Evidence-Based Medicine (EBM)
บทที่ 3 แนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก (Clinical Practice Guidelines for Dengue Hemorrhagic Fever): ตัวอย่างการใช้ EBM ในการสร้างแนวทางรักษาโรค

โยธี ทองเป็นใหญ่ พ.บ.*

ในบทที่ 2 ได้กล่าวถึงการใช้ EBM ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นแง่ของผู้ใช้ EBM แต่มีผู้อ่านถามว่าเราจะเป็นผู้ผลิตหลักฐานทางการแพทย์เองได้หรือไม่ มีวิธีการอย่างไร โดยเฉพาะประเภทแนวทางการรักษาโรค (clinical practice guidelines) ที่อาจมีปัญหาในการดูแลรักษา ดังนั้นจึงขอแทรกเรื่องการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก ซึ่งได้ทำสำเร็จเมื่อเดือนสิงหาคม 2541 จากนั้นจึงจะกล่าวถึง critical appraising evidence ในบทต่อไป เพราะขณะนี้เรากำลังมีปัญหาจากโรคไข้เลือดออกและกำลังปรับปรุงวิธีการรักษา การส่งต่อ และการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งยังสามารถนำองค์ความรู้ที่เสนอแนะนี้ไปพัฒนาแนวทางการรักษาโรคอื่น ๆ ได้ด้วย

ในการรักษาโรคไข้เลือดออกพบว่ามีปัญหาในวิธีการและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากอัตราตายและผลแทรกซ้อนจากโรคในแต่ละสถานบริการมีความแตกต่างกัน ในฐานะที่ผู้เขียนเคยปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นว่า สิ่งที่เป็นปัญหาคือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันต่อการมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทีม ที่บุคลากรทางการแพทย์ควรรับผิดชอบร่วมกันตามความสามารถในการให้บริการ ความรู้ ความเชี่ยวชาญของสถานบริการและบุคลากร ซึ่งในการนี้ต้องอาศัยเครื่องมือที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติคือคู่มือหรือแนวทางการรักษาโรค ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า clinical practice guidelines ตามคำจำกัดความของ The Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines[1] ให้ไว้ว่า "Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstance."

จากคำจำกัดความดังกล่าวจะเห็นได้ว่า clinical practice guidelines คือแนวทางหรือคำแนะนำที่ถูกสร้างขึ้นมาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาโรค ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจก่อนว่าแนวทางที่ได้นี้ไม่ใช่กฎหมายหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามอย่างไม่มีข้อยกเว้น แต่เป็นเพียงคำแนะนำที่ได้จากการตกลงร่วมกันว่าควรจะปฏิบัติไปในทางเดียวกันเพื่อลดปัญหาที่เป็นเหตุให้เกิดการพัฒนา clinical practice guidelines นั้น ๆ ขึ้นมา โดยข้อตกลงนั้น ๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการร่วมกับความสามารถที่จะปฏิบัติได้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วน

ในปัจจุบัน clinical practice guidelines ได้ถูกสร้างขึ้นมากมายในหลายๆ โรคหรือในโรคเดียวกันแต่จากหลายแหล่ง ซึ่งมีทั้งที่ประสบความสำเร็จได้รับการยอมรับและทั้งไม่ได้รับการยอมรับนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจรักษาโรคนั้น ๆ[2] ดังนั้นในการพัฒนาแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกหรือโรคใดๆ

* ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ก็ตามจึงควรทำอย่างมีหลักการ มีองค์ความรู้ในทฤษฎีพื้นฐานของ clinical practice guidelines กำกับ เพื่อให้ได้ clinical practice guidelines ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งในบทความนี้จะอธิบายโดยใช้แนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2541[3] เป็นตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนพื้นฐานของ clinical practice guidelines ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญ[1,4,5,6] คือ

1. การจัดทำ (development)
2. การนำไปใช้ (implementation)
3. การประเมินผล (evaluation)

1. การจัดทำ (Development)

Clinical practice guidelines ที่จะประสบความสำเร็จแรกที่สุดจะต้องผ่านขั้นตอนการจัดทำที่ดีนั่นคือ

1.1 Priority assessment ประเมินสถานการณ์ว่ามีปัญหาในการปฏิบัติหรือไม่ มีความต้องการที่จะต้องมี practice guidelines เพื่อเป็นแนวทางหรือไม่

1.2 Problem identification กำหนดว่าอะไรคือปัญหาและทำไมจึงเกิดปัญหานั้น

1.3 Stakeholder identification กำหนดว่าใครคือบุคคลสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็น แพทย์ ผู้ป่วย หรือผู้กำหนดนโยบาย

1.4 Collecting and synthesizing evidence and choosing alternatives เพื่อให้ได้หลักฐานที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีที่มาที่ไปที่ชัดเจน รวมทั้งรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนในเรื่องนั้น ๆ กระบวนการหาความเห็นร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง (consensus process) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในขั้นตอนนี้ โดยมีการพิจารณาหลักฐานต่าง ๆ ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นเรื่องความสนใจ ความคิดเห็นต่อปัญหานั้น ๆ ของบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางที่ตกลงร่วมกัน

จากแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ได้ใช้การประเมินสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของจังหวัดนครราชสีมาและทั่วประเทศ ทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[7] ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยโดยตรงและรับผู้ป่วยส่งต่อ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่ในเดือนมกราคม ผิดจากปกติที่จะพบผู้ป่วยมากในฤดูฝนแต่พบได้น้อยในฤดูอื่น และจากการประเมินสถานการณ์ด้านผลการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกของจังหวัดนครราชสีมา โดยตัวแทนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีความเห็นว่าอัตราตายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกยังสูงเกินกว่าที่กำหนดคือมีอัตราตาย 0.76 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งนับว่าสูงกว่าเกณฑ์ของแผน 8 ที่กำหนดไว้ พบว่ามีปัญหาในการรักษาไข้เลือดออกในทุกระดับ โดยมีปัญหามากน้อยต่างกันตามปัจจัยของแต่ละสถานที่ แต่ที่เห็นว่าสมควรได้รับการแก้ไขร่วมกันคือระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีหลายสาเหตุตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้าเกินไป มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนบ่อย จำนวนบุคลากร อุปกรณ์จำเป็นในการดูแลรักษา รวมทั้งเวชภัณฑ์และเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดไม่เพียงพอ ทำให้พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาส่วนหนึ่งที่มีผลการรักษาไม่ดีผิดจากที่ควรจะเป็นและอาจถึงเสียชีวิตในระยะอันสั้นหลังการส่งต่อ[7] เนื่องจากมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยอาการหนัก มีการให้สารน้ำมากหรือ

น้อยเกินไป เลือดออกมาก มีภาวะช็อคนาน ไม่ได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดในเวลาและจำนวนที่เหมาะสม

สำหรับความสำคัญของโรคไข้เลือดออกในระดับประเทศ ไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและในอีกหลายประเทศโดยเฉพาะในเขตมรสุม แต่ก็พบได้ในเกือบทุกทวีปของโลก[8] ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาในมากกว่า 100 ประเทศ ประชากรมากกว่า 2,500 ล้านคน มีความเสี่ยงต่อโรคนี้และทำให้ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 500,000 ราย โดยที่ร้อยละ 90 เกิดในประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี สำหรับในประเทศไทยนับจากมีรายงานการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 240 ราย[9] โรคไข้เลือดออกได้ขยายวงออกไปสู่เมืองใหญ่และจนในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า เป็นปัญหาที่สำคัญของทั้งประเทศที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตในระดับต้น ๆ ในปี พ.ศ. 2540 จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรคไข้เลือดออกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในเด็กกลุ่มอายุ 1-14 ปี[3]

ในปัจจุบันวิธีคิดในเรื่องไข้เลือดออก ได้ถูกเปลี่ยนไปแล้วจากวิธีคิดเดิม ๆ ที่เห็นไข้เลือดออกเหมือนโรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น โรคปอดบวม คือให้การรักษาเมื่อพบผู้ป่วย โดยไม่เน้นถึงวิธีการควบคุมและป้องกัน เปลี่ยนเป็นว่าเมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแม้เพียง 1 ราย แสดงว่ามีการระบาดของโรคนี้ในพื้นที่นั้น ๆ แล้ว เพราะในช่วงชีวิตของยุงลาย 1 ตัวที่มีเชื้อไข้เลือดออกนั้นสามารถก่อให้เกิดโรคในผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้อีกนับสิบราย และยังสามารถแพร่พันธุ์วางไข่ได้อีกนับร้อยฟอง ดังนั้นการควบคุมโรคอย่างเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับสนับสนุน พร้อมกับการเน้นการป้องกันที่เราควรจะทำสม่ำเสมอตลอดปี (ไม่เฉพาะในฤดูฝน) เพราะสามารถพบผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ตลอดปี การปฏิบัติเช่นนี้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับต้องรับผิดชอบร่วมกัน โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยจะเป็นคนแรกที่ทราบว่ามีการระบาดเกิดขึ้น จะต้องแจ้งผู้เกี่ยวข้องที่จะดำเนินการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้สถานการณ์ของโรคสงบลง นั่นคือความสุขของทุกคน ทั้งประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งตัวแพทย์เองที่ไม่ต้องรับภาระในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมากดังที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามบทบาทของแพทย์นอกจากการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน ยังมีหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย จากปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและความสำคัญของโรคไข้เลือดออกดังได้กล่าวแล้ว จะเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะพัฒนา แนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยในการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกของจังหวัดนครราชสีมาครั้งนี้ มีองค์ประกอบของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ ทั้งยังได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในระดับประเทศเพื่อความถูกต้องทางวิชาการและจากผู้เชี่ยวชาญในระดับท้องที่เพื่อความมั่นใจว่าสามารถนำแนวทางที่ถูกต้องทางวิชาการนั้นมาประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์ที่เกิดจริงตามสภาวะของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ของจังหวัดนครราชสีมา และด้วยกระบวนการหาความเห็นร่วมกัน (consensus process) ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาร่วมกัน จากนั้นจึงได้ร่วมกันคิดเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหา แล้วจึงแปลความคิดเห็นนั้น ๆ มาเป็น แนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ กระชับ ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ ทั้งยังได้มีการตกลงร่วมกันในการประเมินผลและการปรับปรุงเพื่อให้ได้ clinical practice guidelines ที่ทันสมัยตรงต่อความต้องการตลอดเวลา

จากกระบวนการที่กล่าวข้างต้นได้ คณะกรรมการจัดทำคู่มือได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการรักษาป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีคำแนะนำครบทั้งในด้านการรักษา ป้องกันและควบคุม

โรค โดยในส่วนของแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 2541 (ปรับปรุงจากแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครราชสีมาที่ได้จัดทำไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536) ประกอบด้วยแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในระดับสถานีอนามัย แนวทางการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชน แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน รายการเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ของโรงพยาบาลชุมชนในโรคไข้เลือดออกดังในตารางที่ 1, 2 และแผนภูมิที่ 1, 2

ตารางที่ 1 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในระดับสถานีอนามัย (ปรับปรุง พ.ศ. 2541)

ลักษณะผู้ป่วยที่สงสัยจะเป็นโรคไข้เลือดออก

1. **ไข้มากกว่า 38°c ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป** ร่วมกับมีอาการซึมหรือเบื่ออาหาร หรืออาเจียน หรือ ปวดท้องใต้ชายโครงขวาอย่างใดอย่างหนึ่ง

   ( ) มี ( ) ไม่มี

2. **Tourniquet test** พบจำนวนจุดเลือดออกมากกว่าหรือเท่ากับ 10 จุดต่อตารางนิ้ว

   ( ) มี ( ) ไม่มี

3. **มีอาการเลือดออก** เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง หรือเลือดกำเดาไหล หรืออาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ

   ( ) มี ( ) ไม่มี

4. **มีอาการช็อค** ได้แก่ เหงื่อออก มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว (เช่น > 110/นาที ในอายุ 5-10 ปี)

   ( ) มี ( ) ไม่มี

5. **ความดันโลหิตแคบ** (pulse pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มม. ปรอท (เช่น 100/80, 110/90) หรือ **ความดันโลหิตต่ำ** (systolic น้อยกว่า 80 มม. ปรอท)

   ( ) มี ( ) ไม่มี

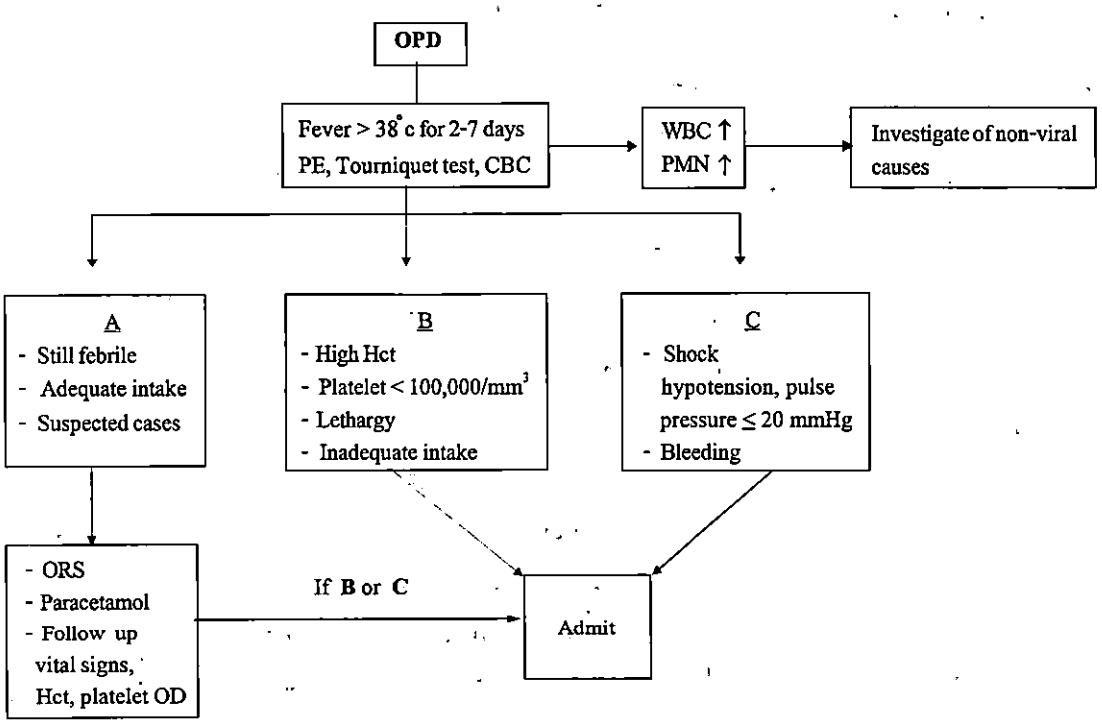
แนวทางการส่งต่อ

1. ถ้ามีข้อ 1 ถึงข้อ 5 ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่งต่อมาโรงพยาบาลทันที
2. ถ้ามีข้อ 4 หรือข้อ 5 ให้ดำเนินการให้ 5% D/NSS 500 ml IV drip rate 15 หยดใหญ่ต่อนาทีในเด็กอายุ < 5 ปี และ 30 หยดใหญ่ในเด็กอายุ > 5 ปี แล้วรีบส่งโรงพยาบาลทันที
3. ถ้ามีไข้อย่างเดียวแต่ไม่เข้ากับอาการข้อ 1 ถึงข้อ 5 และอาการไม่ดีขึ้น ให้กลับมาดูทุก 1-2 วัน จนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือส่งต่อ
4. ห้ามใช้ยาลดไข้อื่นนอกจากยาพาราเซ็ตตามอล ห้ามให้ aspirin และยาลดไข้อย่างแรง และถ้าไข้ลดลง < 39°c ไม่ต้องให้ยาลดไข้

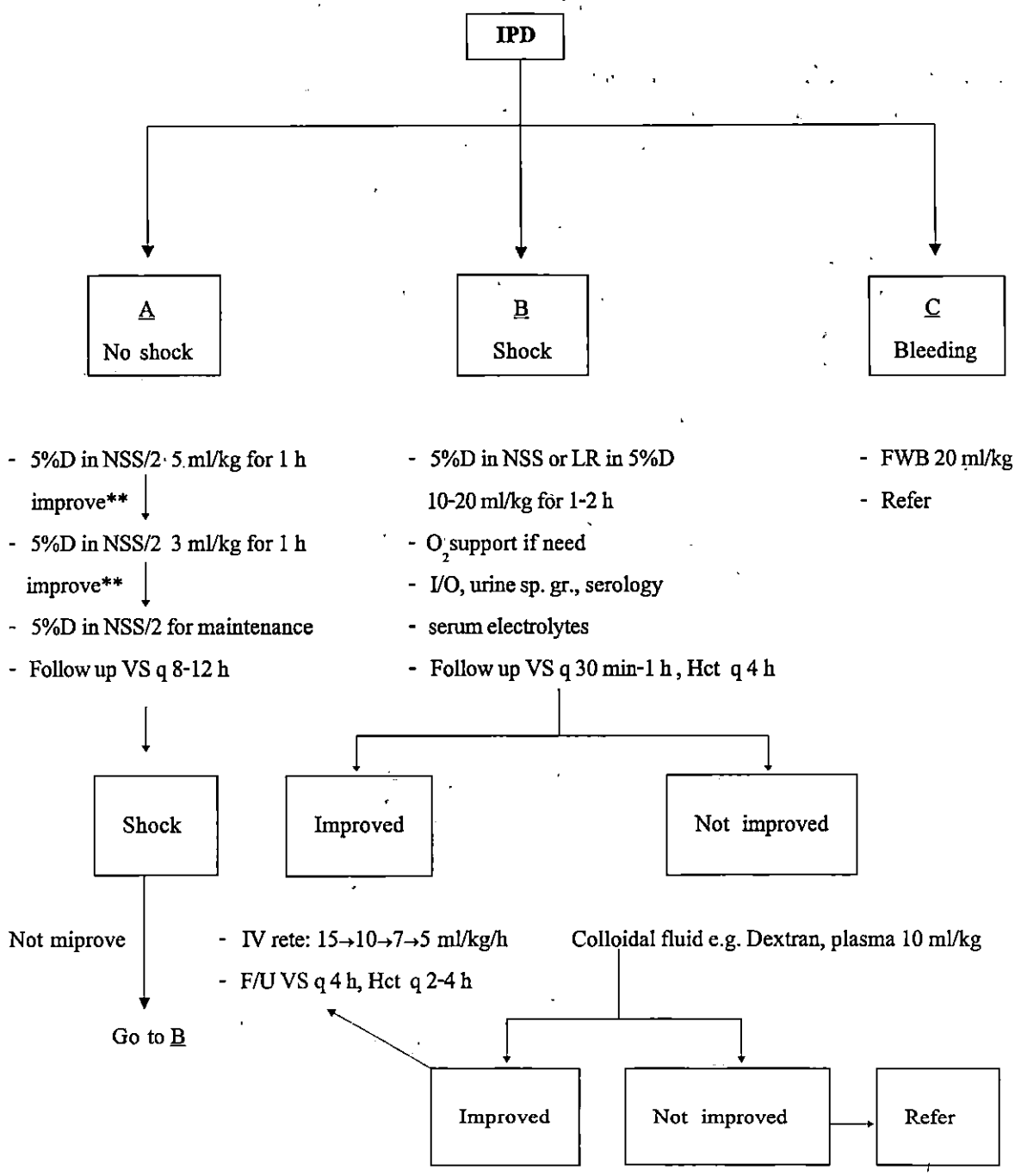
ตารางที่ 2 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน (ปรับปรุง พ.ศ. 2541)

ผู้ป่วยไข้เลือดออกควรส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเมื่อ

1. มีอาการเลือดออกมากจนต้องการ blood components
2. **ยังมี shock ทั้ง ๆ ที่ให้ volume replacement และ Hct ลดลงแล้ว (concealed bleeding)**
3. มี unusual manifestations เช่น มีอาการชัก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงของ consciousness e.g. confuse, stupor or coma อาการของ hepatic failure หรือมี SGOT, SGPT สูง, renal failure
4. **อายุ < 1 ปี**
5. **ยังมีไข้สูงใน shock หรือ convalescence phase** (อาจมี dual infection)
6. ผู้ป่วยที่ shock
   - เมื่อแก้ด้วย 5% D/NSS 10-20 ml/kg 1-2 h ดีขึ้นแล้วลด fluid ลงเหลือ 10-15 ml/kg 1-2 h แล้วลดลงจนถึง 7 ml/kg/h แต่ **ไม่สามารถลดต่อไปได้อีกภายในเวลา 4-6 h**
   - เมื่อแก้ด้วย 5% D/NSS 10-20 ml/kg 1-2 h ไม่ดีขึ้นจนต้องให้ colloidal fluids (e.g. Dextran 10 ml/kg) แต่ก็ยัง **ไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นแล้วกลับมา shock ใหม่อีกครั้ง**
7. มีอาการเริ่มบวมในขณะที่ยังมี shock อยู่หรือ มี ภาวะ fluid overload
8. เมื่อการรักษาทำได้**ไม่สะดวกที่ รพ.ชุมชน**



แผนภูมิที่ 1 การรักษาผู้ป่วยนอก



*Restlessness, cold and clammy skin, rapid and weak pulse, hypotension, pulse pressure ≤ 20 mmHg

**Pulse full and slowed down, pulse pressure > 20 mmHg, blood pressure stable and normal, no restlessness, good color, Hct decreased to normal, adequate urine output

แผนภูมิที่ 2 การรักษาผู้ป่วยใน

2. การนำไปใช้ (Implementation)

หลังจากที่ได้ข้อตกลงว่าในแต่ละปัญหาจะควรมีแผนการดำเนินการอย่างไร ก็จะถึงขั้นตอนที่จะต้องเผยแพร่ข้อตกลงนั้น ๆ ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดำเนินไปตามนั้น ซึ่งมีประเด็นที่ควรพิจารณาดังนี้

2.1 Formatting หมายถึง การที่จัดทำ clinical practice guidelines ในรูปแบบที่สามารถนำเสนอได้ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งพิมพ์ สื่อในรูปต่าง ๆ เช่น เทปบันทึกเสียง วิดีโอ homepage บนอินเตอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มเป้าหมายต่างกันรูปแบบในการนำเสนอไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน แต่มีข้อคำนึงว่าสิ่งที่นำเสนอควรจะน่าสนใจ ไม่เยิ่นเย้อ ได้ใจความ

2.2 Dissemination หมายถึง การแจกจ่ายสิ่งที่ผลิตไปสู่ผู้ที่ต้องใช้ clinical practice guidelines ซึ่งในขณะนี้มีวิธีการมากมายตั้งแต่การติดต่อโดยตรง ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุโทรทัศน์หรือแม้กระทั่งผ่านทางอินเตอร์เน็ต ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อด้อยต่างกันไป จำเป็นต้องเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด

2.3 Implementation หมายถึง การนำข้อตกลงที่ได้ทำกันไว้ไปสู่การปฏิบัติ มิฉะนั้นสิ่งต่างๆที่ได้ทำไว้จะเป็นเพียงตัวหนังสือไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก และต้องเข้าใจว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่ง่าย[10] จำเป็นต้องเข้าใจทั้งในทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีของการบริหารจัดการ และทฤษฎีของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ จึงจะประสบความสำเร็จได้ด้วยดีจากประสบการณ์ที่ผ่านมา positive reinforcement, financial incentive จะได้ผลในการเปลี่ยนพฤติกรรม ในการปรับการบริหารจัดการ การให้ผู้นำที่ได้รับการยอมรับปฏิบัติเป็นตัวอย่างเป็นวิธีการที่ได้ผลดี สำหรับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้น เขาต้องการเรียนเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการรู้เท่านั้น จึงเป็นหน้าที่ที่เราจะต้องชี้ให้เขาเห็นว่าส่วนไหนที่เขายังต้องการความรู้เพิ่มและทำให้เกิดความต้องการในการเรียนรู้ จึงจะได้ผลดี โดยสรุปกลยุทธที่น่าจะได้ผลในการนำ clinical practice guidelines ไปสู่การปฏิบัติ 6 ประการที่ควรคำนึงคือ การให้มีส่วนร่วม การให้การศึกษา การให้ความเห็นย้อนกลับ (feedback) การบริหารจัดการ การให้รางวัล และการลงโทษ

2.4 Updating and adaptation เป็นไปไม่ได้ที่ clinical practice guidelines จะสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมในทุกบริบท (context) ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีการดัดแปลงเพื่อความเหมาะสม และอีกเช่นกันคงไม่มี clinical practice guidelines เรื่องใดที่จะทันสมัยอยู่ตลอดไป จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงตามองค์ความรู้และหลักฐานทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ทุก ๆ วัน

ในขั้นตอนนี้แนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดทำในรูปหนังสือเพื่อจะได้แจกจ่ายในผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมกับการอบรมผู้เกี่ยวข้องเป็นระดับขั้นคือ การอบรมในระดับจังหวัดเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้เชี่ยวชาญ ทำความเข้าใจกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมอบรม ทั้งยังมอบหมายภาระกิจในการไป

สำรวจความพร้อมของสถานบริการ และถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจสู่ผู้ร่วมงานทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับสถานีอนามัย เน้นความเข้าใจร่วมกันและการทำงานร่วมกันเป็นทีม นอกจากนั้นในระดับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ยังมีการเตรียมตัวทั้งในระดับแพทย์และพยาบาลที่จะให้การรักษาและรับผู้ป่วยส่งต่อจากสถานบริการระดับต่าง ๆ

3. การประเมินผล (Evaluation)

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลคือการประเมินความรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องว่ามีการพัฒนา clinical practice guidelines ขึ้นแล้ว จากนั้นประเมินความรู้ความเข้าใจเจตคติ และผลการดำเนินงานว่าเป็นไปดังที่ตั้งไว้ใน clinical practice guidelines หรือไม่ ซึ่งถ้าได้ผล สิ่งที่จะเห็น 2 ประการคือ หนึ่งเห็นการเปลี่ยนแปลงในการดูแลรักษาผู้ป่วยและสองผลการรักษาดีขึ้น และถ้าเป็นไปได้ควรใช้ randomized controlled trial ในการประเมิน เพราะว่า before-after study จะมีข้ออ่อนในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามเวลาที่ผ่านไปอยู่แล้ว

ในขั้นตอนการประเมินผล ทางคณะผู้จัดทำได้จัดให้มีการประเมินผลเรื่องความรับรู้ถึงแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออก และการนำไปปฏิบัติ โดยการใช้การสำรวจ การเฝ้าสังเกต ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ประเมินผลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงหลังการใช้ แต่ไม่สามารถประเมินผลโดย randomized controlled trial เพราะไม่สามารถเลือกปฏิบัติเฉพาะในบางท้องที่ เนื่องจากจะผิดจรรยาในการเลือกปฏิบัติ

มีการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกเดือนระหว่างผู้เฝ้าระวังสถานการณ์ ผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลชุมชน และผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อประเมินตัวเครื่องมือคือแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออก และผลการปฏิบัติทั้งในระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการประเมินขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจว่าได้ลงไปถึงผู้ปฏิบัติ ในทุกระดับหรือไม่ เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการรักษาและผลการปฏิบัติงานในทุกระดับ เพื่อนำไปปรับปรุงแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์

จะเห็นได้ว่าเราไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ใช้ EBM แต่เพียงสถานเดียว เรายังสามารถเป็นผู้ผลิตหลักฐานทางการแพทย์ได้ เพียงแต่เราควรจะทราบถึงองค์ความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำ และมีความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จอย่างมีมาตรฐานกำกับ จากนั้นหลักฐานทางการแพทย์ที่เราผลิตขึ้นก็จะอำนวยประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

คณะจัดทำคู่มือแนวทางการรักษาควบคุม ป้องกัน โรคไข้เลือดออก

ประกอบด้วย ***คณะกรรมการอำนวยการ*** นพ. ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ นพ. ชัยชนะ สุวรรณเวช นพ. สำเริง แหยง-กระโทก นพ. ดนัย ด่านวิวัฒน์ นพ. ประมวล จารุตระกูลชัย พญ. รุจิรา มังคละศิริ นพ. ไพบูลย์ เวชพาณิชย์ นางทัศนา ยุวา-นนท์ นางอรพินท์ สีหนันทวงค์

คณะกรรมการจัดทำคู่มือ นพ. ไพบูลย์ เวชพาณิชย์ นพ. วิชัย ขัตติยวิทยากุล นพ. โยธี ทองเป็นใหญ่ นพ. บุญชัย ธนบัตรชัย นพ. ทศพร ศิริโสภิตกุล นางธนวรรณ สธนเสาวภาคย์ พญ. พรรณวจี ถนอมสิงห์ พญ. วิมลมาลย์ พงษ์ฤทธิ์ศักดา พญ. สุวรรณี ตั้งวีระพรพงศ์ นพ. สมบัติ ธนานุภาพไพศาล นพ. ธนะพงศ์ จินวงษ์ นางสาวอรวรรณ ชาแสงบง นายอภิรัตน์ โสกำปัง นายธนู พานิชชา นางผิน เดชหาญ นางสิรินทรา ฟูตระกูล นางสาวจันทิมา นุกูล นางเยาวลักษณ์ พรหมวิจิตร

เอกสารอ้างอิง

1. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Institute of Medicine. Washington, D.C.; National Acedemy Press; 1990.
2. Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K, et al. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. N Engl J Med 1989;321:1306-11.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แนวทางการรักษาป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา 2541. นครราชสีมา: มิตรภาพการพิมพ์; 2541.
4. Audit A, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities an future directions. Ann Intern Med 1990;113:709-14.
5. Lomas J. Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations. Ann Rev Publ Health 1991;12:41-65.
6. Tongpenyai Y. The effectiveness of clinical practice guidelines and a health care improvement program for dengue hemorrhagic fever. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Sciences of McMaster University, 1992.
7. สถิติผู้ป่วยกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2541.
8. World Health Organization. Viral hemorrhagic fevers. Technical advisory committee on viral hemorrhagic fevers, 1985.
9. Nimmannitya S. Dengue hemorrhagic fever in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1987:18:291-4.
10. Eisenberg JM. Doctor's decisions and the cost of medical care: the reasons for doctors' practice patterns and ways to change them. Michigan: Health Administration Press Perspective; 1986.