีการสนับสนุนให้เด็กได้รับการพัฒนาทักษะด้านวิชาชีพ เพื่อประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ในอนาคต

5) หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อ องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการเด็กชุมชน อาจช่วยในการสนับสนุนติดตามหรือร่วมแก้ไขปัญหาลูกหลานของเด็กและครอบครัวได้

การกินยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในเด็กติดเชื้อเอชไอวี (adherence to antiretroviral treatment in children)

• ทีมผู้รักษาต้องสร้างความเชื่อถือไว้วางใจจากเด็กและผู้ดูแล กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันและสนับสนุนให้เกิด Adherence ที่อย่างต่อเนื่อง

• ก่อนเริ่มยาและก่อนเปลี่ยนสูตรยาทุกครั้ง ต้องเตรียมความพร้อมผู้ปกครองและเด็ก โดยสนทนา อภิปรายให้ซักถาม ให้เข้าใจถึงยุทธวิธีทั้งหมดที่จะทำให้เกิด Adherence ที่ดีที่สุด

• หลังเริ่มยาควรมีการติดตามผลภายใน 7 วัน เพราะความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรก

• ต้องเน้นความเข้าใจเรื่อง Adherence กับผู้ดูแลและเด็ก พร้อมกับการให้คำปรึกษาถึงวิธีที่จะทำให้มีวินัยในการกินยาที่ดีที่สุด ในทุกครั้งที่เด็กมารับยา

• ควรประเมิน Adherence โดยใช้อย่างน้อยหนึ่งวิธีการ เช่น ซักประวัติการกินยาย้อนหลัง 3 วัน นับเม็ดยาร่วมกับการตรวจติดตาม Viral load

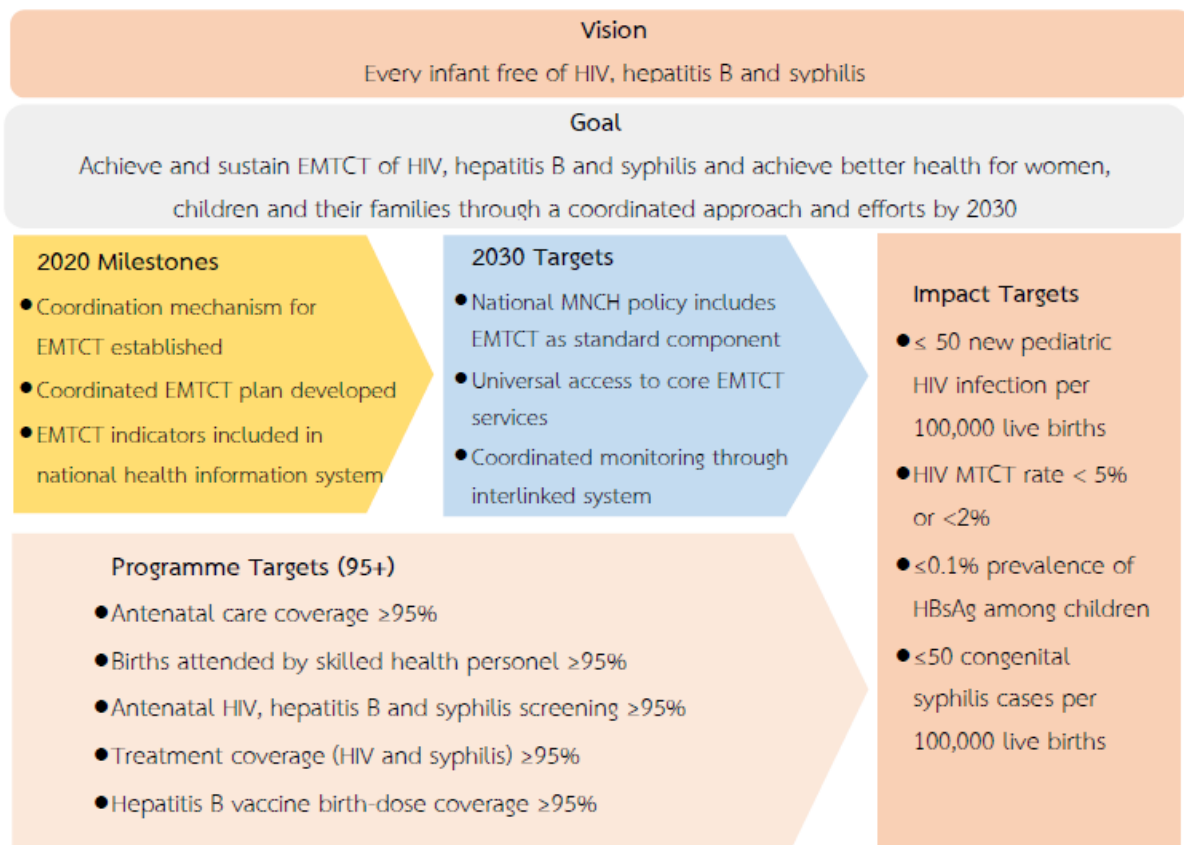
• ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถศึกษาดูงานการให้บริการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมได้ที่โรงพยาบาลศูนย์การเรียนรู้ประจำภาค 4 แห่ง ภาคเหนือที่โรงพยาบาล

เชิงรายประชากรเคราะห์ จ. เชียงราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น ภาคกลางที่โรงพยาบาล พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี และภาคใต้ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา

Maternal hepatitis B

ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังประมาณ 240 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีมีประชากรเสียชีวิต

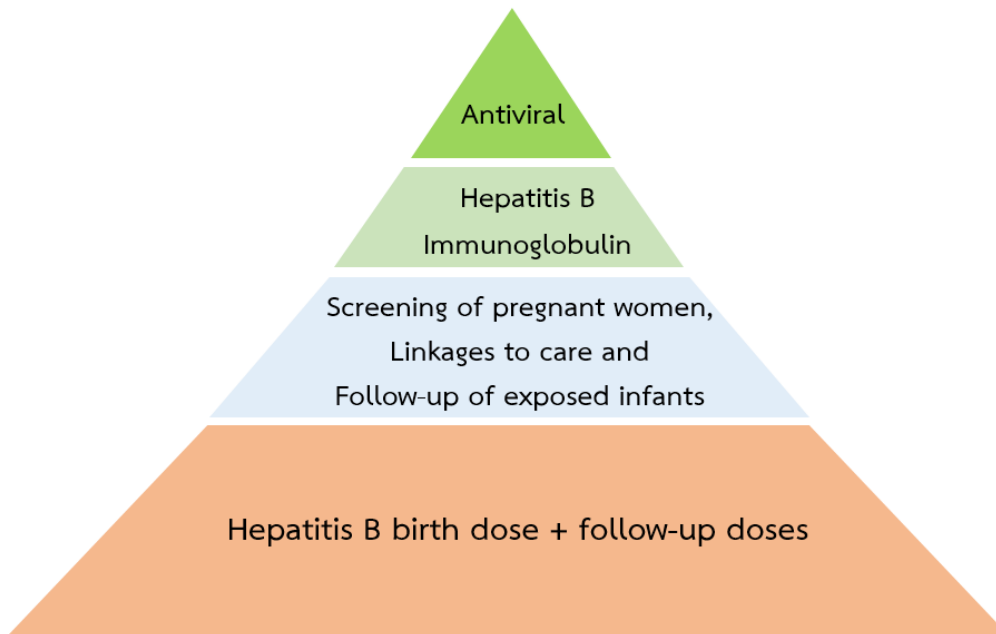
จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ประมาณ 1.4 ล้านคน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากวัณโรค (1.3 ล้านคน) หรือการติดเชื้อเอชไอวี (1.2 ล้านคน) องค์การอนามัยโลกจึงตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีลงให้ต่ำกว่า 500,000 คนต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573⁶ โดยองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทั้งเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบบี และ ซิฟิลิส (triple elimination)¹ ตามแผนผัง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 Asia Pacific Regional Framework for Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission (EMTCT) of HIV, Hepatitis B and Syphilis 2018-2030¹

เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในช่วงวัยทารก นั้นจะนำไปสู่การติดเชื้อเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 90 และจะมีโอกาส ดำเนินโรคไปสู่ภาวะตับแข็ง หรือมะเร็งตับได้ ดังนั้นองค์การ อนามัยโลกจึงตั้งเป้าหมายที่จะลดลงความชุกของการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ลดลงต่ำกว่า ร้อยละ 0.1 ภายในปี พ.ศ. 2573

สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายที่จะเร่งรัดให้ดำเนินการให้ถึงเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้มาตรการหลัก ที่สอดคล้องกับคำแนะนำของ องค์การอนามัยโลก ในการลดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สู่ทารกอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่ (ดังรูปที่ 2)



รูปที่ 2 แนวคิดในการลดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ขององค์การอนามัยโลก^{1,6}

- การให้ยาต้านไวรัสในระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไวรัสตับอักเสบบีสูง
- การให้ภูมิโกลบูลินต่อไวรัสตับอักเสบบี (HBIG) ในช่วงหลังคลอดแก่ทารกที่มารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
- การให้วัคซีนตับอักเสบบีให้แก่เด็กแรกคลอดทุกคน และให้ต่อเนื่องจนครบคอร์ส

ในประเทศไทยเริ่มมีการใช้วัคซีนตับอักเสบบีสำหรับทารกแรกเกิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ทำให้อัตราการติดเชื้อตับอักเสบบีลดลงอย่างมาก จากการสำรวจของ ศ.นพ.ยง ภู่วรรณและคณะ ใน พ.ศ. 2558 พบว่ามีความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีร้อยละ 4.5 ในช่วงก่อนให้วัคซีน และลดลงเหลือ ร้อยละ 0.6 หลังมีแผนวัคซีนแห่งชาติ เมื่อแยกเป็นช่วงอายุพบว่า ความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีเด็กไทยอายุ <5 ปี, 5-10 ปี, 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.1, 0.3 และ 0.7 ตามลำดับ

ปัจจัยสำคัญในการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก คือ ระดับไวรัสตับอักเสบบีในเลือดของมารดามีคำแนะนำให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีระดับไวรัสในเลือดสูงมากกว่า 200,000 IU/ml และมีงานวิจัยพบว่า

หากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตรวจพบ HBeAg เป็นบวก จะสัมพันธ์กับระดับไวรัสตับอักเสบบีในเลือดสูง จึงแนะนำให้ใช้ HBeAg เป็น surrogate marker เพื่อใช้ในเวชปฏิบัติ ในการตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อตับอักเสบบีสู่ทารก มีงานวิจัยในประเทศไต้หวันพบว่า ถึงแม้ทารกจะได้รับวัคซีนตับอักเสบบี ครบ 3 เข็ม ร่วมกับ HBIG ในช่วงแรกเกิด ยังพบมีการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารกในอัตราที่สูง จากการดาที่มีระดับเชื้อไวรัสในเลือดสูง จึงสนับสนุนแนวคิดในการให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มี HBeAg เป็นบวก

แนวทางการดูแลติดตามหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และทารกของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย

1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อตับอักเสบบี

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อตับอักเสบบี ต้องได้รับการประเมินเบื้องต้น โดยการตรวจเลือด HBeAg ค่าเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) และค่าการทำงานของไต ด้วยค่า creatinine

- HBeAg เป็นบวก จะสัมพันธ์กับปริมาณไวรัสตับอักเสบบีในเลือดที่สูง (> 200,000 IU/ml) ซึ่งการตรวจเลือดหาปริมาณไวรัสสามารถทำได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น

ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ HBeAg บวก เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่า หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ในกรณีที่ผล HBeAg เป็นลบสามารถให้วัคซีนป้องกันตับอักเสบบีแก่ทารกหลังคลอด โดยไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์

• ค่าเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) เป็นการประเมินภาวะตับอักเสบ กรณีที่มีค่า ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ บ่งชี้ว่า เป็นระยะสงบของการติดเชื้อ การให้ยาต้านไวรัส จะให้เพื่อประโยชน์ในการลดการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก และสามารถหยุดยาได้ในระยะหลังคลอด แต่ในกรณีที่ค่า ALT มีค่าสูงกว่าค่าปกติ ควรส่งต่อไปหาอายุรแพทย์ ประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบ และพิจารณาการรักษาภาวะตับอักเสบเรื้อรัง ที่ต้องให้ยาต้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอดไปอีกหลายปี

• การทำงานของไต Creatinine เพื่อใช้ประเมินเป็น baseline และใช้ในการติดตามผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส ควรเจาะก่อนเริ่มให้ยา Tenofovir Disoproxil Fumarate

2. การให้ยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในหญิงตั้งครรภ์

ยา Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อตับอักเสบบี ขนาด 300 มิลลิกรัม วันละครั้ง แนะนำให้เริ่ม เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี มีอายุครรภ์ระหว่าง 28 - 32 สัปดาห์ และให้ต่อเนื่องไปจนครบ 4 สัปดาห์ หลังคลอด ยา TDF เป็นยาใน Category B

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ยามีความปลอดภัย สำหรับทั้งมารดาและบุตร โดยยาขับผ่านทางน้ำนมในปริมาณต่ำมาก และไม่พบว่า มีผลกระทบต่อทารกเจริญเติบโตของการเจริญเติบโตของทารก การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาในด้าน renal impairment

ตารางที่ 4 ยาที่ใช้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในเด็กและผู้ใหญ่⁴

ยา (preferred)	ขนาดยาในผู้ใหญ่	ขนาดยาในเด็ก	Category	ผลข้างเคียง
Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF)	300 มก. วันละครั้ง	≥12 ปี	B	Nephropathy, Fanconi syndrome, osteomalacia, lactic acidosis
Tenofovir alafenamide	25 มก. วันละครั้ง	-	ไม่มีข้อมูล	Lactic acidosis
Entecavir	0.5 มก. วันละครั้ง	≥ 2 ปี ขนาดตามน้ำหนักตัว >30 กก. ให้ 0.5 มก.วันละครั้ง	C	Lactic acidosis
Peg-IFN- α -2a (adult) Peg-IFN- α -2b (children)	180 ไมโครกรัม สัปดาห์ละครั้ง	≥1 ปี ขนาด 6,000,000 IU/ml 3 ครั้งต่อสัปดาห์	C	Flu-like symptoms, fatigue, mood disturbances, anorexia, weight loss

ควรตรวจเลือดวัดระดับ Creatinine ก่อน และหลังเริ่มให้ยา TDF 1 เดือนยาอื่น ๆ สามารถพิจารณาได้จากตารางที่ 4

3. การดูแลมารดาติดเชื้อตับอักเสบบีและทารกหลังคลอด

3.1 การดูแลมารดาหลังคลอด

แนะนำให้มารดาได้รับยา TDF ต่อเนื่องจนครบ 4 สัปดาห์หลังคลอดแล้ว หยุดยา ติดตามระดับ ALT ที่ 6 - 8 สัปดาห์หลังคลอด ถ้า ALT มีค่าปกติ สามารถหยุดยาต้านไวรัสได้

3.2 การดูแลทารกช่วงหลังคลอด

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถดื่มนมมารดาได้ตามปกติ และควรให้วัคซีนตับอักเสบบีเข็มแรกเร็วที่สุด ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้ขนาด 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้รับวัคซีนต่อเนื่อง เมื่ออายุครบ 1, (2, 4) และ 6 เดือน ตามลำดับ โดยเน้นย้ำความสำคัญของวัคซีนเข็มที่สอง ที่อายุ 1 เดือน เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีระยะฟักตัว 2 - 3 เดือน ดังนั้นการได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม คือ เข็มแรกเกิดและอายุ 1 เดือน จะช่วยกระตุ้นให้สร้าง

ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี และกระตุ้นเข็มสุดท้ายเมื่ออายุ 6 เดือน จากการศึกษาของ ศ. นพ. ยง ภู่วรวรรณ และคณะ พบว่า ทารกที่ได้รับวัคซีนเข็มที่สองล่าช้ากว่า 10 สัปดาห์ นับจากเข็มแรก มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตับอักเสบบีของทารก 4.8 เท่า ในกรณีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม สามารถฉีดวัคซีนได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้น้ำหนักเกิน 2,000 กรัม โดยให้นับเป็นการฉีดเพิ่ม แต่ไม่นับเป็นเข็มแรก และให้ฉีดเข็มถัดไปเมื่อทารกมีสุขภาพดี และอายุครบ 1 เดือน โดยเริ่มนับเข็มนี้เป็นเข็มแรก และนัดฉีดเข็มที่สองห่างจากเข็มนี้ไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และเข็มที่สามตอนอายุอย่างน้อย 6 เดือน (หรือห่างจากวัคซีนเข็มแรก อย่างน้อย 16 สัปดาห์)

การให้อิมมูโนโกลบูลิน Hepatitis B Immunoglobulin (HBIG) ให้ในทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะที่มี HBeAg เป็นบวก ควรได้รับ HBIG ขนาด 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยเร็วที่สุด หลังคลอดกรณีที่ไม่มี ควรพยายามจัดหา เพื่อนำมาฉีดให้กับทารกภายใน 7 วันหลังคลอด หากเกิน 7 วันไปแล้วจะไม่มีประโยชน์เนื่องจากวัคซีนที่ให้ไปก่อนหน้านี้ ได้กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแล้ว

การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในทารกเด็กทุกคนที่คลอดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรได้รับการตรวจเลือด เพื่อวินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่ โดยเมื่อเด็กอายุ 9 - 12 เดือน แพทย์ควรเจาะเลือดเด็กทารกเพื่อตรวจ HBsAg และ Anti-HBs (ระดับ Anti-HBs >10 IU/ml) ถือว่าสามารถป้องกันโรคได้ ไม่แนะนำให้ตรวจก่อนอายุ 9 เดือน เนื่องจากอาจตรวจพบ Anti-HBs ในระดับต่ำ ๆ ได้ จากการให้ HBIG

- กรณี HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นบวก ถือว่า เด็กทารกไม่ติดเชื้อตับอักเสบบี และมีภูมิคุ้มกันโรค

- กรณี HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นลบ (ต่ำกว่า 10 IU/ml) ให้ถือว่า ทารกไม่ติดเชื้อ แต่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีโอกาสได้รับเชื้อจาก horizontal transmission ได้ แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซ้ำอีก 1 เข็ม และตรวจระดับ Anti-HBs ซ้ำหลังจากได้รับวัคซีน 1-2 เดือน หากผลยังต่ำอีก ให้วัคซีนตับอักเสบบีต่ออีก 2 เข็ม หลังได้รับวัคซีนชุดที่สองครบ หากผล Anti-HBs ยังเป็นลบอีก ให้นับว่า ทารกดังกล่าวไม่ตอบสนอง

ต่อวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และควรหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

- กรณี HBsAg เป็นบวก ให้ถือว่าทารกดังกล่าวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และควรส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญติดตามดูแลรักษาต่อไป โดยปกติเด็กเล็กยังไม่มีภาวะตับอักเสบบี จึงยังไม่มีความจำเป็นต้องเริ่มยาต้านไวรัสตับอักเสบบีทันที (ซึ่งแตกต่างจากเด็กทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ควรเริ่มรักษาทันที) การติดตามจะเน้นดูการทำงานของตับเป็นระยะ หากเริ่มมีภาวะตับอักเสบบีจึงเริ่มการรักษาเพื่อลดการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคต ที่อาจเกิดได้ในช่วงอายุ 10-20 ปี

โดยสรุปแล้วในประเทศไทย สามารถดำเนินการให้ถึงเป้าหมายในการลดความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ต่ำกว่า ร้อยละ 0.1 ได้ โดยมาตรการที่สำคัญคือ การให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดระดับไวรัสตับอักเสบบี และกวมารแพทย์มีบทบาทในการดูแลเรื่องการให้วัคซีนตับอักเสบบีและอิมมูโนโกลบูลิน HBIG ให้แก่ทารกในระยะแรกคลอด และติดตามวินิจฉัยในระยะ 9 - 12 เดือนให้ครอบคลุม^{1,4}

Congenital Syphilis

องค์การอนามัยโลก ตั้งเป้าหมายในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก หรือเรียกว่า “triple elimination” โดยตั้งเป้าหมายยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 กำหนดเป้าหมายอัตราการเกิดซิฟิลิสแรกเกิดต่ำกว่า 50 ต่อ 100,000 ทารกเกิดมีชีวิต

ในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของโรคซิฟิลิสในวัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เชื้อซิฟิลิสจะถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ลูก ส่งผลให้โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นสาเหตุอันดับสองของทารกตายคลอด (stillbirth) องค์การอนามัยโลก กำหนดแนวทางในการกำจัดการติดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก โดยการใช้มาตรการ 4 ข้อ ได้แก่

1. มีหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบและมีนโยบายที่ยั่งยืนในการสนับสนุนงานด้านการป้องกันและยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารก

3. การตรวจคัดกรองและรักษาหญิงตั้งครรภ์และสามี

4. มีระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินสถานการณ์ความชุกของโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก เรื่อง “การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก” เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่เป็นโรคซิฟิลิส 5 ต่อ 100,000 ทารกเกิดมีชีพ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - 2560 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 อัตราป่วยคือ 2.1 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 6.6 ต่อประชากรแสนคน และเป็น 8.1 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2560 จึงส่งผลให้สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁷

อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

ทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิส มีความรุนแรงของอาการทางคลินิกแตกต่างกัน เช่น แท้ง คลอดก่อนกำหนด ตายคลอด ทารกมีภาวะบวม น้ำ หรือมีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเกิด จำแนกอาการตามช่วงอายุ

1. Early congenital syphilis หมายถึง ทารกอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มีอาการเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ได้แก่ มีผื่นลักษณะต่างๆ อาจมีอาการตั้งแต่แรกเกิด หรือพบภายหลัง ในช่วง 2-3 สัปดาห์หลังคลอด มีตับม้ามโต ค่าเอมไซม์การทำงานของตับสูงขึ้น มีความผิดปกติทางกระดูก มีความผิดปกติทางตา พบภาวะปอดและไตอักเสบได้ มีความผิดปกติของระบบโลหิต มีภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำและเม็ดเลือดขาวสูง ร่วมกับมีความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง ตรวจ Venereal Disease

ตารางที่ 5 Clinical findings related to early congenital syphilis^{8,9}

System	Findings
Gestational	• Stillbirth • Prematurity • Small stature for gestational age • Nonimmune hydrops
Reticuloendothelial	• Generalized, nontender lymphadenopathy • Anemia (hemolytic and nonhemolytic) • Leukopenia or leukocytosis • Thrombocytopenia • Hepatosplenomegaly from extramedullary hematopoiesis
Mucocutaneous	• Snuffles (thick or bloody nasal discharge) • Laryngitis • A maculopapular (coppery-brown) skin rash followed by desquamation, blistering and crusting that is prominent on the palms and soles • Mucous patches (palate, perineum) • Condylomata (perioral and perianal)
Skeletal	• Symmetrical longbone lesions that are more common in the lower than the upper extremities • Metaphyseal Osteochondritis with mild to destructive lesions • Wimberger's sign (demineralization and destruction of the proximal tibial metaphyses) • Diaphyseal Periostitis with periosteal new bone formation • Osteitis – alternating linear bands of translucency and radiopacity of long bones that give a 'celery stick' appearance • Dactylitis with involvement of the metacarpals, metatarsals and proximal phalanges

ตารางที่ 5 (ต่อ) Clinical findings related to early congenital syphilis^{8,9}

System	Findings
Neurological	• 40% to 60% have cerebrospinal fluid abnormalities (eg, pleiocytosis, elevated protein, low glucose) • Venereal Disease Research Laboratory test reactive in cerebral spinal fluid • Signs and symptoms of acute meningitis (eg, bulging fontanel, vomiting) • Untreated neurosyphilis may lead to chronic meningovascular syphilis with hydrocephalus, cerebral infarctions and cranial nerve palsies
Ocular	• Salt and pepper chorioretinitis, glaucoma, uveitis
Other organ involvement	• Renal involvement: nephrotic syndrome (immune complex mediated after two to three months of infection) • Pulmonary involvement: pneumonia alba (obliterative fibrosis) • Myocarditis • Pancreatitis • Gastrointestinal inflammation and fibrosis

Research Laboratory (VDRL) ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก มีเม็ดเลือดขาวและโปรตีนสูงดังตารางที่ 5

2. Late congenital syphilis หมายถึง เด็กอายุ หลัง 2 ปีที่มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคซิฟิลิส โดยอาการเหล่านี้มักจะคงอยู่ไปตลอดชีวิต ได้แก่ ความผิดปกติ

ของใบหน้า ดวงตา กระดูกและข้อ รวมถึงความผิดปกติของระบบประสาท โดยหากพบความผิดปกติ 3 ข้อ คือ Hutchinson teeth ตาบอดจาก interstitial keratitis, old chorioretinitis และหูหนวก จะเรียกรวมกันว่า Hutchinson's triad รายละเอียดอื่น ๆ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 Clinical findings related to late congenital syphilis^{8,9}

System	Findings
Dental (vasculitis due to inflammation of developing tooth buds in late gestation)	• Hutchinson's teeth (small widely-spaced, peg-shaped, notched upper incisors with thin discoloured enamel) • Hypoplastic enamel • Mulberry molars (many small cusps)
Ear	• Sensorineural hearing loss due to osteochondritis of otic capsule and cochlear degeneration
Cutaneous	• Rhagades (deep fissuring of mucocutaneous junctions in the nares, lips and anus)
Skeletal	• Frontal bossing, square cranium (skull bone periostitis) • Short maxilla, high palatal arch and saddle nose deformity (syphilitic nasal chondritis) • Saber shins (anterior tibial bowing) • Higoumenaki's sign (sternoclavicular thickening) • Clutton's joints (painless, symmetric hydarthritis of the knees and elbows)
Neurological	• Mental retardation, hydrocephalus, seizures, cranial nerve palsies, paresis

ตารางที่ 6 (ต่อ) Clinical findings related to late congenital syphilis^{8,9}

System	Findings
Ocular	• Interstitial keratitis
Other organ involvement	• Renal involvement: paroxysmal cold hemoglobinuria Hutchinson's triad • Interstitial keratitis • Hutchinson's teeth • Sensorineural hearing loss

แนวทางการวินิจฉัยทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกอาศัยทั้ง ประวัติ (การรักษาและอาการแสดงของโรคในมารดา) ตรวจร่างกายของทารก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับแอนติบอดีต่อเชื้อซิฟิลิสในเลือดของมารดาและทารก รวมถึงการตรวจน้ำไขสันหลังและภาพถ่ายรังสีกระดูกของทารก

มารดาที่เป็นโรคซิฟิลิสและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก ขึ้นอยู่กับระยะเวลา

ที่เป็นโรคของมารดา หากมารดาเป็นโรคซิฟิลิสระยะแรกและระยะสอง ทารกในครรภ์จะมีโอกาสติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 70 - 100 ลดลงเป็นร้อยละ 30 ในระยะแฝง และเหลือร้อยละ 10 ในระยะสาม การประเมินว่า มารดาได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมหรือไม่ ประกอบด้วย ประเภทของยาที่ได้รับ ขนาดยา ระยะเวลา และการตอบสนองต่อการรักษา ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การประเมินมารดาได้รับการรักษาที่เหมาะสมครบถ้วน

ประเภท	ขนาดยา	การรักษาครบถ้วน
ซิฟิลิส ระยะที่ 1,2 หรือระยะแฝงไม่เกิน 2 ปี	Benzathine penicillin 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว	☐ ควรรักษาครบก่อนคลอดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ☐ มีการตอบสนองต่อการรักษา
ซิฟิลิสระยะที่ 3 หรือ ระยะแฝงเกิน 2 ปี (หรือประวัติไม่ชัดเจน)	Benzathine penicillin 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง	☐ ไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ ☐ สามารได้รับการรักษาครบถ้วน

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ ทำได้ 2 รูปแบบ

1. การตรวจหาเชื้อ T. pallidum โดยตรง สิ่งส่งตรวจคือ รอยโรค เนื้อเยื่อ หรือสารคัดหลั่ง โดยวิธีต่าง ๆ เช่น dark field microscopy, direct fluorescent antibody test, polymerase chain reaction

2. การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อซิฟิลิสในเลือด

2.1 Non-Treponemal test ได้แก่ rapid plasma regain (RPR) และ VDRL ช่วยในการวินิจฉัยโรค สามารถบอก

ได้ว่า โรคอยู่ในระยะใด และใช้ติดตามการตอบสนองต่อการรักษา ข้อควรระวังในการตรวจ VDRL คืออาจพบผลลบปลอมในผู้ติดเชื้อที่มี titer ของแอนติบอดีสูงมากที่เรียกว่า prozone phenomenon ดังนั้นกรณีที่มีอาการแสดงเข้าได้ แต่ผล VDRL เป็นลบ ควรติดต่อให้ห้องปฏิบัติการทดสอบซ้ำโดยการเจือจางซีรัม

2.2 Treponemal test ได้แก่ Treponema palladium particle agglutination (TP-PA), Fluorescent

Treponema antibody absorption (FTA-ABS), Treponema palladium enzyme immunoassay (TP-EIA), Microhemagglutination assay for Treponema palladium (MHA-TP) เป็นการตรวจยืนยันการวินิจฉัย แต่ไม่สามารถใช้ติดตามการรักษาได้ เนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อแล้ว จะมีผลบวกไปตลอด

แนวทางการวินิจฉัย

1. Proven or confirm congenital syphilis

หมายถึง ทารกที่ได้รับการยืนยันการตรวจวินิจฉัย โดยพบเชื้อ T. palladium จากสารคัดหลั่ง น้ำเหลือง รอยโรค รก สายสะดือ หรือชิ้นเนื้อจากศพทารก (0 - 28 วัน)

2. Highly probable congenital syphilis

หมายถึง ทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ครบถ้วนก่อนคลอด หรือทารกมีผลตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อซิฟิลิส เป็นบวก และมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจร่างกายผิดปกติ เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

2.2 ภาพถ่ายรังสีกระดูก (long bone) ผิดปกติ เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

2.3 การตรวจน้ำไขสันหลัง พบ VDRL เป็นบวก หรือพบ จำนวนเม็ดเลือดขาว ระดับโปรตีนสูงขึ้นโดยไม่มีสาเหตุอื่น

2.4 การตรวจ Non-Treponemal test เป็นบวก โดยมีระดับ titer ในทารกมากกว่า มารดา 4 เท่าขึ้นไป

2.5 การตรวจ Treponemal test เป็นบวก เมื่อเด็กอายุ 15 เดือนขึ้นไป

3. Syphilitic stillbirth หมายถึง ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิส คลอดเสียชีวิต โดยทารกคลอดอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ น้ำหนักมากกว่า 500 กรัม และมารดา

ตารางที่ 8 แนวทางการรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการรักษา	
กลุ่มที่ 1, 2	แนวทางที่ 1 Aqueous penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชม. ในทารกที่อายุน้อยกว่า 7 วัน และทุก 8 ชั่วโมง เมื่อทารกอายุมากกว่า 7 วัน เป็นเวลา 10 วัน Procaine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. เข้ากล้ามเนื้อ วันละครั้ง นาน 10 วัน	หากขาดยาเกิน 24 ชั่วโมงให้เริ่มรักษาใหม่ บุคลากรที่ดูแลเด็กใช้ standard precaution จนกว่าจะรักษาครบ 24 ชั่วโมง

ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือรักษาไม่ครบถ้วนก่อนคลอด 4 สัปดาห์

4. Possible congenital syphilis หมายถึง ทารกเกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนคลอด แต่ทารกไม่มีอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

5. Less likely congenital syphilis หมายถึง ทารกที่เกิดจากมารดาที่ได้รับการรักษาครบถ้วนก่อนคลอด นานกว่า 4 สัปดาห์ไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ สามได้รับการรักษาครบถ้วน ทารกไม่มีอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

6. Unlikely congenital syphilis หมายถึง ทารกที่เกิดจากมารดาที่ได้รับการรักษาด้วยยา penicillin ครบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ แต่ยังมีผล RPR $\leq$ 1:4 หรือ VDRL $\leq$ 1:2 ไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ สามได้รับการรักษาครบถ้วน ทารกไม่มีอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

7. Not a case หมายถึง ทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อซิฟิลิส เช่น มารดาที่มีผลการตรวจ Non-Treponemal test เป็นบวก แต่ผลการตรวจ Treponemal test เป็นลบ

โดยผู้ป่วยในข้อ 1 - 3 จัดเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ต้องรายงาน โดยนับเป็นทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยทารกว่าเป็นแบบใด โดยผู้ป่วยกลุ่ม 1, 2 รักษาตามแนวทางที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่ม 4, 5 รักษาตามแนวทางที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่ม 6 ให้ติดตามอาการทารกโดยไม่ต้องรักษา ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 (ต่อ) แนวทางการรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการรักษา
กลุ่มที่ 4, 5	แนวทางที่ 2 Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง

การตรวจติดตามทารก

ควรนัดตรวจติดตามอาการทารกที่อายุ 2, 4, 6 และ 12 เดือน โดยตรวจติดตามอาการและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Non-Treponemal test (RPR/VDRL) ทุก 2 - 3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ หรือ ลดลงมากกว่า 4 เท่า โดยทั่วไประดับ titer จะเริ่มลดลง ภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และเป็นผลลบ ภายใน 6 เดือน กรณีที่ผลตรวจยังคงเป็นบวก และ titer ไม่ลดลงภายใน 6 - 12 เดือนหลังการรักษา หรือเพิ่มขึ้น ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำ รวมถึงการตรวจ น้ำไขสันหลัง และให้การรักษา penicillin G ทางหลอดเลือดดำ อีก 10 วัน แม้ว่าเคยได้รับการรักษามาก่อนก็ตาม ทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังมีความผิดปกติ ต้องทำการเจาะตรวจ น้ำไขสันหลังซ้ำทุก 6 เดือน จนผลตรวจปกติ

นโยบายและแนวทางการกำจัดซิฟิลิสระดับชาติ

โรคซิฟิลิส เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดจะต้องรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่ายและรายงานผู้ป่วยยืนยันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดอ้างอิงจากพระราชบัญญัติควบคุมโรค

การมีทารกป่วยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงว่า ระบบการตรวจคัดกรองและการติดตามรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และสามียังมีจุดบกพร่อง วิธีการในการลดจำนวนทารกซิฟิลิสแต่กำเนิด ได้แก่ การเพิ่มความครอบคลุมของการฝากครรภ์ ตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ โดยคัดกรองครั้งแรกเมื่อฝากครรภ์ และเมื่ออายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ ผนวกไปกับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี และเชื้อซิฟิลิสในสามีของหญิงตั้งครรภ์ และการเข้าถึงการรักษาซิฟิลิสของหญิงตั้งครรภ์ และสามี มีระบบการติดตามกลับมา

รักษา และมีระบบห้องปฏิบัติการที่สามารถทราบผลได้ในวันเดียว หากผลผิดปกติจะได้ให้การรักษาโดยเร็วที่สุด⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Regional Committee for the Western Pacific, 068. (2017). Triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B and syphilis. Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific. [online]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260024> [cited 2019 Sep 7].
2. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560, การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี, หน้า 177-239.
3. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560, การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก, หน้า 243-290.
4. วีระชัย วัฒนวิระเดช, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. Update on Pediatric Infectious Diseases 2019 : HIV Management for General Pediatricians กรุงเทพฯ : สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 2562. หน้า 226 -237.
5. .แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข ปี 2561 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข (Prevention of Mother To Child Transmission : PMTCT) และแนวทางการดูแลเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกสุขภาพเด็กดี, หน้า 23 – 38.
6. Naoko Ishikawa, Joseph Woodring, Mari Nagai, etc. (2017). Elimination of Perinatal Transmission of Hepatitis B through an Innovative Approach Triple

Elimination of Mother-to-Child Transmission using the Maternal, Newborn and Child Health Platform. [online]. Available from: http://www.worldhepatitis-summit.org/docs/default-source/posters/46a_naoko-ishikawa_final.pdf?sfvrsn=2 [cited 2019 Sep 7].

7. กัญญา ศุภปิติพร, วรณช จงศรีสวัสดิ์, อังคนิย์ ชะนะกุล และคณะ. (2562). Case-Based Approach: From Guideline to Practice พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

8. สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. (2561). Highlights in Neonatal Problems พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท แอคทีฟพรีนซ์ จำกัด.

9. Sandra R Arnold, E Lee Ford-Jones. (2000). Congenital syphilis: A guide to diagnosis and management. [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819963/> [cited 2019 Sep 7].

เศรษฐกิจพอเพียงในการสาธารณสุข

ศุภมาส พันธุ์ชัย*

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระราชดำรัสแก่ชาวไทย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา และถูกพูดถึงอย่างชัดเจนในวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2540 เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชีย พ.ศ. 2540 ให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนในกระแสโลกาภิวัตน์ ที่มีการแข่งขันสูง และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ได้รับการเชิดชูจากองค์การสหประชาชาติ ว่าเป็นปรัชญาที่มีประโยชน์ต่อประเทศไทยและนานาประเทศ และสนับสนุนให้ประเทศ

สมาชิกยึดเป็นแนวทางสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน โดยมีนักวิชาการและนักเศรษฐศาสตร์หลายคนเห็นด้วยกับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ทรงปรับปรุงพระราชทานเป็นที่มาของนิยาม "3 ห่วง 2 เงื่อนไข" ที่คณะกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นำมาใช้ในการรณรงค์เผยแพร่ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยความ "พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน" บนเงื่อนไข "ความรู้" และ "คุณธรรม"

3 ห่วง 2 เงื่อนไข 4 มิติ โครงการเศรษฐกิจพอเพียง



ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง

ห่วง 1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

ห่วง 2. ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ห้วง 3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึงการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2 เจเนอไซ

1. เจเนอไซ ความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

2. เจเนอไซ คุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความพากเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

เศรษฐกิจพอเพียงเริ่มที่ตัวเอง

การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้นั้น ขั้นแรกต้องยึดหลัก "พึ่งตนเอง" คือ พยายามพึ่งตนเองให้ได้ก่อน

การพัฒนาตนเองให้สามารถ "อยู่ได้อย่างพอเพียง" คือ ดำเนินชีวิตโดยยึดหลักทางสายกลางให้อยู่ได้อย่างสมดุล คือ มีความสุขที่แท้ ไม่ให้รู้สึกขาดแคลน จนต้องเบียดเบียนตนเอง หรือดำเนินชีวิตอย่างเกินพอดี จนต้องเบียดเบียนผู้อื่น หรือเบียดเบียนสิ่งแวดล้อม

โดยสรุปก็คือ "คือความพอประมาณ ซื่อตรง ไม่โลภมาก และต้องไม่เบียดเบียนผู้อื่น"

ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่มีนโยบายประกันสุขภาพ รักษาฟรีทุกโรค นั้นกลับสวนทางกับแนวทางการพึ่งพาตัวเอง เพราะการรณรงค์หาเสียงและโฆษณาชวนเชื่อที่เกินจริง ก็เหมือนกับการขายประกัน ที่ไม่ได้บอกให้ประชาชนทราบถึงข้อยกเว้น ที่สิทธิประโยชน์อาจไม่ครอบคลุมในบางกรณี ยางบางส่วนที่เกินสิทธิ ฯลฯ นำไปสู่ข้อพิพาท และการฟ้องร้องต่าง ๆ รวมไปถึง ความคาดหวังที่สูงขึ้นในระบบบริการสุขภาพของประชาชนที่ต้องการการบริการที่ดีเลิศ การตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย รวดเร็ว โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสวนทางกับความเป็นจริง ที่ว่า *ของฟรีไม่มีในโลก* ทุกอย่างที่โรงพยาบาลต้องใช้ ทั้งยา วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ อันทันสมัย การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ล้วนต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น แต่ค่าตอบแทนในการรักษาโรคกลับถูกจำกัดเอาไว้ด้วยระบบบัตรต่าง ๆ และสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่จ่ายเงินค่ารักษาโรคต่าง ๆ ตามชื่อโรคที่วินิจฉัย แต่ไม่ได้จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง ๆ ที่ใช้ไปในคนไข้แต่ละคน นำไปสู่สถานะขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วประเทศ และเมื่อโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายก็จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น และเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการเลือดและเอกซเรย์ก็ยิ่งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น วงเวียนเป็นวัฏจักร แม้จะมีการรณรงค์หาเงินบริจาคช่วยโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ แต่ก็ไม่เพียงพอต่อความต้องการ และจะเป็นปัญหาไม่รู้จบในเรื่องค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขของประเทศ ไม่นับเรื่องสื่อและสังคมเองก็จับตาการทำงานของโรงพยาบาล และนำเสนอแต่ด้านลบ สนับสนุนให้มีการฟ้องร้อง เรียกร้องให้มีการรับผิดชอบ ชดเชยค่าเสียหายต่าง ๆ นานา ส่งผลให้สุขภาพจิตของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ถดถอย ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และโรงพยาบาลเลวร้ายลง มันถึงเวลาแล้วที่ทุกฝ่ายจะหันกลับมามองต้นตอของปัญหานี้อย่างจริงจัง ไม่ใช่ปล่อยให้ปัญหานี้สะสมไปเรื่อย ๆ

มีคำกล่าวว่า *การรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกันโรคตั้งแต่เริ่มแรก* การสาธารณสุข ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง จึงควรเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเอง พึ่งพาตัวเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ เพราะโรคเรื้อรังอาจจะหายได้ด้วยการเปลี่ยนแนวทางการใช้ชีวิต ไม่ใช่รับยาเดิม ๆ ไปทุกเดือนอย่างไม่รู้จบ และยังรับยา ยิ่งมาตรวจ โรคที่เป็นก็ยิ่งเพิ่มขึ้น จากแค่โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน ก็อาจจะมีโรคหลอดเลือดต่าง ๆ ตามมา ทั้งโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตวาย เป็นต้น ประชาชนควรได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางการดูแลสุขภาพของตัวเอง เข้าใจถึงสิทธิขอบเขตของตัวเอง เพื่อไม่เป็นการเบียดเบียนทั้งตัวเองและผู้อื่น มีเหตุผลในการใช้ชีวิต ไม่ใช่การรับยาเดิมทุกเดือน แล้วกลับบ้านไปพร้อมยาถุงใหญ่ ดังนั้นการปลูกจิตสำนึกให้กับผู้คน ให้เริ่มพึ่งพาตัวเอง รักษาสุขภาพของตัวเอง ย่อมเป็นการแก้ปัญหาในระยะยาว ไม่ใช่สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งพาแต่โรงพยาบาล จนมีสภาพคนไข้ล้นโรงพยาบาลอย่างปัจจุบัน

ประเทศไทยควรยกเลิกนโยบายรักษาฟรีทุกโรค เพราะการรักษาฟรี ทำให้ประชาชนไม่มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตัวเอง เพราะทุกอย่างที่ได้มาง่าย ย่อมไม่มีค่า

ประชาชนควรมีส่วนร่วมจ่ายในโรคที่เกิดจากการละเลยสุขภาพของตัวเอง และบัตรต่าง ๆ รัฐบาลควรจ่ายในราคาที่แตกต่างกัน เพราะวัยแต่ละวัย ย่อมมีโรคที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยเด็กและผู้สูงวัย เป็นวัยที่มีความเจ็บป่วยบ่อย ค่าหัวเหมาจ่ายต่อคนต่อปี ควรสูงกว่าวัยทำงาน ที่ไม่ค่อยเจ็บป่วย และบางส่วนก็มีบัตรประกันสังคม รวมถึงปรับเกณฑ์การจ่ายสำหรับผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลให้เป็นไปตามค่าใช้จ่ายจริง เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้จากการบริการ

เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการบริการ สนับสนุนให้ประชาชนที่ต้องการบริการที่เกินสิทธิซื้อประกันสุขภาพของเอกชนเอง และควรปลูกจิตสำนึกของประชาชนให้เข้าใจในกฎธรรมชาติของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และไม่เห็นช่องทางหารายได้จากความเจ็บป่วยและความตาย เพื่อให้สังคมพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกัน เป็นสังคมธรรมาภิบาล ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และพอเพียงในการดำรงชีวิตโดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น

วารสารกระบี่เวชสาร

ISSN 2539-6897

เจ้าของ โรงพยาบาลกระบี่

ที่ปรึกษา

นายอภิชัย ลิมานนท์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

คณะกรรมการอำนวยการ

นายสุพจน์ ภูเก้าล้วน

นายเฉลิมพล โอสธพรมมา

นายธีรศักดิ์ อุดมศรี

นายจิระศักดิ์ เพชรประสิทธิ์

นางประภาพรพรณ สิริวิเวช

นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว

นายสุรศักดิ์ ชัยนการ

นางสาวจารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์

นางสาวม่องพรพรณ ถนอมศรีมงคล

นายสัญญา สุระ

นางสุธาสินี ธีระพร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิฯ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ

นางศุภมาส พันธุ์ชัย

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

นางสาวม่องพรพรณ ถนอมศรีมงคล

นายประวิตร แยมพงษ์

นายไพสิฐ บุญยะทวี

นายสัญญา สุระ

นางมณฑิรา พรศาลนฤติ

นายคเชนทร์ บุญรอด

นายศิริวิทย์ อัสวดีวงศ์

นายวิฑิต พรสินศิริรักษ์

นางสาวสมฤดี รินดุสิต

นางกาญจนา แก้วชัย

นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว

นางสาวมัทธมา เวชกุล

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายแพทย์ชำนาญการ

นายแพทย์ชำนาญการ

ทันตแพทย์ชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

นางจิตสุภา กังแฮ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสุธาสินี ธีระพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวกานต์นันท์ เพียสุพรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

คณะกรรมการจัดทำวารสาร

นางสุธาสินี ธีระพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายคเชนทร์ บุญรอด	ทันตแพทย์ชำนาญการ
นายศิริวิทย์ อัสวพัฒน์	เภสัชกรชำนาญการ
นายวิฑิต พรสินศิริรักษ์	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาวสมฤดี ริมดุสิต	เภสัชกรชำนาญการ
นางกาญจนา แก้วชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางมัทธมา เวชกุล	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางจิตสุภา กังแฮ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางปรารภย์ ตัวไธ	เจ้าพนักงานสถิติชำนาญงาน
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสุจิตรา แก้วทะโร	เจ้าพนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์
นางฤติชา หมวดทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
นายอนันต์ เครือยศ	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
นายณรงค์พจน์ พลเดช	ช่างภาพการแพทย์ปฏิบัติการ
นางสาวกานต์นันท์ เพียสุพรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวอรพรรณ เดชสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวศิริสุข วรรณศรี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกในเดือน ตุลาคม - มีนาคม และ เมษายน - กันยายน

(เนื้อหาและความถูกต้องของงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของเจ้าของบทความ กองบรรณาธิการไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งสิ้น)

สำนักงาน

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่ เลขที่ 325 ถ.อุตรกิจ ต.ปากน้ำ
อ.เมือง จ.กระบี่ 81000 โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1043, 1057