

WWW.BAMRAS.ORG

สถาบันบำราศนราดูร

126 ม.4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000



วารสาร สถาบันบำราศนราดูร

Journal of Bamrasnaradura infectious diseases institute

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2552

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Vol.3 No.2 May - August 2009

ISBN 1685-9300



1. ศึกษาประสิทธิภาพของทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2550
2. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้
3. การติดตามผลผู้ป่วยโรคที่ส่งต่อจากคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูร
4. ผลของการพัฒนาที่วัดครึ่งสายน้ำเกลือต่อการเกิด Phlebitis และการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ
5. โครงการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันบำราศนราดูรยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้
"บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง"

ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ

ปฏิบัติงาน วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน
วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม
สิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่
ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความ
วิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบ
ด้วย บทคัดย่อ บทนำความรู้ หรือข้อมูล
เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือ
วิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้าง
ทันสมัย

บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็น
เท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ
ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และ
เป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15
บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ
(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง
บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์

วิธีการศึกษา

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยกล่าวถึง
แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล
วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้
เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการ
วิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมา
ประยุกต์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอ
หลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ
พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ
หรือวิเคราะห์

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไป
ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด
และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนิน
งานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้
ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำ
ผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้
ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถ
ปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้อง
ของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้
ระบบ Vancouver 1997

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม
และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษา
อังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่
คำย่อ) พร้อมทั้งอักษรถ้อยท้ายชื่อและ
สถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่
เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อ
ประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้อง
เขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถาต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ).ชื่อเรื่อง
วารสาร ปี ค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (volume) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก
แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of
Heterosexual patners, children and household
contracts of Adults with AIDS.JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม
ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วิสุทธิ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช,
อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา
คลินิกจากกวางดางขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์
589 วารสารโรคติดต่อ 2527;10: 101-2

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง(สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ.
เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K.Tuberculosis case-finding and chemo-
therapy.Geneva: Wold Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน.ชื่อเรื่อง.ใน; (ชื่อบรรณาธิการ),
บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ.การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย.ใน:
ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญภาค, ตระหนักจิต ทัศนวิสุทธิ,
บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตรอน.พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: รวมทรงสน; 2533. น.115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง
การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ
แวนคูเวอร์ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4
(ตุลาคม -ธันวาคม 2541) หน้า 465-472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น
diskette ถึง ห้องสมุดสถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์
จ.นนทบุรี 11000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและ
ส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับ
เอกสารพร้อมรูปชื่อ File และระบบที่ใช้ MS Word

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วย
หมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพ
สไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้
การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้
ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจน
เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด
ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้	
ที่ปรึกษา	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	
บรรณาธิการ	นายแพทย์สุทัศน์	โชติชนะพันธ์
คณะบรรณาธิการ	นางสาวสุนันทา	บุรภัทรวงศ์
	นายแพทย์บุญชัย	โควาดิสัยบุรณะ
	นายแพทย์อรุณ	เหลื่องนิยมกุล
ผู้จัดการ	นายแพทย์วิวัฒน์	มโนสุทธิ
	นายบุญช่วย	เอี่ยมโมคลาม
	นางศิริรัตน์	ลิگانนท์สกุล
	นางวราภรณ์	เทียนทอง
	นางสาวอัญชนา	ถาวรวัน
	นายบุญช่วย	เอี่ยมโมคลาม
ฝ่ายจัดการ	นางสาวอวยพร	นพเมือง
	นางสาวศิริพร	หาญธีรเดช
	นางสาววิรัตน์	จันทร์ศรีธรรม
สำนักงาน	งานฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร 126 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-3652 โทรสาร 0-2590-3600	
กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โทร. 0-2223-3351	

BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE JOURNAL

Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Advisors: Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Assistant Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Editor: Dr. Suthat Chottanapund

Editorial Board: Ms. Sunantha Burapatarawong
Dr. Boonchai KowadisaiBurana
Dr. Aroon Lueangniyomkul

Dr. Weerawat Manosuthi
Mr. Boonchuay Eampokalap
Ms. Sirirat Likanonsakul
Ms. Varaporn Thientong
Ms. Unchana Thawornwan

Manager: Mr. Boonchuay Eampokalap

Management Department: Ms. Uayporn Nopmuang
Ms. Siriporn Hanthiradej
Ms. Raweenon Chansritham

Editor Office: Training Center, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
126 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000,
Tel. 0-2590-3652 Fax 0-2590-3600

Publication: Three issues per year:

Printed at Religious Printing Press Tel. 0-2223-3351

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2552 Vol. 3 No. 2 May - August 2009

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ศึกษาระบาดวิทยาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษ เป็นผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2550 สิริกาญจน์ พิมพ์ลิขิต, สิริพร ขาตะปัทมะ, จลอง ชิงดวง, สมถวิล อัมพรอารีกุล, ทองดี ยนจอหอ	47
การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ สมถวิล อัมพรอารีกุล, รศ. ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี, รศ. ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธุ์วรสกุล, นายแพทย์พีเชฐ ปัญญ์ติ	62
การติดตามผลผู้ป่วยวัณโรคที่ส่งต่อจากคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูร ชุติมา พรหมศรี	76
ผลของการพัฒนาที่รัดตรงสายน้ำเกลือต่อการเกิด Phlebitis และการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ พรรณี ฤทธิสำเร็จ, วราภรณ์ เทียนทอง, ประอรศิริ น้อยตั้ง, กาญจนา โกกิลานันท์, นิมนวล ห่งหอม	84
โครงการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กัณติมา วงษ์บุญมี, สนิท อิ่มน้อย	91



สารจากบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2/2552 ช่วงนี้มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แต่ทางกองบรรณาธิการยังคงได้รับบทนิพนธ์อย่างต่อเนื่อง แม้ทุกท่านจะมีการงานเพิ่มมากขึ้น จากปริมาณคนไข้ที่มารับบริการตรวจเพิ่มขึ้นถึงอย่างนั้นก็ตามเนื้อหาในวารสารเล่มนี้ก็ยังคงเข้มข้นเช่นเดิม และในเร็วนี้เราจะมีการเพิ่มบทความเกี่ยวกับงาน CQI ซึ่งเป็นผลงานภายในสถาบันบำราศนราดูรที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นงานวิจัยจาก Routine to Researches ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนางานด้านอื่นๆต่อไปโปรดติดตามในวารสารฉบับต่อไปนะคะ

สุทัศน์ โชตนะพันธ์

Epidemiology study of clinical feathered in dengue hospitalized patients, Bamrasnaradura institute year 2007

Sirikan Pimollikit B.Ed¹, Siriporn Jatapadma Ph.D¹, Chalong Chingdoun¹

Somtavil Ampornareekul B.N.S², Tongdee Yonchoho B.N.S²

1 Epidemiological Information Center

2 Nursing Section Medical Ward

Abstract

Dengue/ Dengue hemorrhagic fever has been one of the most important diseases in public health. This research was evaluated to study about epidemic clinical feathers of DF and DHF hospitalized patients. It is the descriptive analysis and collected the data from DF and DHF patient reported/medical record program of hospital admission in 2008 (1 October 2007 to 30 September 2008). We found that 287 patients were diagnostic to dengue cases upon the guideline of the method in diagnosis and treatment about DF and DHF and it has no fatal case report.

The result shown that found 54.7% in male and 45.30% in female dengue cases. These cases have children under 15years old 55.75% and have the highest rate in child 10-14 years old (32.75%). Adults 44.25% have the highest dengue case in 15-24 years old. All of cases, we found that the student in secondary school are the most affect by dengue (34.15%) , high school children have 21.60%. We can conclude that dengue can widespread to many people especially the school children group, so it is important to provide information and health education about dengue prevention methods for them

Clinical features and laboratory results in the first hospitalized of the dengue patients showed that the dengue cases have a symptom before hospitalized approximately 3.99 days and have general symptoms (82.58%) and include haemorrhage

(17.42%) including epistaxis (30.00%), petechia (20.00%), tooth with blood (12.00%), vomit with blood (8.00%), stool with blood (4.00%), epistaxis and vomit with blood (2.00%), epistaxis and petechia (2.00%), as well as menstruation in female patients (10.31%). Laboratory result of children patients shown that leukocytes count average 3,495.5 cells/mm³, haemoglobin concentration average 39.95%, platelets count average 130,356.25 cells/mm³. Adult patients have leukocytes count average 3,901.57 cells/mm³, haemoglobin concentration average 42.83%, platelets count average 84094.49 cells/mm³.

Children patients have maximum haemoglobin concentration average 40.86% and minimum platelets count average 70,543.75 cells/mm³. Adult patients have maximum haemoglobin concentration average 44.00% and minimum platelets count average 52,825.24 cells/mm³. Diagnostic conclusion separated from symptom found that it has DHF child patients more than adult equally 1 time, DF adult patients more than children equally 3 times and DSS child patient more than adult 3 times. We can conclude that the child patients have reinfection of dengue and admission in hospital for treatment approximately 4.77 days, for adult approximately 4.12 days

ศึกษาระบาดวิทยาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2550

สิริกาญจน์ พิมพ์ลิขิต ศษ.บ.¹, สิริพร ชำตะปัทมะ ปร.ด.¹, ฉลอง ชิงดวง ปร.บ. (สาธารณสุข)¹
สมถวิล อัมพรอารีกุล พย.บ.², ทองดี ยนจอหอ พย.บ.²

1 งานศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา

2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออก ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่มารับบริการจากสถาบันบำราศนราดูร เป็นการ
ศึกษาแบบเชิงพรรณนาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานผู้ป่วย/แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2550 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 - 30 กันยายน
2550) ทั้งหมด 287 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกตามคู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรค
ไข้เลือดออกเดงกี ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.70 เพศหญิง ร้อยละ 45.30 เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15
ปี (55.75%) พบมากในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 32.75 ผู้ใหญ่ (44.25%) พบมากในกลุ่มอายุ
15 - 24 ปี ร้อยละ 25.43 กลุ่มอาชีพพบเป็นนักเรียนชั้นประถมมากที่สุด 34.15% รองลงมาเป็น
นักเรียนชั้นมัธยม 21.60% จะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกแพร่ระบาดกระจายไปในกลุ่มเด็กนักเรียน
ชั้นประถม และมัธยมมากที่สุด ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรค ควรเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ
ในเรื่องโรคไข้เลือดออกในกลุ่มดังกล่าว เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยมารับบริการ
ในช่วง เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม มากที่สุด เป็นเด็กร้อยละ 28.92 ผู้ใหญ่อ้อยละ 15.33

ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการป่วยก่อนมาเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.99 วัน มาด้วยอาการทั่วไปร้อยละ 82.58 และมีอาการเลือดออก
ร่วมด้วยร้อยละ 17.42 พบเลือดกำเดาออก 30.00% มี Pethechia 20.00% เลือดออกตามไรฟัน
12.00% อาเจียนเป็นเลือด 8.00% ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด 4.00% เลือดกำเดาออกและมี Pethechia

2.00% เลือดกำเดาออกและอาเจียนเป็นเลือด 2.00 % และพบผู้ป่วยหญิงมีประจำเดือนร่วมด้วย ร้อยละ 10.31 (คิดจากจำนวนผู้หญิงทั้งหมด 97 คน) เป็นเด็กมากผู้ใหญ่เกือบ 2 เท่า

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในกลุ่มเด็ก พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาวโดยเฉลี่ย 3,495.5 เซลล์/ลบ.มม ความเข้มข้นเลือดโดยเฉลี่ย 39.95% จำนวนเกร็ดเลือดโดยเฉลี่ย 130,356.25 เซลล์/ลบ.มม ผู้ใหญ่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวโดยเฉลี่ย 3,901.57 เซลล์/ลบ.มม ความเข้มข้นเลือดโดยเฉลี่ย 42.83% จำนวนเกร็ดเลือดโดยเฉลี่ย 84,094.49 เซลล์/ลบ.มม ตลอดระยะเวลาการรักษาพบว่าผู้ป่วยเด็กมีความเข้มข้นเลือดสูงสุดโดยเฉลี่ย 40.86% จำนวนเกร็ดเลือดต่ำสุดโดยเฉลี่ย 70,543.75 เซลล์/ลบ.มม ผู้ใหญ่มีความเข้มข้นเลือดสูงสุดโดยเฉลี่ย 44.00% และจำนวนเกร็ดเลือดต่ำสุดโดยเฉลี่ย 52,825.24 เซลล์/ลบ.มม การสรุปวินิจฉัยโรคเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายแยกตามกลุ่มอาการพบว่าเด็กเป็น Dengue Hemorrhagic Fever มากกว่าผู้ใหญ่เกือบ 1 เท่า ส่วนผู้ใหญ่เป็น Dengue Fever มากกว่าเด็กเกือบ 3 เท่า และ เด็กเป็น Dengue Shock Syndrome มากกว่าผู้ใหญ่ 3 เท่า แสดงว่าเด็กมีการติดเชื้อไวรัส Dengue มากกว่า 1 ครั้ง ผู้ป่วยเด็กใช้เวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย นอนโรงพยาบาล คนละ 4.77 วัน ผู้ใหญ่ใช้เวลาในการรักษา โดยเฉลี่ยคนละ 4.12 วัน

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านการแพทย์ของประเทศไทย สร้างความสูญเสียมากมาย พบอัตราป่วยสูงมากในปี 2544 และ 2545 โดยปี 2544 มีอัตราป่วย 224.43 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.18 ปี 2545 มีอัตราป่วย 184.88 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.15 ถึงแม้ว่าอัตราป่วยตายจะลดลง แต่เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคยังสูงอยู่ ในแต่ละปียังมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้จำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ทางไกล ซึ่งอาจขาดแพทย์ และพยาบาล หรือปัจจัยสำคัญอื่นๆ ในปี 2545 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมีอายุมากกว่า 15 ปี นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์ เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีโอกาสที่จะเกิดภาวะช็อก (Dengue shock syndrome DSS) จากการสูญเสียพลาสมาอย่างกะทันหัน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค ปี 2550 พบมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั่วประเทศจำนวน 43,987 ราย เสียชีวิต 51 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.12 โรคไข้เลือดออกพบมากในเด็กอายุ 10 - 14 ปี มากที่สุด และมีแนวโน้มพบในอายุมากกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วยทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทยมาตลอด ตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน จึงมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากระจายไปตามสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน สถาบันบำราศนราดูรเป็นหน่วยงานสังกัดกรม

ควบคุมโรค มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ ซึ่งมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเข้ามาใช้บริการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ดังนั้นการศึกษารังนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา อาการแสดงและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย และด้านการป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา อาการแสดงและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานโรค/แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกและรับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูรปีงบประมาณ 2550 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 - 30 กันยายน 2550) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย

เกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์รับตัวไว้ให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี, ผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15

ปี ขึ้นไป

3. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ WHO โดยแบ่งออกเป็น

1. Dengue Fever (DF) มีอาการไข้ ร่วมกับมีผลการทดสอบ tourniquet test ให้ผลบวกและจำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 cell/mm³

2. Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) มีไข้สูงลอยประมาณ 2-7 วัน มีอาการเลือดออก มีตับโต มีเกล็ดเลือดต่ำ ส่วนใหญ่เท่ากับหรือน้อยกว่า 100,000 cell/mm³ มี Hct สูงขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 20 % จาก baseline เดิม

3. Dengue Shock Syndrome (DSS) มีชีพจรเบาเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความดันโลหิตโดยตรวจพบมี pulse pressure แคบ < 20 มม.ปรอท มือ/เท้าเย็น กระสับกระส่าย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ประเภทผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2550 จำนวน 287 คน เป็นเพศชาย 157 คน (54.70%) เพศหญิง 130 คน (45.30%) อยู่ในช่วงอายุ 1 - 82 ปี เป็นผู้ป่วยเด็ก 160 คน (57.75%) อายุเฉลี่ย 10.05 ปี ผู้ใหญ่ 127 คน (44.25%) อายุเฉลี่ย 26.66 ปี พบมากในกลุ่มอายุ 10 -14 ปี จำนวน 94 คน (32.75%) รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 15 -24 ปี จำนวน 73 คน (25.43%) และอยู่ในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี จำนวน 57 คน (19.86%) พบในกลุ่มเด็กนักเรียน / นักศึกษามากที่สุด 188 คน (65.50%) รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง 46 คน (16.03%) ส่วนใหญ่อยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี 219 คน (76.31%) รองลงมาเป็นอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพฯ 59 คน (20.56%) มาจากพื้นที่อื่นๆ 9 คน (3.13%) ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มอายุและเพศ ปีงบประมาณ 2550

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
0 - 4	6 (2.09)	3(1.04)	9(3.13)
5 - 9	27 (9.41)	30(10.45%)	57(19.86%)
10 - 14	59 (20.56%)	35(12.19%)	94(32.75%)
15 - 24	42(14.63%)	31(10.80%)	73(25.43%)
25 - 34	14(4.88%)	14(4.88%)	28(9.76%)
35 - 44	5(1.74%)	10(3.48%)	15(5.23%)
45 - 54	2(0.70%)	5(1.74%)	7(2.44%)
55 ปีขึ้นไป	2(0.70%)	2(0.70%)	4(1.39%)
รวม	157(54.70%)	130(45.30%)	287(100.00%)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 1 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 17.44 ปี

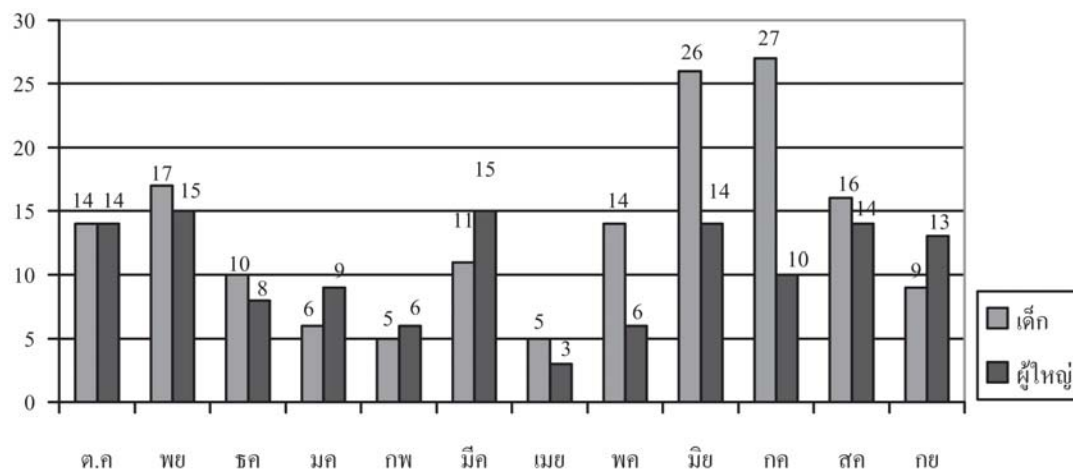
ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มอาชีพ และเพศ ปีงบประมาณ 2550

กลุ่มอาชีพ	ชาย จำนวน (%)	หญิง จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
เด็กต่ำกว่าวัยเรียน	13(4.53%)	9(3.12%)	22 (7.66%)
นักเรียนประถม	52(18.12%)	46(16.03%)	98 (34.15%)
นักเรียนมัธยม	34(11.85%)	28(9.76%)	62 (21.60%)
นักศึกษา	10(3.48%)	8(2.79%)	18 (6.27%)
รับจ้าง	29(10.10%)	17(5.92%)	46 (16.03%)
ข้าราชการ	6(2.09%)	9(3.12%)	15 (5.23%)
งานบ้าน	2(0.70%)	5(1.74%)	7 (2.44%)
ค้าขาย	6(2.09%)	7(2.44%)	13 (4.53%)
ว่างงาน	5(1.74%)	1(0.35%)	6 (2.09%)
รวม	157(54.70%)	130(45.30%)	287 (100.00%)

ข้อมูลทางด้านการระบาดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เข้ามารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยใน มากที่สุดในช่วงฤดูการระบาดตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม จำนวน 127 คน (44.25%) เป็นเด็กร้อยละ 28.92 และผู้ใหญ่ร้อยละ 15.33 ระยะก่อนการระบาดของโรค

ตั้งแต่เดือนกันยายน - ธันวาคม จำนวน 100 คน (34.84%) เป็นเด็ก ร้อยละ 13.93 ผู้ใหญ่อ้อยละ 20.91 และระยะโรคสงบ ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน จำนวน 60 คน (20.91%) เป็นเด็กร้อยละ 9.41 และผู้ใหญ่ ร้อยละ 11.50 ดังรูปแผนภูมิ



ข้อมูลลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำนวน 287 คน พบว่าเด็กและผู้ใหญ่มีอาการป่วยก่อนเข้ารับการรักษา 4 - 6 วัน มากที่สุด เป็นเด็ก ร้อยละ 51.25 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 59.06 รองลงมาป่วย 1- 3 วัน เป็นเด็ก ร้อยละ 45.00 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 36.22 เด็กใช้เวลาป่วยเฉลี่ย 3.84 วัน ผู้ใหญ่

ใช้เวลาป่วยเฉลี่ย 4.16 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทั่วไปไม่มีเลือดออก เป็นเด็กร้อยละ 83.75 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 81.10 ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออก เป็นเด็ก ร้อยละ 16.25 ผู้ใหญ่ร้อยละ 18.90 เด็กมีเลือดกำเดาออกมากกว่าผู้ใหญ่ถึง 3 เท่า มีประจำเดือนจำนวน 10 คน (10.31)* คิดจากจำนวนผู้หญิงทั้งหมด 97 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเมื่อแรกรับ ปีงบประมาณ 2550

ประวัติการเจ็บป่วยและกลุ่มอาการของโรค	เด็ก จำนวน(%)	ผู้ใหญ่ จำนวน (%)	ยอดรวม จำนวน (%)
1. จำนวนวันที่ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา	160 (55.75)	127 (44.25)	287 (100.00)
1 - 3 วัน	72 (25.09)	46 (16.03)	118 (41.11)
4 - 6 วัน	82 (28.57)	75 (26.13)	157 (54.70)
7 - 9 วัน	5 (1.74)	6 (2.09)	11(3.83)
10 วันขึ้นไป	1(0.35)	0	1(0.35)
จำนวนวันป่วยโดยเฉลี่ย (วัน)	3.84	4.16	3.99
2. ผู้ป่วยแยกตามกลุ่มอาการของโรค	160 (100.00)	127 (100.00)	287(100.00)
กลุ่มอาการทั่วไป	134 (83.75)	103 (81.10)	237(82.58)
กลุ่มมีอาการเลือดออก	26 (16.25)	24 (18.90)	50(17.42)
3. ผู้ป่วยกลุ่มมีอาการเลือดออก	26 (100.00)	24 (100.00)	50 (100.00)
เลือดกำเดาออก	13 (46.15)	3(12.50)	16(32.00)
มี Petechia	3 (11.54)	7(29.17)	10 (20.00)
เลือดออกตามไรฟัน	2 (7.69)	5(20.83)	7 (14.00)
อาเจียนเป็นเลือด	2 (7.69)	2(8.33)	4 (8.00)
ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด	1 (3.85)	1(4.17)	2 (4.00)
เลือดกำเดาออก + Petechia	0	1(4.17)	1 (2.00)
เลือดกำเดาออก + อาเจียนเป็นเลือด	1(3.85)	0	1 (2.00)
มีประจำเดือน *	5 (14.28)*	5 (8.06)*	10 (10.31)*

หมายเหตุ : * คิดร้อยละจากเด็กผู้หญิงทั้งหมด 35 คน และผู้ใหญ่คิดร้อยละจากผู้หญิงทั้งหมด 62 คน

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบเมื่อแรกรับ

พบว่าผลการตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) ของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่มีค่าระหว่าง 2,001 - 3,000 เซลล์/ลบ.มม. มากที่สุด เด็กพบจำนวน 54 คน (33.75%) ผู้ใหญ่พบจำนวน 36 คน (28.35%) รองลงมาอยู่ระหว่าง 3,001 - 4,000 เซลล์/ลบ.มม. เป็นเด็ก จำนวน 37 คน (23.12%) ผู้ใหญ่ จำนวน 24 คน (18.90%) ผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเกิน 5,000 เซลล์/ลบ.มม. พบในเด็กจำนวน 24 คน (15.00%) ผู้ใหญ่ จำนวน 27 คน

(21.26%) ผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือด (HCT) มีค่าอยู่ระหว่าง 40 - 44 % มากที่สุด เป็นเด็กและผู้ใหญ่เกือบเท่ากันคือ เด็กร้อยละ 41.25 ผู้ใหญ่ร้อยละ 40.16 ผู้ป่วยมีจำนวนเกร็ดเลือดไม่เกิน 100,000 เซลล์/ลบ.มม. พบมากที่สุดมีค่าระหว่าง 70,001 - 100,000 เซลล์/ลบ.มม. เป็นเด็ก 31 คน (19.37%) ผู้ใหญ่จำนวน 37 คน (29.13%) ส่วนที่มีเกร็ดเลือดเกิน 100,000 เซลล์/ลบ.มม. พบมากในเด็กร้อยละ 65 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 29.92 ผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือดน้อยกว่า 10,000 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 2 คน (1.57%) ไม่พบในเด็ก ดังตารางที่ 4 , 5 , 6

ตารางที่ 4 ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยไขข้ออักเสบเมื่อแรกรับ ปีงบประมาณ 2550

จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) เมื่อแรกรับ	เด็ก จำนวน(%)	ผู้ใหญ่ จำนวน(%)	ร้อยละ จำนวน(%)
1001 - 2,000 เซลล์/ลบ.มม	22 (13.75)	18 (14.17)	40 (13.94)
2,001 - 3,000 เซลล์/ลบ.มม	54 (33.75)	36 (28.35)	90 (31.36)
3,001 - 4,000 เซลล์/ลบ.มม	37(23.12)	24 (18.90)	61(21.25)
4,001 - 5,000 เซลล์/ลบ.มม	23 (14.37)	22 (17.32)	45 (15.68)
>5,000 เซลล์/ลบ.มม	24 (15.00)	27(21.26)	51 (17.77)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กพบจำนวนเม็ดเลือดขาวเมื่อแรกรับต่ำสุด 1,100 เซลล์/ลบ.มม สูงสุด 10,600 เซลล์/ลบ.มม โดยเฉลี่ย 3,495.50 เซลล์/ลบ.มม
 ผู้ใหญ่พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเมื่อแรกรับต่ำสุด 1,000 เซลล์/ลบ.มม สูงสุด 11,600 เซลล์/ลบ.มม โดยเฉลี่ย 3,901.57 เซลล์/ลบ.มม

ตารางที่ 5 ผลการตรวจความเข้มข้นเลือดของผู้ป่วยในโรคไขเลือดออกเมื่อแรกรับ ปีงบประมาณ 2550

ความเข้มข้นเลือด (HCT) เมื่อแรกรับ	เด็ก จำนวน(%)	ผู้ใหญ่ จำนวน(%)	ยอดรวม จำนวน(%)
25 - 29	3 (1.87)	0	3 (1.05)
30 - 34	11 (6.87)	6 (4.72)	17(5.92)
35 - 39	60 (37.50)	26 (20.47)	86 (29.96)
40 - 44	66 (41.25)	51 (40.16)	117(40.77)
45 - 49	19 (11.87)	30 (23.62)	49 (17.07)
50 ขึ้นไป	1 (0.62)	14 (11.02)	15 (5.23)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กมีความเข้มข้นของเลือดต่ำสุดเท่ากับ 30% ค่าสูงสุดเท่ากับ 57% โดยเฉลี่ย 39.95
 ผู้ใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดต่ำสุดเท่ากับ 27% ค่าสูงสุดเท่ากับ 50% โดยเฉลี่ย 42.71

ตารางที่ 6 ผลการตรวจจำนวนเกร็ดเลือดของผู้ป่วยในโรคไขเลือดออกเมื่อแรกรับ ปีงบประมาณ 2550

จำนวนเกร็ดเลือด (PLT) เมื่อแรกรับ	เด็ก จำนวน(%)	ผู้ใหญ่ จำนวน(%)	ร้อยละ จำนวน(%)
< 10,000 เซลล์/ลบ.มม	0	2 (1.57)	2 (0.69)
10,001 - 40,000 เซลล์/ลบ.มม	10 (6.25)	25 (19.68)	35 (12.19)
40,001 - 70,000 เซลล์/ลบ.มม	15 (9.37)	25 (19.68)	40 (13.94)
70,001 - 100,000 เซลล์/ลบ.มม	31 (19.37)	37 (29.13)	68 (23.69)
>100,000 เซลล์/ลบ.มม	104 (65.00)	38 (29.92)	142 (49.48)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนเกร็ดเลือดต่ำสุด 11,000 เซลล์/ลบ.มม สูงสุดเท่ากับ 310,000 เซลล์/ลบ.มม
 จำนวนเกร็ดเลือดโดยเฉลี่ย 130,356.25 เซลล์/ลบ.มม
 ผู้ใหญ่มีจำนวนเกร็ดเลือดต่ำสุด 6,000 เซลล์/ลบ.มม สูงสุด 268,000 เซลล์/ลบ.มม
 จำนวนเกร็ดเลือดโดยเฉลี่ย 84094.49 เซลล์/ลบ.มม

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตลอดระยะการรักษา

สรุปผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยจำหน่าย พบว่า ผลการตรวจความเข้มข้นเลือด (HCT) มีค่าระหว่าง 40 - 44% มากที่สุด เป็นเด็ก ร้อยละ 46.88 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 40.16 ผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นจากการตรวจเมื่อแรกรับร้อยละ 20 มีจำนวน 43 คน (19.98%)

ผู้ป่วยมีจำนวนเกร็ดเลือดน้อยกว่า 10,000 เซลล์/ลบ.มม จำนวน 3 คน (2.36%) ไม่พบในเด็ก ส่วนผู้ป่วยที่มีจำนวนเกร็ดเลือดไม่เกิน 100,000 เซลล์/ลบ.มม พบมากในช่วงระหว่าง 70,001 - 100,000 เซลล์/ลบ.มม เป็นเด็ก ร้อยละ 41.87 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 13.39 ผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือดเกิน 100,000 เซลล์/ลบ.มม พบในเด็กและผู้ใหญ่มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ เด็กร้อยละ 9.37 ผู้ใหญ่ ร้อยละ 10.24 ดังตารางที่ 7, 8

ตารางที่ 7 ผลการตรวจความเข้มข้นเลือดสูงสุดของผู้ป่วยในโรคไข้เลือดออกในช่วงการรักษา ปีงบประมาณ 2550

ความเข้มข้นเลือด (HCT) สูงสุด	เด็ก จำนวน (%)	ผู้ใหญ่ จำนวน (%)	ยอดรวม จำนวน (%)
25 - 29	1(0.62)	0	1(0.35)
30 - 34	9 (5.62)	3 (2.36)	12 (4.18)
35 - 39	46 (28.75)	18 (14.17)	54 (18.81)
40 - 44	75 (46.88)	51(40.16)	126 (43.90)
45 - 49	27 (16.87)	31 (24.44)	58 (20.21)
50 ขึ้นไป	2 (1.25)	24 (18.90)	26 (9.06)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กมีความเข้มข้นของเลือดสูงสุดในช่วงการรักษาเท่ากับ 50% โดยเฉลี่ย 40.86%
ผู้ใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดขาวสูงสุดในช่วงการรักษาเท่ากับ 61% โดยเฉลี่ย 44%

ตารางที่ 8 ผลการตรวจจำนวนเกร็ดเลือดต่ำสุดในช่วงการรักษาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
ปีงบประมาณ 2550

จำนวนเกร็ดเลือด (PLT) ต่ำสุด	เด็ก จำนวน (%)	ผู้ใหญ่ จำนวน (%)	ยอดรวม จำนวน (%)
< 10,000 เซลล์/ลบ.มม	0	3 (2.36)	3 (2.36)
10,001 - 40,000 เซลล์/ลบ.มม	29 (18.12)	59 (46.46)	88 (30.66)
40,001 - 70,000 เซลล์/ลบ.มม	49 (30.62)	35 (27.56)	84 (29.27)
70,001 - 100,000 เซลล์/ลบ.มม	67 (41.87)	17 (13.39)	84 (29.27)
>100,000 เซลล์/ลบ.มม	15 (9.37)	13 (10.24)	28 (9.76)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กมีเกร็ดเลือดต่ำสุดในช่วงการรักษา 10,000 เซลล์/ลบ.มม โดยเฉลี่ย 70,543.75 เซลล์/ลบ.มม
ผู้ใหญ่ผลเกร็ดเลือดต่ำสุดในช่วงการรักษา 6,000 เซลล์/ลบ.มม โดยเฉลี่ย 52,825.24 เซลล์/ลบ.มม

**ข้อมูลด้านการสรุปวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออก**

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแยกตามการวินิจฉัยโรค
แบ่งตามกลุ่มอาการ พบ Dengue Hemorrhagic
Fever มากที่สุด เป็นเด็ก จำนวน 130 คน (81.25%)
ผู้ใหญ่ จำนวน 70 คน (55.12%) รองลงมาเป็น
Dengue Fever พบผู้ใหญ่เป็นมากกว่าเด็ก 2.75
เท่า ส่วน Dengue Shock Syndrome พบในเด็ก
(2.50%) มากกว่าผู้ใหญ่ (0.79%) ประมาณ 3 เท่า
สรุปผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกลุ่มอาการ Dengue
Fever เด็กใช้เวลาในการรักษา 4 - 6 วัน มากที่สุด

ร้อยละ 11.25 ส่วนผู้ใหญ่ใช้เวลาในการรักษา 1 - 3
วัน มากที่สุด ร้อยละ 22.05 กลุ่มอาการ Dengue
Hemorrhagic Fever เด็กและผู้ใหญ่ใช้เวลาใน
การรักษา 4 - 6 วัน มากที่สุด เป็นเด็กร้อยละ 53.12
ผู้ใหญ่ร้อยละ 25.98 และกลุ่มอาการ Dengue
Shock Syndrome (53.12%) ผู้ป่วยเด็กใช้เวลา
ในการรักษา 4 - 6 วัน และ 7 - 9 วัน เท่ากันร้อยละ
1.25 ส่วนผู้ใหญ่ใช้เวลาในการรักษา 1 - 3 วัน
ร้อยละ 0.79 ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย
4.48 วัน ดังตารางที่ 9 , 10

ตารางที่ 9 ผู้ป่วยในโรคไข้เลือดออก แยกตามกลุ่มอาการที่ได้รับการวินิจฉัย ปีงบประมาณ 2550

กลุ่มอาการของโรค	เด็ก	ผู้ใหญ่	ยอดรวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
DF	26 (16.25)	56 (44.09)	82 (28.57)
DHF	130 (81.25)	70 (55.12)	200 (69.69)
DSS	4 (2.50)	1(0.79)	5 (1.74)
รวม	160 (100.00)	127 (100.00)	287 (100.00)

ตารางที่ 10 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแยกตามกลุ่มอาการและวันนอนในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2550

ประเภทกลุ่มอาการ	DF	DHF	DSS	ยอดรวม
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เด็ก	26 (16.25)	130 (81.25)	4 (2.50)	160 (100.00)
1 - 3 วัน	4 (2.50)	28 (17.50)	0	32 (20.00)
4 - 6 วัน	18 (11.25)	85 (53.12)	2 (1.25)	105 (65.62)
7 - 9 วัน	4 (2.50)	16 (10.00)	2 (1.25)	22 (13.75)
10 วันขึ้นไป	0	1 (0.62)	0	1 (0.62)
วันนอนเฉลี่ย	4.73	4.73	6.25	4.77
ผู้ใหญ่	56 (44.09)	70 (55.12)	1 (0.79)	127(100.00)
1 - 3 วัน	28 (22.05)	27 (21.26)	1 (0.79)	56 (11.09)
4 - 6 วัน	25 (19.69)	33 (25.98)	0	58 (45.67)
7 - 9 วัน	2 (1.57)	8 (6.30)	0	10 (7.87)
10 วันขึ้นไป	1 (0.79)	2 (1.57)	0	3 (2.36)
วันนอนเฉลี่ย	3.78	4.40	3	4.12

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่มารับบริการจากสถาบันบำราศนราดูร ประเภทผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2550 ทั้งหมด 287 คน พบว่า เป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (55.75%) และผู้ใหญ่ (44.25%) มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งต่างจากในสมัยอดีตที่พบโรคไข้เลือดออกเป็นเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เท่านั้น โรคไข้เลือดออกได้แพร่ระบาดไปในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมและมัธยมมากที่สุด ซึ่งการป้องกันควบคุมโรคหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขควรเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคแก่กลุ่มนักเรียนในสถานศึกษาต่างๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก จนไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข อาการแรกของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคล้ายไข้หวัด และมีอาการเลือดออกรวมด้วย ร้อยละ 17.42 พบมีเลือดกำเดาออกมากที่สุด ร้อยละ 5.23 เป็นในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกรับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการตรวจเลือด คือ จำนวนเม็ดเลือดขาว ค่าความเข้มข้นเลือด และจำนวนเกร็ดเลือด มีความเด่นชัดในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีอาการไม่รุนแรง พบว่าในเด็กจะเป็น Dengue Hemorrhagic Fever มากกว่าผู้ใหญ่ เกือบประมาณ 1 เท่า ผู้ใหญ่จะเป็น Dengue Fever มากกว่าเด็กเกือบ 3 เท่า ผู้ป่วยเด็กเป็น Dengue Shock Syndrome มากกว่าผู้ใหญ่ 3 เท่า ผู้ป่วยใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โดยเฉลี่ยคนละ 4.48 วัน มีผู้ป่วยที่ใช้เวลานานนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 10 วัน มีเพียงร้อยละ 1.39 เนื่องจากมาด้วยอาการไม่ชัดเจน คือ มีไข้อย่างเดียว ซึ่งการรักษาจึงใช้เวลานานกว่าผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน ดังนั้นแพทย์หรือพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรเอาใจใส่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนกลุ่มนี้ด้วย เพื่อจะได้ให้การรักษาได้ถูกต้องและทันเวลา ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในสถานบริการสาธารณสุขไม่ควรมองข้ามผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อการรายงานโรคจะได้มีความครอบคลุมครบถ้วน ทำให้การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและขอเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าโรคไข้เลือดออกมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ช่วงที่มีการระบาดมากจะพบในช่วงเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคควรรีบดำเนินการก่อนถึงช่วงฤดูการระบาด โดยทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสถานศึกษาต่างๆ ควรเน้นกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการรณรงค์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ครอบครัว และชุมชน โดยการทำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยวิธีทางกายภาพ และชีวภาพ ซึ่งเป็นวิธีการควบคุมที่ดีที่สุด เพราะเป็นการตัดวงจรชีวิตของยุงลายที่เป็นตัวพาหะนำโรค ไม่ต้องสิ้นเปลืองเงิน

งบประมาณไม่ทำลายระบบนิเวศวิทยา ถ้าประชาชนทุกคนให้ความร่วมมือจะเป็นวิธีการที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืนถาวรและมีประสิทธิภาพตลอดไป

2. อาการทางคลินิก ผู้ป่วยเมื่อแรกรับส่วนใหญ่มีอาการคล้ายไข้หวัด จะมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลหลังจากที่ป่วยมาแล้วโดยเฉลี่ย 3.99 วัน ผลการตรวจเลือดยังไม่ชัดเจน คือ จำนวนเม็ดเลือดขาวเกิน 5,000 เซลล์/ลบ.มม ร้อยละ 16.38 และจำนวนเกร็ดเลือดเกิน 100,000 เซลล์/ลบ.มม ร้อยละ 49.48 ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกรวมด้วย คือ มีเลือดกำเดาออก จะพบในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ และผู้ป่วยที่มีจำนวนเกร็ดเลือดต่ำกว่า 10,000 เซลล์/ลบ.มม พบร้อยละ 0.70 ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ ถ้าได้รับอุบัติเหตุ ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการคล้ายไข้หวัด และกลุ่มที่มีอาการเลือดออกอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มอาการของโรคพบเป็น Dengue Hemorrhagic Fever มากที่สุด ร้อยละ 69.69 เป็นเด็กมากกว่าผู้ใหญ่เกือบ 1 เท่า แสดงว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อมาแล้ว 1 ครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาการของโรค การดูแลเบื้องต้นและการป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และช่วยลดปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร นายแพทย์ปรีชา ตันธนาธิป, แพทย์หญิง

นภา จิระคุณ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านแผนงานสถาบันบำราศนราดูร แพทย์ เจ้าหน้าที่ แผนกอายุรกรรม และแผนกกุมารเวชกรรม และคุณอินทิรา ทันทวิพัฒนานนท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยในอายุรกรรม และกุมารเวชกรรมทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นอย่างดี จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา นิมนานนิตย. โรคไข้เลือดออก สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542 .
2. ชิชฌู พันธุ์เจริญ, วันลา กุลวิจิต, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร และอุษา ทิสยากร. ชมรมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย - สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย 2546.
3. โรคไข้เลือดออก สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
4. รายงานโรคเร่งด่วนสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปีฉบับที่ 37 เดือนกันยายน 2550 ข้อมูลณ วันที่ 1 มกราคม - 15 กันยายน 2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .
5. ศศิธร จันทรทิณ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม อาการทางคลินิกและการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก เด็กที่ซื้อที่โรงพยาบาลพุ่มพวง ขอนแก่น เวชสาร ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2550

The Development of Care Management Model for Pediatric AIDS patients in Bamrasnaradura Institute Based on Knowledge Management

Somtavil Ampornareekul, Dr. Boontip Siritarungsri, Dr. Supim Sripanvoraskul,
Pichet Banyante, MD

ABSTRACT

The purposes of this research and development were: (1) to develop a care management model for pediatric AIDS patients based on knowledge management and (2) to evaluate this model in the context of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI).

Subjects in this research consisted of 51 persons and they were divided into 3 groups: 15 health care staff from multidisciplinary fields, 20 relatives or care givers, and 16 HIV children cases. Two research tools were used: (1) *Talking Issues* for knowledge sharing in each subject group and (2) the evaluation suitable form of the knowledge management model for caring for pediatric AIDS patients. Both were checked for content validity by five experts and their validity range from 0.80 to 1.00. Qualitative data was collected by dialogue and storytelling techniques, and they were analyzed by content analysis.

The research results were as follows. (1) The self-care management model for pediatric AIDS patients was developed and comprised 9 components. *First*, all persons who were care givers both health care staff and relatives needed to Co-operate with each other. *Second*, treatment and care protocol must be at a standardized level by doctors and nurses. *Third*, patients must take their medication correctly and continuously. *Fourth*, suitable health teaching materials must be provided for both children and focus group discussion. *Fifth*, these patients needed to be well-prepared in terms of health promotion both in body and mind before their blood test results

were disclosure and before entering teenager period. *Sixth*, social support and welfare including protection of patient rights must be provided. *Seventh*, networks must be developed for caring for HIV children and connecting them to organizations so continued treatment and care could be provided for HIV patients. *Eighth*, family should give love to and had a good relationship with the patient. Care givers should attend to and recognize these patients as human beings while caring for them. Evaluation and problem-solving must be done continuously. *Ninth*, the goal of model was the quality of life of pediatric AIDS patients. (2) The new model was suitable and can be used for management of pediatric AIDS patients in the context of BIDI. The reliability of the model was 0.93.

In order to maximize the quality of life for pediatric AIDS patients, all concerned should participate in developing the management model by using and sharing their knowledge, skills, and experiences which comprise their tacit knowledge.

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของการจัดการความรู้

สมถวิล อัมพรอารีกุล, รศ. ดร.บุญทิพย์ สิริธวัชศรี, รศ. ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธุ์วรสกุล,
นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้การจัดการความรู้ (2) ประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวนทั้งหมด 51 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 15 คน ผู้ดูแล 20 คน และผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ (1) ประเด็นสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกลุ่มแต่ละกลุ่ม และ (2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณความตรงตามเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.80-1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มใช้เทคนิค การเล่าเรื่องและสุนทรียสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ คือ 1.1 ทีมผู้ดูแลทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วย 1.2 มาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล 1.3 การรับประสานอย่างต่อเนื่อง 1.4 การให้ความรู้ด้วยสื่อที่เหมาะสมกับเด็กและการทำกลุ่มสนทนาในผู้ดูแล 1.5 การสร้างเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจ เตรียมความพร้อมก่อนเปิดเผยผลเลือดและเข้าสู่ยารุ่น 1.6 การช่วยเหลือด้านสังคมสวัสดิการและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1.7 การพัฒนาเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยเด็กให้เชื่อมโยงกับสถาบันเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง 1.8 ให้ความรักความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเอาใจใส่และดูแลแบบหัวใจมนุษย์ของผู้ดูแลทั้งหมด การประเมินผล แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 1.9 เป้าหมายของรูปแบบคือคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก (2) การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเหมาะสม

ต่อการนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ตามบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ในระดับความเชื่อมั่น 0.93 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคลนำมาแลกเปลี่ยนเป็นความรู้ที่เปิดเผยและพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคปัจจุบันประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้เข้าสู่กระแสใหม่ของการเปลี่ยนแปลง ที่ใช้ความรู้และนวัตกรรมใหม่เป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาองค์กร การจัดการความรู้เป็นแนวทางหนึ่ง ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้วิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อเรียนรู้การปฏิบัติงานนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) หรือสร้างนวัตกรรมใหม่การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ ที่นำความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อองค์กรโดยผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยนและใช้ความรู้เป็น เครื่องมืออย่างหนึ่งเพื่อการบรรลุเป้าหมายของงาน เป้าหมายคน เป้าหมายการพัฒนาองค์กรเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้มีแนวคิดและ วิธีการอยู่มากมายหลายวิธีขึ้นอยู่กับองค์กรจะ เลือกใช้วิธีการใดให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดการความรู้ของโนนาเกและ อิคุจิโรทาคิวชิเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เนื่องจากวงจร "SECI" (Socialization, Externalization, Combination, Internalization)² ได้รับการยอมรับจากองค์กร ต่างๆ กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge Conversion) ระหว่างความรู้ที่ฝังลึก (Tacit Knowledge) ไปสู่ความรู้ที่เปิดเผย (Explicit Knowledge) ทำให้เกิดความรู้ใหม่ขึ้นซึ่งจะหมุนเวียน ไปเรื่อยๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยโนนาเกและทาคิวชิ อธิบายว่า เริ่มจาก Socialization คือ การจัดให้คน มาปฏิสัมพันธ์ (Socialite) กันในรูปแบบต่างๆ และ

มีการสนทนา (dialogue) แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (tacit knowledge to tacit knowledge) และตามมา ด้วย Externalization เป็นกระบวนการที่เปลี่ยน ความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย (tacit knowledge to explicit knowledge) โดยเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียน เป็นการเปลี่ยน ความรู้ในคนออกมาเป็นความรู้ในกระดาษหรือความรู้ ที่เข้ารหัส (codified knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่ายโดยผ่านเครื่องมือ สื่อสารต่างๆ ทั้งด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศอื่นๆ Combination เป็นกระบวนการรวบรวมความรู้ที่ เปิดเผยเข้าด้วยกัน (explicit knowledge to explicit knowledge) ได้เป็นความรู้ที่เปิดเผยที่ ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกิดเป็นความรู้ใหม่ (new knowledge) ที่สามารถนำไปเผยแพร่ในรูปของการประชุมอบรม ได้เป็นทางการ (formal education) หรือจัด หมวดหมู่ของความรู้ให้ชัดเจนเก็บเป็นคลังความรู้ เผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ กระบวน การสุดท้าย Internalization เป็นการจารึกความรู้ ที่เปิดเผยหรือความรู้ที่ได้รับเข้าเป็นความรู้ที่ฝังลึก ในตัวบุคคล (explicit knowledge to tacit knowledge) ความรู้ดังกล่าวจะถูกถ่ายทอดไปยัง กระบวนการทำงานในองค์กรซึ่งมีความสัมพันธ์ ใกล้ชิดกับการทำงานในองค์กรที่มีลักษณะของการ เรียนรู้ที่เกิดจากการทำงาน (learning by doing) เป็นการทำงานในลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่นี้ จะเป็นข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการ

จัดการความรู้และยกระดับเกลียวความรู้ (knowledge spiral) ขึ้นไปอีกทำให้วงจร "SECI" ดำเนินต่อไปอย่างไม่มีสิ้นสุด การจัดการความรู้แนวคิดนี้เป็นการจัดการความรู้ในผู้บริหารระดับกลางและปฏิบัติระดับกลางซึ่งจะเป็นกำลังหลักในการเชื่อมโยงให้เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลังและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และผู้บริหารระดับกลางจะเป็นผู้เชื่อมโยงกับผู้บริหารระดับสูงเพื่อจัดระบบการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

บุคลากรในสถาบันบำราศนราดูรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการวางแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นแนวทางการดูแลในภาพรวมและใช้งานอย่างเป็นระบบการจัดการความรู้จึงเป็นวิธีทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรของสถาบันนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากรและองค์กร แสดงออกมาเป็นความรู้ที่เปิดเผยในรูปของแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและพัฒนาบุคลากร อันนำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้พร้อมกับเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแล การนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการนำความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขไปให้บริการประชาชน อย่างถูกต้องปลอดภัยมีคุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพ การใช้ความรู้เพื่อทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง การนำความรู้ทางสุขภาพมาใช้ถ่ายทอดสู่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพจนสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้³ การจัดการความรู้จึงเป็นแนวทางการบริหารจัดการที่กำลัง

ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด เป็นตัวช่วยทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ ปรับปรุงคุณภาพคน คุณภาพบริการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่โดยเฉพาะบุคลากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มของอายุเมื่อเริ่มป่วยครั้งแรกสูงขึ้น⁴ การใช้ยาต้านไวรัสทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ปริมาณไวรัสลดลงการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงมีอายุยืนยาวขึ้น จึงส่งผลให้เสียชีวิตเมื่ออายุมากขึ้น⁵ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องมีความรู้แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ดีมีคุณภาพ แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เหมาะสมทั้งในฐานะผู้ดูแลรักษา ผู้ดูแลที่บ้านตัวผู้ป่วยเองในเรื่องการดูแลสุขภาพจึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีปัญหาทั้งสังคมและเศรษฐกิจน้อยลง การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ดำเนินการได้หลายวิธี ในบริบทของสถาบันบำราศนราดูรที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์มายาวนาน จึงพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ นำผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ในแต่ละหน่วยงานเป็นสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนารูปแบบเพื่อใช้เป็นตัวอย่งการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ตามพันธกิจของสถาบัน

จากสภาพปัญหาของเอดส์และด้วยความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย

เด็กโรคเอดส์ดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าทีมเด็กป่วยจึงมีความประสงค์นำแนวทางการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิชิมานำร่องในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และจัดการความรู้ของแผนกกุมารเวชสถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นตัวอย่างในการจัดการความรู้ให้หน่วยงานต่างๆ อื่นๆ การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่เหมาะสมต่อเนื่องเชื่อมโยงครบวงจรทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพปฏิบัติได้จริง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและกระบวนการจัดการความรู้ที่ดำเนินการให้ทุกฝ่าย โดยเฉพาะบุคลากรมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโนนากะและทาคิชิ
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถาบันบำราศนราดูร

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ได้รับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการของแผนกกุมารเวช สถาบันบำราศนราดูร ในระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2550 แบ่งออกเป็น 2 ชุด กลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยตามกระบวนการ "SECI Model" (SECI-knowledge conversion process model) ประกอบด้วยกลุ่ม

ตัวอย่าง 3 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ให้บริการสถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลให้คำปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเป็นตัวแทนของแต่ละงาน

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ดูแลในศูนย์สงเคราะห์ต่างๆ จำนวน 20 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เลือกผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีสุขภาพดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย

3. กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ จำนวน 16 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเลือกผู้ป่วยเด็กที่มีสุขภาพดีสามารถสนทนากลุ่มได้ที่มาใช้บริการที่สถาบันบำราศนราดูร ณ. ช่วงเวลานั้น

ชุดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในช่วงการวิจัยประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ไปใช้ จำนวน 14 คน และผู้มีความรู้ทางวิชาการการพยาบาลเด็กนอกสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 1 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม "SECI model" ของโนนากะและทาคิชิ 2) การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบเครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัย มี 2 ฉบับ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเองโดยการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบครอบคลุมต่อเนื่องครบวงจร 6 และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางการประเมินแนวปฏิบัติของ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE Collaboration 2001) โดยครอบคลุม 6 มิติ 15 ข้อคำถามการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกระทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ทั้งสองชนิด

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ตาม "SECI model"

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการทำงาน (Planning) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการเป็น Facilitator ในการสนทนา เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกการสนทนาขอ อนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการวางแผนการเลือกกลุ่มตัวอย่างและ

กำหนดนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนารูปแบบจากการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ตามแนวคิดของ โนนกะและ ทาคิชิ ใน 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอน Socialization เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยน (Sharing) ความรู้ซึ่งกันและกันโดยผู้วิจัยจะเป็นตัวเชื่อมในการสนทนาทำหน้าที่เป็น Facilitator อำนวยความสะดวกแลกเปลี่ยนความรู้และเก็บข้อมูลในการสนทนาทั้งหมด โดยดำเนินการ 1) กำหนดหัวข้อเรื่องของการสนทนา Knowledge vision 2) ถามความคาดหวังของผู้เข้ากลุ่ม คือทำ BAR (Before Action Review) 3) สร้างบรรยากาศเป็นกัลยาณมิตร ผ่อนคลาย เปิดใจในการสนทนากลุ่มสัมพันธ์ 4) ชี้แจงทักทาย เงื่อนไขการทำกลุ่ม ข้อตกลงระยะเวลา 5) บอกเงื่อนไขสำคัญของการสนทนา (Dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling) เน้นเรื่องความสำเร็จ พูดตามความจริงของการปฏิบัติหรือการดูแลตามประสบการณ์ พูดอย่างตั้งใจถ้ามีปัญหาหรืออยากรู้ข้อมูลเพิ่มเติมให้ซักถามอย่างชื่นชม และแสดงความซาบซึ้งใจเมื่อได้รับคำตอบ 6) การสนทนา (Dialogue) Facilitator ต้องดึงส่วนลึกๆ ที่เป็น Tacit Knowledge ออกมาจากผู้ร่วมสนทนา ส่วนการเล่าเรื่องผู้เล่าจะเล่าด้วยความภาคภูมิใจ ผู้ฟังต้องฟังอย่างตั้งใจ 7) ทำ After Action Review (AAR) ก่อนจบการสนทนากลุ่ม การสนทนาในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มใช้เวลาการสนทนา 60- 90 นาที โดยในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจำนวนไม่เกิน 8 คน จัดเวที

ความรู้เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะโดยตรงของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) ในกลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพ และเทคนิคการสนทนางroup (dialogue) ในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนาและแบบบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อมูลหลังการสนทนา (dialogue) และการเล่าเรื่อง (Story telling) เก็บประเด็นต่างๆ รวบรวมเป็นหมวดหมู่ทำกิจกรรมดังกล่าวทั้งหมดนี้ซ้ำกันทุกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างละ 3 ครั้ง

ขั้นตอน Externalization นำความรู้และข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตามประเด็นที่ศึกษาในแต่ละครั้งมารวบรวมจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบครอบคลุมและต่อเนื่อง พิจารณา Tacit knowledge และความรู้ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดกลุ่มบันทึกไว้เป็นแต่ละกิจกรรม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์เป็นระยะๆ พร้อมกับนำไปให้กลุ่มสนทนาเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่อิ่มตัวและสมบูรณ์มากที่สุด

ขั้นตอน Combination นำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization สู Externalization) ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันมาผนวกรวมความรู้ที่เปิดเผย (Explicit knowledge to Explicit knowledge) เข้าด้วยกัน พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูรที่สมบูรณ์เกิดเป็นรูปแบบใหม่ คือรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ที่เกิดจากกระบวนการจัดการความรู้ของทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

ขั้นตอน Internalization ในกระบวนการกลุ่มหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มจะได้รับความรู้และทักษะที่ดี อันเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ของเพื่อนที่ร่วมถ่ายทอดสามารถนำไปปฏิบัติเกิดเป็นความรู้ฝังลึกในอีกคนหนึ่ง แต่สำหรับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ต้องผ่านการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนลงสู่การนำไปปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ขั้นตอน Internalization ในทีมงานของแผนกกุมารเวช เพื่อให้เกิดความรู้ประสบการณ์ และปัญญาอยู่ในสมองในเชิง Tacit knowledge

ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่พัฒนาขึ้น โดยส่งรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ตรวจสอบรูปแบบ ดูความถูกต้องและประเมินความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริงในแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่มี 6 มิตินำมาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละมิติและหาค่าความเชื่อมั่นเฉลี่ย = 0.93 นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงให้รูปแบบมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การลงรหัสข้อมูล (coding the data) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (categorizing or grouping text units) การนำเสนอประเด็นสำคัญที่พบ (refining emerging themes)

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

1) การศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ผู้วิจัยประมวลข้อมูลผนวกความรู้ที่ได้จากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นหมวดหมู่ 4) สร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์สถาบันบำราศนราดูร และปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีรูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน 9 องค์ประกอบ คือ 1) ทีมผู้ดูแลร่วมประสานเป็นฐานสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ 2) มาตรฐานการดูแลรักษา ทั้งแพทย์และพยาบาล 3) รับประทานยาต่อเนื่อง 4) ช่วยเรื่องความรู้ 5) ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ 6) ขนบสังคมและสวัสดิการ 7) ประสานพัฒนาเครือข่าย 8) ให้ความรัก ความสัมพันธ์ ใส่ใจดูแล ติดตามแก้ไข 9) สู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก

องค์ประกอบที่ 1 ทีมผู้ดูแลร่วมประสานผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทั้งผู้ให้บริการและใช้บริการทุกคน ต้องร่วมมือช่วยกันประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ โดยมีหลักการสำคัญคือ

- 1) การมีทีมที่เข้มแข็งทำงานร่วมกันได้
- 2) ทีมผู้ดูแลเป็นทีมเดิมไม่เปลี่ยนบ่อย
- 3) เสียสละประสานงานกันตลอดเวลา

4) ปฏิบัติงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบอย่างเต็มที่

องค์ประกอบที่ 2 มาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในทีม จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์อย่างเหมาะสมตามสภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ แพทย์ที่ดูแลเป็นแพทย์เฉพาะทางเด็กและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ แพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้วินิจฉัยและเลือกสูตรยาต้านไวรัส ให้กับเด็กในสูตรยาที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ตามโอกาสสิทธิการรักษาบนพื้นฐานมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์แบบองค์รวมเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

องค์ประกอบที่ 3 รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ทุกคนเมื่อได้รับยาต้านไวรัส ต้องมีการดูแลเพื่อให้เด็กทุกคน รับประทานยาได้ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และรับประทานยาได้ตรงเวลาไม่คลาดเคลื่อนเป็นประจำ การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยให้ไม่เกิดการดื้อยา กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและตรงเวลาส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่บ้านหรือในชุมชนและตัวผู้ป่วยเอง แต่พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือให้ผู้ดูแลในชุมชนสามารถดูแลเด็กให้รับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ทำให้เด็กรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอยู่ 9 กิจกรรม 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส 2) การดูแลตนเองในการรับประทานยา (Self care) 3) การดูแลตนเอง

โดยกลุ่ม (Self Help group) ผู้ที่ติดเชื้อมีด้วยกัน
4) การสร้างวินัยในการรับประทานยาและเข็มงวด
ในการดูแล 5) เทคนิคการรับประทานยาต้านไวรัส
ด้วยวิธีต่างๆ ใช้น้ำหวานผสมยา วิธีรับประทาน
ยาเม็ด 6) เทคนิคการรับประทานยาต้านไวรัสได้
ตรงเวลา การใช้น้ำฟักปลูก ใข้รายการโทรทัศน์เตือน
7) การรับประทานยาเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
8) การตรวจสอบการรับประทานยาต้านไวรัสของ
เด็ก การให้ทานยาต่อหน้า 9) การสร้างแรงจูงใจใน
การอยากรับประทานยา จัดสถานที่ห้องพยาบาล
การให้ทุนการศึกษาเมื่อทานยาดิ

องค์ประกอบที่ 4 ช่วยเรื่องความรู้การให้
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัส การดูแล
สุขภาพ การควบคุมเชื้อไวรัส การป้องกันการแพร่
กระจายเชื้อ การให้ความรู้พิจารณาให้เหมาะกับวัย
ของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ การใช้สื่อต่างๆ สื่อที่เด็ก
สนใจ เช่น ลักษณะสื่อภาพที่เป็นการ์ตูน ภาพสีเป็น
หนังสือหรือภาพพลิกดูแล้วเข้าใจง่าย วิธีการสอน
ต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เล่าเป็นนิทานประกอบ
ภาพการ์ตูน สอนในแบบการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน

การให้ความรู้สำหรับผู้ดูแล การทำกลุ่ม
สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กในกลุ่ม
ผู้ดูแลด้วยกัน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลพอใจและต้องการ
แลกเปลี่ยนประสบการณ์พบปะคุยกันช่วยให้
ผู้ดูแลมีกำลังใจขึ้น

องค์ประกอบที่ 5 ปูทางสร้างเสริมสุขภาพ
การสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์
มีสุขภาพดี เป็นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ตัวอย่างหนึ่ง
การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กต้องอาศัยผู้ดูแล
ผู้ดูแลมีความสำคัญมาก ที่จะช่วยผู้ป่วยเด็กในการ

ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงหรือช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถ
ดูแลตนเองได้ หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเรื่องการ
สร้างเสริมสุขภาพได้แก่ สร้างสุขนิสัยที่ดีให้เด็ก
การดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพ
ร่างกาย ความสะอาด การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย
การออกกำลังกาย การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
การป้องกันโรค ตลอดจนการดูแลด้านอารมณ์
จิตใจให้หาแรงใจตามวัย การเตรียมความพร้อม
ทางด้านจิตใจก่อนบอกผลเลือดและเมื่ออย่างเข้าสู่
วัยรุ่น การเตรียมตัวก่อนบอกผลเลือดเป็นเรื่องสำคัญ
มากในการดูแลเด็กที่เริ่มมีอายุยืนยาว เด็กควรได้รับ
การเตรียมตัวก่อนบอกผลเลือดตั้งแต่อายุน้อยๆ
(9 ปีขึ้นไป) ต้องให้ข้อมูลความรู้ไปที่ละน้อยพร้อม
ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างเด็กตลอดเวลา

องค์ประกอบที่ 6 ขนบสังคมและสวัสดิการ
ผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในสถาบันบำราศนราดูร
ประมาณร้อยละ 60 อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง
ดังนั้นเด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือในด้าน
สวัสดิการและสิทธิที่พึงได้รับควบคู่ไปกับการดูแล
รักษาด้านอื่นๆ เพื่อให้เด็กสามารถอยู่กับครอบครัว
เหล่านี้ได้อย่างมีความสุข เด็กบางรายมีปัญหาด้าน
การศึกษา ผู้ดูแลมีปัญหาทางเศรษฐกิจขาดความรู้
ความเข้าใจเรื่องสิทธิต่างๆ สิ่งเหล่านี้อยู่ในความ
รับผิดชอบของงานสังคมสงเคราะห์ทั้งสิ้น อีกทั้ง
การพิทักษ์สิทธิเรื่องความลับบุคลากรทุกคนต้อง
ระมัดระวังรักษาความลับให้กับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์
ทุกคน งานด้านสังคมและสวัสดิการจัดการดูแล
ในเรื่องการศึกษาเด็กติดเชื้อมีที่เรียน สวัสดิการ
และสิทธิการรักษาการส่งตัวไปรักษาที่ต้นสังกัด
การบริการค่าตรวจบางชนิดค่าพาหนะ ค่าอาหาร

การฝึกอาชีพ สวัสดิการครอบครัวที่อยู่อาศัยในกรณีบิดามารดาเสียชีวิต การดูแลทางด้านจิตใจ

องค์ประกอบที่ 7 ประสานพัฒนาเครือข่ายความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งเกิดจากการส่งต่อในระบบบริการสุขภาพและการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ (Health care provider) กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในชุมชน อันได้แก่ ครอบครัว และศูนย์ NGO ต่างๆ สถานบริการต้องมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เชื่อมโยงให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ต่างๆ เหล่านี้ต้องมีศักยภาพที่เหมาะสมในการดูแลเด็ก สถานบริการสามารถให้การช่วยเหลือศูนย์เพื่อการดูแลเด็กที่มีคุณภาพ

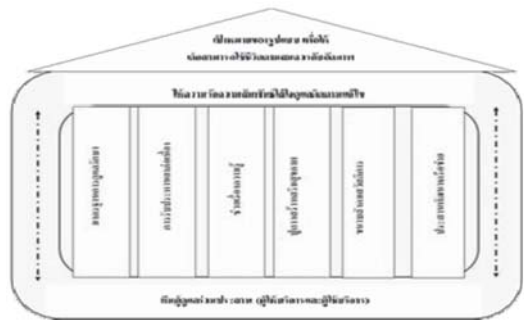
องค์ประกอบที่ 8 ให้ความรักความสัมพันธ์ ใส่ใจดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่จะได้รับการดูแลที่ดีจะต้อง มีฐานความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ดี และผู้ดูแลให้ความรักความใส่ใจต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งผู้ให้บริการต้องมีความใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเด็กให้มีประสิทธิภาพ มีความเสียสละดูแลให้บริการแบบหัวใจมนุษย์

การติดตามแก้ไขและประเมินผล การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละคนจะพบปัญหาที่แตกต่างกันตามสภาพของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ทีมผู้ดูแลต้องใช้กระบวนการงานที่มีคุณภาพ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการไปแล้ว และติดตามแก้ไขปัญหาลงมือดูแลอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 9 เป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก คือ เด็กสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติตามสมควรกับอัตรภาพ ไปโรงเรียนได้เหมือนเด็กปกติ

ทั่วไป การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนครั้งของการป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี /ครั้ง

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์



ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในสถาบันบาราศนราดรุณ ในระดับความเชื่อมั่น 0.93

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบที่ได้จากการศึกษา คือรูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ตามบริบทของสถาบันบาราศนราดรุณ สร้างมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่ได้ปฏิบัติมาแล้วและประสบความสำเร็จในการดูแลตามกระบวนการจัดการความรู้ของโนนาเกและทาคิวชิ ผู้วิจัยพยายามสื่อความหมายออกมาในรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้ชัดเจนเหมาะสมในการนำไปใช้ในทีมสุขภาพจากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ได้ค่าดัชนีคะแนนความเชื่อมั่นในการนำรูปแบบไปใช้ร้อยละ 93 แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติที่ร่วมสร้างรูปแบบและใช้รูปแบบการจัดการดูแล

ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมาก (ค่าคะแนนความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ร้อยละ 70) องค์ประกอบสำคัญที่ กลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าจะทำให้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ทีมผู้ดูแลทั้งหมด ร่วมกับการดูแลด้วยความรัก ความใส่ใจ ด้วยหัวใจ มนุษย์ติดตามแก้ไขปัญหาลงเวลา รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีแนวทางการจัดการระบบการบริการ ดูแลที่คล้ายคลึงกับกรอบการดูแลแบบครอบคลุม และต่อเนื่อง (Comprehensive and continuums) ต่างกันตรงองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้รูปแบบการ จัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ประสบความสำเร็จ ในสถานบันาราศนราดูร คือ ทีมผู้ดูแลทั้งหมดร่วมกับการดูแลด้วยความรัก ความใส่ใจ ด้วยหัวใจมนุษย์ และการติดตามแก้ไขปัญหาลงเวลา รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พบในงานวิจัยต่างประเทศมี รูปแบบการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ต้ององค์ประกอบขึ้นอยู่กั บความเกี่ยวข้องในรูปแบบกับผู้ป่วยเอดส์เช่น งานวิจัย ของ คาเซอเรส และคณะ⁷ ศึกษาารูปแบบของการ ดูแล ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ใช้เครื่องมือในการ เฝ้าระวังผู้ป่วยสำหรับรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามี 3 องค์ประกอบ ที่ใช้ 1) สมุดบันทึกประจำวันที่ใช้เตือนตัวเอง 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) เครื่องมือสื่อสารผู้ป่วยกับ ผู้ดูแล และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีมิติ ทางด้านวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สร้างขึ้น โดย The National Minority AIDS Education and Training Center⁸ (NMAETC) ประเทศ

สหรัฐอเมริกาอันประกอบด้วยบุคคลต่างๆ หลาก หลายวิชาชีพและวัฒนธรรมสร้างรูปแบบอันประกอบ ด้วยคำขึ้นต้นของชื่อเต็ม B E S A F E เป็น กระบวนการทางวัฒนธรรมในการจัดบริการสุขภาพ ดูแลที่บ้าน คือ B = Barriers to care อุปสรรค ในการดูแล E = Ethics จริยธรรม ความเชื่อ S = Sensitivity of the provider ความรู้สึก ของผู้ดูแล A = Assessment การประเมิน ผู้ป่วยในบริบทของวัฒนธรรมผู้ป่วย F = Facts ความจริงทางจิตใจ พฤติกรรม ความแตกต่างทาง ด้านสุขภาพวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย E = Encounters การให้การสนับสนุนประสิทธิภาพ การให้ข่าวสารกับผู้ป่วยเอดส์ในสถานะที่เหมาะสม กับสุขภาพ รูปแบบดังกล่าวเป็นเครื่องมือและ ขั้นตอนในการปฏิบัติงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีประสิทธิภาพ รูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึง มีรูปแบบที่แตกต่างจากรูปแบบที่เคยมีมาเป็นรูปแบบ ที่จัดการดูแลในบริบทของสถาบันาราศนราดูร ที่จัดบริการให้ผู้ใช้บริการของสถาบันเพื่อการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาใน ครั้งนี้เป็นารวิจัยในบริบทของสถาบันาราศนราดูร ดำเนินการวิจัยเพียงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบและ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบยังไม่ผ่านกระบวนการ นำลงไปใช้ ดังนั้นการนำไปประยุกต์ใช้นอกจาก จะมีข้อจำกัดในเรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรม ขององค์กร ตลอดจนสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้ให้บริการแล้วยังต้องพิจารณาปัญหาอุปสรรค

ติดตามประเมินผลปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตลอดเวลา เพื่อให้รูปแบบสมบูรณ์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนำไปใช้จริงและก่อนใช้ควรมีการสื่อสารในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปรับใช้รูปแบบในบริบทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร เน้นความสำคัญในเรื่องของทีมผู้ดูแลและความรัก ความใส่ใจของผู้ดูแล ดังนั้น การดูแลที่จะประสบความสำเร็จต้องขึ้นอยู่กับทีมผู้ดูแลที่เข้มแข็ง ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ควรควักใจความรัก ทีมสหวิชาชีพดูแลแบบหัวใจมนุษย์

3. ประยุกต์กระบวนการจัดการความรู้เพื่อ พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคต่างๆ โดยใช้ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบเพื่อให้ได้กิจกรรมการดูแลที่สามารถ ปฏิบัติได้จริง

บรรณานุกรม

1. วิจารย์ พานิช (2548) *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ สุขภาพใจ
2. Nonaka, Ikujiro (2004) "The Knowledge Creating Company", Harvard Business Review, USA, pp.47-68.
3. บุญทิพย์ สิริธรรังศรีและพิเชษฐ บัญญัติ (2549) "การจัดการความรู้" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการสุขภาพ และการจัดการ* หน่วยที่ 13 หน้า 13-42 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
4. ชีษณุ พันธุ์เจริญ ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ อุษษา ทิสยากร (2545) *โรคเอดส์ในเด็ก* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. Palella, FJ. et. al (2001). Declining morbidity among patients with advanced Human Immunodeficiency virus infection. *HIV Outpatient Study Investigator N. Engl J Med.*: 338 : 853-860
6. พิกุล นันทชัยพันธ์ "การจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ ประเด็นและแนวโน้ม* ทางการบริหารการพยาบาล หน่วยที่ 11 หน้า 29-39 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
7. Caceres, C. Gomez, E. J. and Pozo, F. Del (2001) "A Patient Monitoring Tool for an HIV/AIDS Integral Care Model" *Medicine and Medical Research*. Retrieved on May 7, 2008, from: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102242722.html>
8. Minority Nurse et al. (2008) "A Model Approach to Culturally Competent AIDS Care" *Minority Nurse magazine* Retrieved on March 19, 2008, from :// minoritynurse.com/vitalsigns/feb06-3.html

Monitoring Follow up TB Patients whom be Referred and Transfer out from Respiratory Clinic in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI)

Chutima Promsom

ABSTRACT

This study is a descriptive study. The objective is monitor and follow up TB patients whom be referred and transfer out from respiratory clinic in BIDI. Data source is from TB register book (TB 03) during October 2006 to September 2008.

The study found that most of TB patients whom be referred and transfer out from respiratory clinic in BIDI are male (74.3%), age rang between 30 - 39 years old (47.6%), live in Bangkok and nearly (61.3%) and get HIV infection (87.9%). Most of TB patients are extra pulmonary TB (53.0%) and use CAT1 as their regimen (89.2%).

Health care services which accept referred mostly are community hospital (33.7%), region hospital / general hospital (30.8%) and Bangkok Metropolitan Administration hospital (12.1%).

Treatment outcome results of TB patients whom be referred and transfer out from respiratory clinic in BIDI mostly are died (26.6%), treatment completed (22.2%) and default (20.6%). This treatment outcome results impact in positive toward BIDI's TB treatment outcome, especially in area of success rate and the treatment outcome results also impact in reducing transfer out rate and default rate of TB patient in BIDI.

การติดตามผลผู้ป่วยวัณโรคที่ส่งต่อจากคลินิก โรกระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูร

ชุติมา พรหมศรี

งานสังคมสงเคราะห์ สถาบันบำราศนราดูร

บทคัดย่อ

การศึกษาค้างเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการส่งต่อ (Refer) และโอนออก (Transfer out) จากคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูร โดยเก็บข้อมูลจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB Register Book: TB03) ระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึง เดือนกันยายน 2551

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการส่งต่อและโอนออกจากคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ สถาบันบำราศนราดูรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.3) มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 47.6) ที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 61.3) ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคนอกปอด (ร้อยละ 53.0) และใช้สูตรยาในการรักษาวัณโรคเป็น CAT 1 (ร้อยละ 89.2) รองลงมาคือ other (ร้อยละ 9.5) และในจำนวนนี้ยังพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 87.9

หน่วยบริการที่รับโอนผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 33.7) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 30.8) และ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 12.1)

ส่วนผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่โอนออกส่วนใหญ่คือ เสียชีวิต (ร้อยละ 26.6) รองลงมาคือ รักษาครบ (ร้อยละ 22.2) และ สูญหาย (ร้อยละ 20.6) ซึ่งผลการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถาบันฯ ดีขึ้น โดยเฉพาะอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success rate) รวมทั้งยังส่งผลให้อัตราโอนออก (Transfer out rate) หรืออัตราของผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษาและอัตราสูญหาย (Default) ลดลงด้วยเช่นกัน

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติมี 2 รูปแบบ คือ การส่งต่อ (Refer) และการโอนออก (transfer out) ซึ่งการส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อหลังจากผู้ป่วยวัณโรคเพิ่งได้รับการวินิจฉัยและยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนส่วนการโอนออก หมายถึง การส่งต่อหลังจากขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและให้การรักษาวัณโรคไปแล้ว 1 - 2 เดือน ในการส่งต่อหรือโอนผู้ป่วยจะใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB 09) โดยให้ผู้ป่วยถือใบ TB 09 (สีฟ้า) พร้อมผลการตรวจ (เช่น ผลการตรวจเสมหะ พิสูจน์และผลเอกซเรย์ปอด) และประวัติการรักษาในรายที่ได้รับการรักษาโรคมาระยะหนึ่งแล้วเพื่อได้รับการรักษาต่อได้อย่างถูกต้องตามแนวทางเดียวกันไปติดต่อยังหน่วยบริการที่ได้รับการส่งต่อหรือโอน และเก็บสำเนาใบ TB 09 (สีขาว) ไว้ที่หน่วยบริการที่โอนผู้ป่วยออกเพื่อใช้เป็นเอกสารในการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากรายงานผลการรักษาผู้ป่วย (Treatment outcome) นั้น จะต้องดำเนินการโดยหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคครั้งแรกเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความยุ่งยากในการติดตามผลการรักษา ดังนั้นหน่วยบริการที่ได้รับการส่งต่อจำเป็นต้องแจ้งผลการรักษาผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษากลับไปยังหน่วยบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยมา และ/หรือหน่วยบริการที่ส่งต่อหรือโอนผู้ป่วยจำเป็นต้องติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจากหน่วยบริการที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเปลี่ยนผลการรักษาจากโอนออก (Transfer out) ไปตามสภาพของผลการรักษาที่ได้รับแจ้ง ซึ่งผลการรักษาวัณโรคนั้น สามารถจำแนกได้เป็น 6 ประเภทดังนี้

1. รักษาหายขาด (Cure) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัย ซึ่งเมื่อกินยาสม่ำเสมอจนครบกำหนดมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย

2. รักษาครบ (Treatment completed) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัย และมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา

3. ล้มเหลว (Treatment failure) หมายถึง ผู้ป่วยเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษา และผลเสมหะยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากการรักษาได้ 2 เดือน

4. สูญหาย (Default) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5. ตาย (Died) หมายถึง ผู้ป่วยที่ตายขณะที่ยังคงรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย)

6. โอนออก (Transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

ส่วนตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดที่ใช้ประเมินแผนงานควบคุมวัณโรค คือ อัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success rate) โดยคิดจากอัตราการรักษาหาย (Cure rate) และรักษาครบ (Complete rate) รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

สถาบันบำราศนราดูรได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จนถึงปัจจุบันซึ่งแต่ละปีจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษา

และเพื่อความสะดวกในการรักษาต่อเนื่อง เช่น ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทั้งหมด 774 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคโอนออกทั้งหมด 136 ราย (ร้อยละ 17.57) ส่วนผลการรักษา (Treatment outcome) พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครักษาหายและรักษาครบทั้งหมด 353 ราย (ร้อยละ 45.60) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ สาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ยังไม่มีระบบการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการรักษา (Treatment outcome) ของผู้ป่วยวัณโรคโอนออกกลับมาได้ เนื่องจากการรักษาวัณโรคมีระบบประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโดยการคำนวณจากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาทุกประเภทรวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระบบส่งต่อด้วย ดังนั้น ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคโอนออกจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่ออัตรา ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของหน่วยบริการ

ในปี พ.ศ. 2550 สถาบันปาร์กนาดูร ได้รวมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) จัดทำโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังโรคในสถาบันปาร์กนาดูร (CT3-BI) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการรับและแพร่เชื้อวัณโรคในสถาบันปาร์กนาดูร เพิ่มอัตราความสำเร็จ (Success

Rate) ของการรักษาวัณโรค ลดอัตราการตายและลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ในการนี้งานสังคมสงเคราะห์ สถาบันปาร์กนาดูร ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่โอนออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรคโอนออกได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเพื่อติดตามผลการรักษา (Treatment outcome) ของผู้ป่วยวัณโรคโอนออก ซึ่งการติดตามผลการรักษา นั้น จะใช้ทั้งหนังสือราชการ และการโทรศัพท์ประสานงานไปยังผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของหน่วยบริการที่ได้รับการส่งต่อหรือโอน

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการส่งต่อ (Refer) และ โอนออก (Transfer out) จากคลินิกโรกระบบทางเดินหายใจ สถาบันปาร์กนาดูร

วิธีการเก็บข้อมูล

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติด้วยร้อยละ โดยนำข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคโอนออกมาจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB Register Book: TB03) ระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือนกันยายน 2551

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	จำนวน (N = 315)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	234	74.3
- หญิง	81	25.7
อายุ (X = 36.9 SD = 10.96 min = 17 max = 79)		
- 29 ปีและน้อยกว่า	68	21.6
- 30 - 39 ปี	150	47.6
- 40 - 49 ปี	60	19.0
- 50 - 59 ปี	22	7.0
- 60 ปีและมากกว่า	15	4.8
ที่อยู่ปัจจุบัน		
- กรุงเทพมหานคร	193	61.3
- ภาคกลาง	42	13.3
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	35	11.1
- ภาคเหนือ	30	9.5
- ภาคใต้	9	2.9
- ภาคตะวันออก	6	1.9
ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี		
- positive result	277	87.9
- negative result	23	7.3
- unknown	15	4.8
ประเภทวัณโรค		
- Pulmonary TB	148	47.0
- Extra pulmonary TB	167	53.0
สูตรยาในการรักษาวัณโรค		
- CAT 1 (2HRZE(S) / 4HR)	281	89.2
- CAT 2 (2HRZES / 1HRZE / 5HRE)	2	0.6
- CAT 3 (2HRZE / 4HR)	1	0.3
- CAT 4 (Second line drugs)	1	0.3
- Other	30	9.5

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.3) มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 47.6) ที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (ร้อยละ 61.3) และในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 87.9 นอกจากนี้

ยังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่โอนออกส่วนใหญ่เป็นวัณโรคนอกปอด (ร้อยละ 53.0) และใช้สูตรยาในการรักษาวัณโรคเป็น CAT 1 (ร้อยละ 89.2) รองลงมาคือ other (ร้อยละ 9.5)

ตารางที่ 2 ประเภทของหน่วยบริการที่รับโอน

	จำนวน (N = 315)	ร้อยละ
สถานีนอนมัย	1	0.3
โรงพยาบาลชุมชน	106	33.7
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	97	30.8
โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร	38	12.1
โรงพยาบาลเอกชน	28	8.9
โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	17	5.4
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	14	4.4
โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลตำรวจ	14	4.4
โรงพยาบาลภูมิพล เป็นต้น		

จากตารางพบว่า หน่วยบริการที่รับโอนผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 33.7) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 30.8) และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 12.1) ข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วยอาจเป็นที่อยู่ปัจจุบันไม่ใช่ที่อยู่ตามภูมิลำเนา ดังเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 2 ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.3) อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล

แต่เมื่อพิจารณาหน่วยบริการที่ได้รับโอนกลับพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์) และมีผู้ป่วยวัณโรคเพียงร้อยละ 35.2 ที่โอนออกไปรักษาในหน่วยบริการต่างๆที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลการรักษา (Treatment outcome) ของผู้ป่วยเอดส์นอกจำแนกตามปีงบประมาณ

	ปี 2549 (N =143)	ปี 2550 (N = 107)	ปี 2551 (N = 65)	รวม (N = 315)
เสียชีวิต (Died)	48 (33.5%)	27 (25.2%)	9 (13.8%)	84 (26.6%)
รักษาครบ (completed)	29 (20.3%)	27 (25.3%)	14 (21.6%)	70 (22.2%)
สูญหาย (Default)	40 (27.9%)	22 (20.5%)	3 (4.6%)	65 (20.6%)
รักษาหายขาด (Cure)	18 (12.6%)	4 (3.8%)	-	22 (7.0%)
อยู่ระหว่างการรักษา	8 (5.7%)	27 (25.2%)	39 (60.0%)	74 (23.6%)

จากตารางพบว่า ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เอดส์นอกส่วนใหญ่คือ เสียชีวิต (ร้อยละ 26.6) ซึ่งในการติดตามผลครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการเสียชีวิต แต่อาจเป็นผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี ที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ซึ่งประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าร้อยละ 5 ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมวัณโรคและเอดส์จึงมีการผสมผสานการควบคุมวัณโรคและเอดส์ โดยมีเป้าหมายคือ ลดการป่วยและลดการเสียชีวิตที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วมกัน ส่วนการดำเนินกิจกรรมนั้นจะมี 3 กิจกรรมหลัก คือ

1. การตั้งกลไกประสานความร่วมมือระหว่างแผนงานวัณโรคและเอดส์ คือ มีการจัดตั้งองค์กรประสานความร่วมมือระหว่างแผนงานวัณโรคและเอดส์ มีการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค มีการบูรณาการแผนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและเอดส์ และมีการดำเนินการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและเอดส์

2. ลดปัญหาของวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยไอโซไนอะซิด และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการ

3. ลดปัญหาเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค โดยให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจสังคม

นอกจากนี้ จากตารางยังพบว่า การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเอดส์นอกส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถาบันฯ ดีขึ้น โดยเฉพาะอัตราการสำเร็จในการรักษา (Success rate) ซึ่งคิดจากอัตราการรักษาหาย (Cure rate) และรักษาครบ (Complete rate) รวมกันเพิ่มขึ้น คือ ในปี 2549 เพิ่มจากร้อยละ 40.94 เป็นร้อยละ 48.09 ในปี 2550 จากร้อยละ 43.90 เป็นร้อยละ 49.46 และในปี 2551

จากร้อยละ 27.58 เป็นร้อยละ 31.29 รวมทั้งยังส่งผลให้อัตราโอนออก (Transfer out rate) หรืออัตราของผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษาและอัตราสูญหาย (Default) ลดลงด้วยเช่นกัน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนางานควบคุมวัณโรค หน่วยบริการควรเน้นการจัดระบบการประสานงานและการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโอนออกจนครบกำหนดเพื่อช่วยให้หน่วยบริการมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ได้รับการรักษาเพื่อเปลี่ยนผลการรักษาจากโอนออก (Transfer out) ไปตามสภาพของผลการรักษาที่ได้รับแจ้ง

2. เจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญของการซักถามเกี่ยวกับที่อยู่ของผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานานและผู้ป่วยบางรายเป็นแรงงานอพยพทำให้ยากต่อการติดตาม ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรมีการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นปัจจุบันมากที่สุด

3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคทั้งในด้านการติดตามผลการส่งต่อและการตอบข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการที่ส่งต่อ สามารถใช้วิธีการประสานงานทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ คือใช้ทั้งแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB09) และโทรศัพท์ประสานงานกับหน่วยบริการที่จะโอนผู้ป่วยไปโดยตรง รวมไปถึงโทรศัพท์สอบถามจากผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง ซึ่งในกรณีหลังควรมีการขออนุญาตกับผู้ป่วยก่อน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2551
2. วุฒิพงษ์ ทองนุ้ย และคณะ. ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกต โดยตรงของโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. 2548
3. มงคล ณ สงขลา. องค์การอนามัยโลกยกย่องพระเจ้าอยู่หัวไทยสนับสนุนการค้นหา รักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์: 31 กรกฎาคม 2550
4. Compendium of indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs. WHO, August 2004 (WHO/HTM/TB/2004)
5. The Stop TB Strategy. World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006)
6. แนวทางระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและเอดส์ เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข 2544 ISBN: 974-294-006-1
7. WHO. 2004. Guidelines for HIV Surveillance among Tuberculosis Patients, second edition.

พลของการพัฒนาที่รัดตึงสายน้ำเกลือต่อการเกิด Phlebitis และการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ

พรณี ฤทธิ์สำเร็จ, วราภรณ์ เทียนทอง, ประอรศิริ น้อยตั้ง, กาญจนา โกกิลานันท์, นิมนวล เห่งหอม
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการทบทวนวารสารและรายงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 25.9 - 70¹⁻⁶ ซึ่งเมื่อเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบแล้วจะส่งผลกระทบตามมามากมาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เจ็บปวด ส่งผลระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านความพึงพอใจและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น และอาจทำให้เกิดการฟ้องร้องได้จนในที่สุดทาง โรงพยาบาลต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงขึ้น⁷⁻⁹

การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการคาสายสวนนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 สาเหตุ ที่สำคัญได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial phlebitis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้น้อยที่สุด แต่รุนแรงที่สุด เนื่องจากมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ การติดเชื้อแบคทีเรียมีสาเหตุเนื่องจากการขาดความระมัดระวังในการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ มีการปนเปื้อนเชื้อโรค

ของชุดให้สารน้ำ หรือมีเชื้อโรคจากบริเวณอื่นแพร่เข้าไป รวมทั้งระยะเวลาในการคาเข็มไว้ในหลอดเลือดดำ สาเหตุต่อมาคือ หลอดเลือดดำอักเสบจากปัจจัยทางเคมี (chemical phlebitis) ได้แก่การได้รับยาหรือสารน้ำที่มีความเข้มข้นสูงซึ่งระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำและทำให้เกิดการอักเสบจากการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดดำจากการขยับเขยื้อนของสายสวนหลอดเลือด สาเหตุสุดท้ายคือ หลอดเลือดดำอักเสบจากปัจจัยทางกล (mechanical phlebitis) เนื่องจากการเคลื่อนที่ของปลายเข็มที่แทงไว้ในหลอดเลือดจนทะลุออกนอกหลอดเลือด⁹⁻¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า มีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เช่น เพศหญิงเกิดหลอดเลือดดำอักเสบบ่อยกว่าเพศชาย^{3-4, 12} การวินิจฉัยโรค^{3, 12-14} เป็นต้น

จากบทบาทภารกิจหลักของสถาบันบำราศนราดูร คือจะเป็นผู้นำด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อและเป็นผู้นำด้านวิชาการระดับนานาชาติพบว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ และก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นวิธีการรักษาที่ใช้กันอย่างแพร่

หลาย มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า ร้อยละ 90 ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ¹⁵ ซึ่งวัตถุประสงค์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่ คือเพื่อให้การรักษาเพิ่มหรือทดแทนสารน้ำที่ขาด เพื่อให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดและเป็นที่สำหรับให้ยา ทั้งในรูปของการหยดหรือฉีดเข้าทางสายน้ำเกลือ จากการรักษาดังกล่าวจึงก่อให้เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของสถาบันบำราศนราดูร โดยพบว่า ปี พ.ศ.2549 อัตราการเกิด phlebitis เท่ากับ 1.43% ต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งให้สารน้ำทุก 72 ชั่วโมง เฉลี่ยประมาณ 2 ครั้งต่อคนต่อวัน และเนื่องจากตึก 3/2 เป็นตึกที่มีภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสในการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ จึงทำให้งานโรคติดเชื้อ และบุคลากรในตึก 3/2 ตระหนัก

และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยหาวิธีปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆในการดูแลตำแหน่งของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

จากการสำรวจปัญหาการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบส่วนปลายภายในสถาบันบำราศนราดูรเกิดจากหลายสาเหตุเช่น

1. ผู้ป่วยเป็นเด็ก กลัว และ/หรือ ขาดความระมัดระวังการคาสายสวนหลอดเลือดดำ
2. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ต้องผู้รัด
3. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว มีการดึงสายให้สารน้ำ
4. มีการเลื่อนหลุด เนื่องจากคุณภาพของวัสดุเอง
5. ตำแหน่งของการแทง ไม่เหมาะสม
6. หลุดเองเนื่องจากมีเห็บ
7. อื่นๆ

ตารางที่ 1 แสดงการแทงสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายบ่อยครั้งจากการบันทึกข้อมูลใน 3 เดือนย้อนหลังมีดังนี้

ตัวชี้วัด	พ.ค. 50	มิ.ย. 50	ก.ค. 50
- จำนวนผู้ป่วย	15	20	17
- อัตราเฉลี่ยการเปลี่ยนตำแหน่งของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ครั้ง/คน/วัน)	0.87	1.87	2.27
ร้อยละ	17.4	31.17	22.7
ค่าเฉลี่ย	= 23.76		

แผนการดำเนินงาน

กำหนดให้มีการประชุมกลุ่มดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงาน 3/2 จำนวน 8 คน และพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ จำนวน 2 คน จัดประชุมเดือนละครั้ง

วัตถุประสงค์

- บุคลากรในหน่วยงาน มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับ

การคาสายสวน หลอดเลือดดำส่วนปลายให้ได้ตามมาตรฐานที่กลุ่มกำหนด

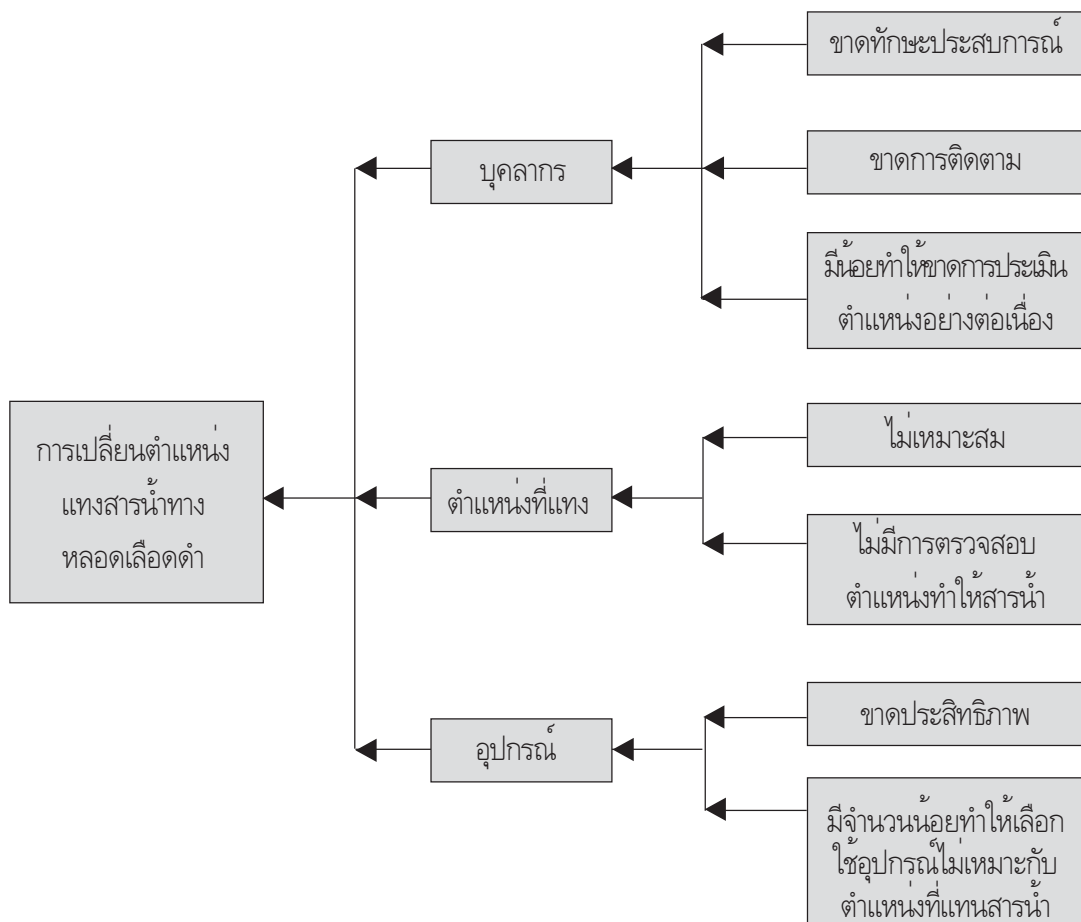
- หน่วยงาน 3/2 มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย

- อัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบน้อยกว่าร้อยละ 0.5

- อัตราการเปลี่ยนตำแหน่งของการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายน้อยกว่า 15%

วัสดุและวิธีการ

แผนผังที่ 1 การวิเคราะห์หาสาเหตุของการเปลี่ยนตำแหน่งทางสายน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายบ่อยครั้ง



แนวทางการแก้ไข จากการประชุมวิเคราะห์ในส่วนของผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพและมีน้อย ดังนี้

อุปกรณ์แบบเก่า



ภาพที่ 1 ใช้ไม่ยึดเป็นแกนใน



ภาพที่ 2 ไม่ยึดภายในห้องด้วยผากอซ
หุ้มด้วยผ้าฝ้าย



ภาพที่ 3 แสดงลักษณะการให้สารน้ำทาง
หลอดเลือดดำส่วนปลาย

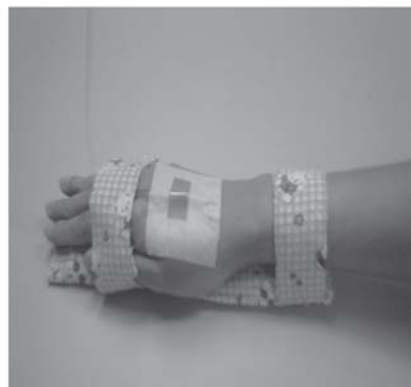
อุปกรณ์แบบใหม่ (New Intervention)



ภาพที่ 4 ใช้ลวดตะลุมิเนียมบุด้วยฟองน้ำ
และผ้าเพื่อปรับความพึงพอใจ



ภาพที่ 5 การใช้ตุ๊กตากลึงเป็นร่องเพื่อ
Fix ตำแหน่งสายน้ำเกลือแต่ละวัน



ภาพที่ 6 แสดงตำแหน่งทำให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. นำข้อมูลจากงานโรคติดเชื้อ เรื่อง "การติดเชื้อเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ" มาตั้งเป็นปัญหาและเกิดแนวคิดในการทำควมเข้าใจระบบใหม่และซักซ้อมระบบใหม่ โดยการใช้อุปกรณ์ในการตรึงตำแหน่งที่คาสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกครั้ง ที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. รวบรวมระบบการรายงานผลทางเปลี่ยนตำแหน่งให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกวัน เป็นเวลา

6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2550-ตุลาคม 2550

3. จัดประชุมทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบ และแก้ไขการปฏิบัติตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกการลงจำนวนครั้งของการเปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยคำนวณค่าเป็นร้อยละ

ผลการทดลอง การเก็บข้อมูลหลังการลง new Intervention ในแต่ละวันใน 3 เดือน มีข้อมูลดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัด	ส.ค. 50	ก.ย. 50	10 ต.ค. 50
- จำนวนผู้ป่วย	22	7	9
- อัตราเฉลี่ยการเปลี่ยนตำแหน่งของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ครั้ง/คน/วัน)	0.33	0.9	0.9
ร้อยละ	4.71	11.25	22.5
ค่าเฉลี่ย	= 12.82		

สรุปผลการทดลอง

เมื่อมีการเปลี่ยนรูปแบบการตรึงบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้ติดแน่นอยู่กับที่ และเกิดความสะดวกสบาย ไม่รัดตึงแน่นเกินไป ทำให้อัตราการเคลื่อนของเข็มที่แทงสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ ยังช่วยในเรื่องของการลดการระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่แทงเข็ม ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบลดลงไปด้วย จากการเก็บข้อมูล พบว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดดำ

ส่วนปลายอักเสบ ในเดือนสิงหาคม 2550 - 10 ตุลาคม 2550 = ร้อยละ 0 และอัตราการเปลี่ยนตำแหน่งของการคาสายส่วนหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลงตามเป้าที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 12.82

การประยุกต์ใช้งาน สามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการรัดตึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการขยับเขยื้อนของสาย เช่น การคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Danchaivijitr, S., Srihapol, N., and Pakaworawuth, S. "Infusion Phlebitis in Medical and Surgical Patients in Siriraj Hospital." <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&...>, 1995.
2. Karadag, A., and Gorgulu, S. "Effect of Two Different Short Peripheral Catheter Materials on Phlebitis Development." <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD...>, 2000.
3. Karadeniz, G., Kutlu, N., Tatlisumak, E., and Ozbakkaloglu, B. "Nurses' Knowledge Regarding patients with Intravenous Catheter and Plebitis Interventions." <http://www.../quey.fcgi?cmd Retrieve&db=PubMed&list uids = 12813411&Adopt=Abstract...>, 2003.
4. Maki, Dennis G., and Ringer, Marilyn "Risk Factors Infusion-related Phlebitis Small Peripheral Venous Catheters. "Annals of Internal Medicine. 114 (May 1991) : 845-853.
5. Russel, W.J. "A prospective Clinical Comparison of Two Intravenous Polyurethane Cannulae." *An aesthesia and Intensive Care*. 25 (February 1997) : 719-725.
6. Tagalakis, Vicky, Kahn, Susan R., Libman, Micheal, and Blostein, Mark. "The Epidemiology of Peripheral Vein Infusion Thrombophlebitis : A Critical Review." *The American Journal of Medicine*. 113 (August 2002) : 146-151.
7. Campbell, L. "I.V.-Related Phlebitis, Complication. And Length of Hospital Stay : 2." *British Journal Nursing*. 22 (10 December 1998-13 January 1999) : 1364-1366.
8. Lerma, Urg., Sara, Cook., Ben, Edwards, Hocking, Felicity, Osmond, and Heather, Buttergieg. "Peripheral Intravenous Cannulation in Nursing : Performance Predictors." <http://www.jornalofinfusionnursing.com/pt/re/jinfusionnurse/abstract.0012...2002>.
9. Macklin, Denise. "Phlebitis" *American Journal of Nursing*. 103 (February 2003) : 55-66.
10. จินตนา เหลืองสุวาลัย. "บทบาทพยาบาลกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ" *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 12 (ตุลาคม-ธันวาคม 2537) : 24-32.
11. Perdue, Maxine B. "Technology and Clinical Application." *In core Curriculum for Intravenous Nursing*, pp. 1-116. Zuccarini, Margaret, ed. United States of America : Lippincott, 2000.

12. Monreal, Manuel. et al. "Infusion Phlebitis in Patients With Acute Pneumonia." *Chest*. 115 (June 1999) : 1576-1580.
13. Hershy, Chreles O., Tomford, J. Walton, McLaren, Christine E., Porter, Dan K., and Cohen, David I. "The Natural History of Intravenous Catheter-Associated Phlebitis." *Arch Intern Med*. 144 (July 1984) : 1373-1375.
14. Tager, Ira B., et al. "An Epidemiologic Study of the Risk Associated with Peripheral Intravenous Catheters." *American Journal of Epidemiology*. 118 (1983) : 839-851 Dibble,
15. Suzanne L., Bostorm-Ezrati, janet, and Rizzuto, Carmella. "Clinical Predictors of Intravenous Site Symptoms." *Research in Nursing & Health*. 14 (1991) : 413-420.

โครงการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

กัณทิมา วงษ์บุญมี, สนิท อิ่มน้อย

Kantima Womgbunmee, B.Sc. Sanit imnoi, B.Sc.

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Bamrasnaradura Infectious Disease Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Abstract

Osteoporosis is a common disease among menopause women. Osteoporosis could lead to serious complications such as hip fracture. This study conducted to show the prevalence of osteoporosis in orthopedic patients in Bamrasnaradura Institute.

บทคัดย่อ

สภาวะกระดูกพรุนเป็นสภาวะที่พบได้บ่อยในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ในปัจจุบันมีการรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดสภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกหักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ การศึกษาชิ้นนี้เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคนี้ในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

บทนำ

หน่วยงานผู้ป่วยนอกคลีนิคกรรมกระดูกและข้อ มีหน้าที่ให้บริการวินิจฉัยรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกระดูกและข้อ เนื่องจากปัจจุบันพบผู้ป่วยมีภาวะกระดูกบางเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้กระดูกหักง่าย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษากระดูกหักมีราคาสูง นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ ทีมงานคลีนิคกรรมกระดูกและข้อ จึงจัดทำโครงการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการรักษาและหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงตลอดจนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

ประเมินอุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุน (Prevalence) ในผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ในหน่วยงานคลีนิคกรรมกระดูกและข้อ ทุกวันศุกร์ในระยะเวลา 4 เดือน

วิธีการดำเนินการ

1. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจเรื่องโรคกระดูกพรุน การใช้เครื่องวัดมวลกระดูก การแปลผล และการให้คำแนะนำ

2. ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเรื่องโรคกระดูกพรุน

- วัดผู้ป่วยมวลวัด (BMD) ความหนาแน่นของมวลกระดูก ทุกวันศุกร์ จำนวนไม่เกิน 20-25 คน/วัน

- พยาบาลแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว

เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน เช่น รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งการมาตามนัดทุกครั้ง / หรือญาติรับยาแทน

- พยาบาลแนะนำเรื่องการรับประทานยา Fosamax และ Actonel ควรรับประทานยา^{นี้} ก่อนอาหารหรือเครื่องดื่มหรืออาหารใด ๆ ในตอนเช้า เป็นเวลาอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง โดยกลืนยาพร้อมน้ำเปล่าเต็มแก้ว 1 แก้ว เครื่องดื่มอื่น ๆ รวมทั้งน้ำแร่ อาหารและยาบางอย่างอาจทำให้การดูดซึมของยาลดลง ไม่ควรเอนตัวลงนอน อย่างน้อย 30 นาที และจนกว่าจะรับประทานอาหารมื้อแรกของวันไปแล้วไม่ควรรับประทานยาขณะนอนอยู่

3. พยาบาลตรวจสอบเรื่องการปฏิบัติตนเองผู้ป่วยและการรับประทานยา Fosamax และ Actonel ก่อนพบแพทย์ทุกครั้ง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารและยา และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. การติดตามผลโดยการทวนสอบกับผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกราย

3. ทราบถึงอุบัติการณ์ โรคกระดูกพรุนในสถาบันนำวดู

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจมวลกระดูกทั้งสิ้น 380 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 50 คน มีอายุระหว่าง 60 ถึง 85 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 330 คน มีอายุระหว่าง 50 ถึง 85 ปี ในจำนวนนี้

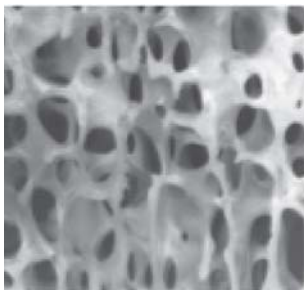
พบว่าผู้ป่วยถึง 72.3% มีสภาวะกระดูกพรุน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พบผู้ป่วย กระดูกปกติ มากกว่า - 1 = 55 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5%
2. กระดูกบาง (Osteopenia) น้อยกว่า -1 ถึงมากกว่า -2 = 50 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2%
3. กระดูกพรุน (Osteoporosis) น้อยกว่า หรือเท่ากับ -2.5 = 130 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2%
4. กระดูกพรุน (Severe Osteoporosis) น้อยกว่าหรือเท่ากับ - 2.5 และมีกระดูกหักร่วมด้วย = 145 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1%

ในการติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสภาวะกระดูกพรุน พบว่า

1. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 359 คน คิดเป็นร้อยละ 94.5%
2. ผู้ป่วยไม่มาตามนัด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5%

สรุป พบว่าสภาวะกระดูกพรุนเป็นสภาวะที่พบได้บ่อย โดยในสถาบันบำบัดผู้ป่วยที่มาตรวจกระดูกด้วยโรคกระดูกอื่นๆ พบว่ามีสภาวะกระดูกพรุนถึง 72.3% การเฝ้าระวังสภาวะดังกล่าว และการให้ยารักษาจะสามารถป้องกันสภาวะแทรกซ้อนจากโรคกระดูกพรุนได้

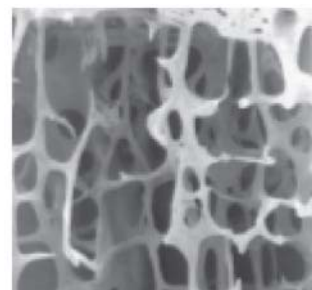


กระดูกปกติ

บททวนวรรณกรรมเรื่องโรคกระดูกพรุน

โรคกระดูกพรุน หมายถึงภาวะที่กระดูกมีความหนาแน่นน้อยกว่าปกติ ทำให้กระดูกบางและเปราะเสี่ยงต่อกระดูกหักง่ายขึ้น ซึ่งมีหลายสาเหตุ เช่น โรคกรรมพันธุ์ เนื่องอกในไขกระดูก ภาวะทางโภชนาการ เช่น ขาดวิตามิน ซีหรือดี ขาดโปรตีน ขาดแคลเซียม อาหารมีฟอสฟอรัสมากเกินไป ความผิดปกติของฮอร์โมนบางชนิด ยาบางชนิดแต่สาเหตุที่เสี่ยงไม่ได้และพบมากขึ้นเมื่อคนมีอายุมากขึ้นคือภาวะกระดูกพรุนในคนสูงอายุ สิ่งที่ได้คือการชะลอให้ภาวะนี้เกิดขึ้นช้าๆ ซึ่งเมื่อคนเราอายุ 35 ปีขึ้นไป การเสื่อมสลายของกระดูกจะมีมากขึ้นในเพศหญิง เมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือนจะหยุดสร้างฮอรโมนเอสโตรเจนส่วนเทสโทสเตอโรน ฮอรโมนเพศชายนั้นจะยังมีอยู่นานกว่า ทำให้เพศหญิงเป็นโรคกระดูกพรุนในวัยผู้สูงอายุมากกว่าเพศชาย

ภาวะกระดูกพรุน เป็นภาวะผิดปกติของระบบโครงสร้างซึ่งทำให้ความแข็งแรงของกระดูกเสียไป ส่งผลให้คนๆนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักสูงขึ้น



กระดูกพรุน

คำจำกัดความของโรคกระดูกพรุนโดยอาศัยผลการตรวจ BMD (ความหนาแน่นกระดูก) ตาม WHO (องค์การอนามัยโลก)

ภาวะ	ค่าความหนาแน่นกระดูก - BMD T-Score (SD)
กระดูกปกติ	มากกว่า -1
กระดูกบาง (Osteopenia)	น้อยกว่า -1 ถึง มากกว่า -2.5
กระดูกพรุน (Osteoporosis)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ -2.5
กระดูกพรุนอย่างรุนแรง (Severe Osteoporosis)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ -2.5 และมีกระดูกหักร่วมด้วย

ปัจจัยเสี่ยง

- เพศหญิง มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าเพศชาย
- เชื้อชาติ ผิวขาว และเอเชีย โอกาสเกิดโรคมากกว่า นิโกร
- ประวัติครอบครัวเคยกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน
- ภาวะขาด (หมด) ประจำเดือนเร็ว / ผ่าตัดรังไข่
- คนรูปร่างผอม, BMI (BODY MASS INDEX) ต่ำ
- คนที่ไม่ชอบออกกำลังกาย
- ได้รับยากลุ่ม สเตียรอยด์, ยากันชัก, ยาต้านมะเร็ง
- รับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในปริมาณมาก, รับประทานเกลือโซเดียมและฟอสเฟตในปริมาณสูง, รับประทานแคลเซียมน้อย
- ชอบดื่มกาแฟ, แอลกอฮอล์
- สูบบุหรี่

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน

- ควรลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับวัยและสุขภาพร่างกาย
- รับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ลดปริมาณอาหารที่มาจากเนื้อสัตว์ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม, ของหมักดอง, รับประทานปลาตัวเล็กๆ หรือปลาป่น (รับประทานตั้งกระดูก), รับประทานอาหารเสริมที่ปริมาณแคลเซียมเพิ่มเติมหรือดื่มนมเป็นประจำ
- หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนควรปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุนหรือไม่ เพื่อรับการรักษาและคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

สาเหตุการเกิดโรคกระดูกพรุน

เกิดขึ้นเมื่อร่างกาย มีอัตราการสูญเสียกระดูกเร็วกว่าการสร้างกระดูกใหม่

โรคกระดูกพรุนแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคกระดูกพรุนแบบปฐมภูมิ (Primary osteoporosis) ได้แก่ภาวะกระดูกพรุนที่พบใน

- หญิงวัยหมดประจำเดือน (Postmenopausal osteoporosis)
- คนสูงอายุ (Senile osteoporosis) เกิดได้ทั้งหญิง และชาย ในอัตราส่วน

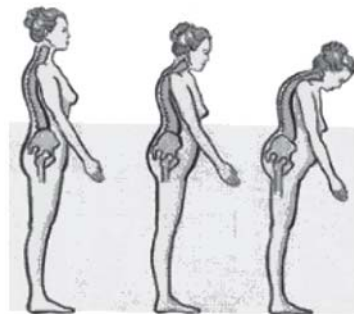
หญิง : ชาย = 2 : 1

2. โรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ (Secondary osteoporosis) ได้แก่ภาวะกระดูกพรุนที่พบในคนที่รับผลกระทบต่าง ๆ ต่อไปนี้ อันมีผลต่อการเจริญหมุนเวียนของกระดูก เช่น

- รับประทานยาบางชนิดโดยเฉพาะยาประเภทสเตียรอยด์
- ขาดสารอาหารแคลเซียม
- สูบบุหรี่จัด ดื่มสุราหนัก
- ขาดการออกกำลังกาย
- โรคบางชนิด เช่น มะเร็งที่ตัวกระดูก หรือความผิดปกติของฮอร์โมน

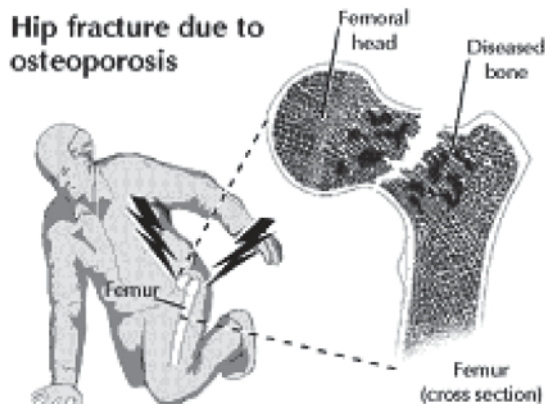
อาการโรคกระดูกพรุน

- ส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีอาการ
- 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกระดูกพรุนที่มีกระดูกสันหลังยุบเท่านั้นที่มีอาการถึงขนาดที่ต้องไปพบแพทย์ อาการที่พบคือปวดหลังเรื้อรัง ถ้าหากผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังยุบหลายๆปล้อง จะทำให้ผู้ป่วยเตี้ยลง ๆ มีหลังโก่ง
- ในหญิงวัยหมดประจำเดือน ที่มีกระดูกสันหลังยุบหรือหัก พบว่า 1 ใน 5 ของหญิงกลุ่มนี้มักจะเกิดกระดูกยุบอีกภายใน 1 ปี
- ในหญิงวัยหมดประจำเดือนจนถึงอายุ 85 ปี จากสถิติ พบว่ามีอุบัติการณ์ของกระดูกสันหลังหักเพิ่มสูงขึ้นถึง 6 เท่า



กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน

กระดูกสะโพกหักในคนที่มีความกระดูกพรุนนั้น มักพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการมากที่สุด และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงสุด



กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน มีอันตราย
สูงมาก จึงจำเป็นต้องป้องกันและรักษาโดยเร่งด่วน

หากทิ้งไว้ไม่รักษา มีโอกาสสูงมากที่กระดูกหัก
และเมื่อหักครั้งแรก ก็มักจะนำไปสู่กระดูกหักอันต่อไป

การตรวจความหนาแน่นของกระดูก (BMD) เพื่อการวินิจฉัย



Figure 3. Your doctor can ask for a bone scan to be carried out to test the strength or density of the bones.

ข้อบ่งชี้การตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก
ในโรคกระดูกพรุน

- หญิงที่อยู่ระหว่าง และหลังหมดประจำเดือน ที่จะให้ฮอร์โมนทดแทน
- หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนวัยอันควร
- คนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คนที่มี

- ประวัติกระดูกเปราะหัก
- ประวัติครอบครัวมีโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหัก
- น้ำหนักตัวน้อย
- การใช้สารสเตียรอยด์เป็นเวลานาน

คำแนะนำและการรักษา



- แนะนำให้รับประทานแคลเซียม 1200 - 1500 มิลลิกรัม ต่อวันในผู้ใหญ่
- ทานอาหารครบ 5 หมู่ และ ควรเสริมวิตามินดีให้ร่างกายได้รับ 800 หน่วยสากลต่อวัน
- ควรออกกำลังกายที่มีการลดน้ำหนัก เช่น การเดิน, การวิ่ง หรือการถีบจักรยาน
- ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม
- หยุดสูบบุหรี่
- ลดการดื่มแอลกอฮอล์
- ป้องกันการหกล้มโดย
 - ปรับสถานที่อาศัยให้มีแสงสว่างพอเพียง
 - ไม่วางของเกะกะบนทางเดิน
 - พื้นสะอาดไม่ลื่น
 - ระวัง! ไม่รับประทานยาที่ทำให้ง่วงนอน
 - แก้วใสยาตาที่มัว ให้มองเห็นได้ชัดเจน

การรักษาทางยา

หากมีความหนาแน่นของมวลกระดูก (BMD) T-Score ที่ต่ำกว่า -2.5 หรือมีประวัติกระดูกหักร่วมด้วย นอกจากการได้แคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอแล้วควรได้รับการรักษาทางยาร่วมด้วย

กลุ่มยาที่ใช้รักษากระดูกพรุนได้แก่

- ฮอร์โมน เอสโตรเจน

มักใช้ในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์ หรือเพื่อลดอาการอันเกิดจากการที่หมดประจำเดือน ข้อเสียของการรับประทานนี้คือ เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม และมะเร็งเยื่อบุมดลูก

- SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulators)

เป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาคล้ายฮอร์โมน เอสโตรเจน ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งเต้านม ยาประเภทนี้สามารถลดการสูญเสียมวลกระดูก และลดอุบัติการณ์ของกระดูกเปราะหักได้

- แคลซิโทนิน (Calcitonin)

เป็นฮอร์โมนธรรมชาติที่สกัดจากปลาแซลมอน ช่วยป้องกันการสูญเสียของมวลกระดูก และลดอุบัติการณ์กระดูกสันหลังหัก มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดได้

- บิสฟอสฟอเนต (Bisphosphonates)

เป็นยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายกระดูกได้ ช่วยลดความเสี่ยงต่อกระดูกสันหลังหักยุบ และกระดูกสะโพกหักได้

ข้อควรระวังสำหรับยาประเภทนี้คือ มีโอกาสที่จะเกิดแผลที่หลอดอาหาร

การรักษาโดยการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน และมีกระดูกหัก
รวมด้วย ควรได้รับการรักษาโดยทางยา และการผ่าตัด ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังหักยุบตัวลงมา ถ้ารักษาโดยทางยาไม่ดีขึ้นหลังจาก 6-8 สัปดาห์ ทางเลือกหนึ่งของการรักษาคือการฉีดซีเมนต์ชนิดพิเศษที่ใช้กับกระดูกสันหลัง ฉีดเข้าไปบริเวณกระดูกสันหลังที่หักเพื่อให้มีความมั่นคง และไม่ทรุดตัวมากขึ้น ช่วยให้หายปวดหลัง แต่ถ้ามพบว่าการทรุดตัวของกระดูกสันหลังดังกล่าวทำให้หลังค่อม และมีการกดทับเส้นประสาทด้วยมีผลทำให้ขาอ่อนแรง หรือเดินไม่ได้ อีกทางเลือกของการรักษาคือ การผ่าตัดแก้ไขการกดทับเส้นประสาทโดยใช้เหล็กตามกระดูกสันหลังที่ค่อมให้กลับมาเหมือนเดิม และตัดกระดูกที่ทับเส้นประสาทออก ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้

รายการอ้างอิง

1. WHO (1994). "Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group". World Health

Organization technical report series 843: 1-129.

2. Nieves JW (2005). "Osteoporosis: the role of micronutrients." . Am J Clin Nutr 81 (5): 1232S-1239S
3. Staessen J, Roels H, Emelianov D, Kuznetsova T, Thijs L, Vangronsveld J, Fagard R (Apr 3 1999). "Environmental exposure to cadmium, forearm bone density, and risk of fractures: prospective population study. Public Health and Environmental Exposure to Cadmium (PheeCad) Study Group." . Lancet 353 (9159): 1140-4.
4. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ (2007). "Will my patient fall?". JAMA 297 (1): 77-86.
5. Kerstetter JE, O'Brien KO, Insogna KL (2003). "Dietary protein, calcium metabolism, and skeletal homeostasis revisited". Am. J. Clin. Nutr. 78 (3 Suppl): 584S-592S