

บทบรรณาธิการ

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตอย่างมีคุณภาพ

Blood Donors Health Care in Quality System

อุบลวัฒน์ จรุงเรืองฤทธิ์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคโลหิต รวมทั้งสร้างจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อส่วนรวมด้วยการบริจาคโลหิตตั้งแต่เป็นเยาวชน การให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิตจะช่วยให้ผู้บริจาคโลหิตดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง แต่ประเทศไทยต้องมีนโยบายบริการโลหิต มีมาตรฐานและคู่มือที่เกี่ยวข้อง เช่นคู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต มาตรฐานงานบริการโลหิต และคู่มือการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต เป็นต้น¹ สำหรับหน่วยงานที่ให้บริการโลหิตและมีการรับบริจาคโลหิต เช่นศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ภาคบริการโลหิต และโรงพยาบาลสาขาบริการโลหิต จะต้องมีการควบคุมในการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตทั้งก่อนและหลังการบริจาค มีระบบคุณภาพ มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้บริจาคโลหิต หรือ donor vigilance ตลอดจนมีการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง รวมทั้งมีการให้คำแนะนำก่อนและหลังการบริจาค เมื่อพบว่าผู้บริจาคโลหิตมีปัญหา เช่นพบการติดเชื้อในโลหิต เป็นต้น การดูแลในเรื่องนี้ให้ความอนุเคราะห์ และให้ความสำคัญด้วยการยกย่องเชิดชู ก็เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตตามวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละประเทศ

การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะและการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต (Public information and donor education)

การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะและการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต เกี่ยวกับความสำคัญของการบริจาคโลหิต รวมทั้งเกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมจะเป็นผู้บริจาคโลหิต เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตตั้งแต่ต้นทาง กล่าวคือควรแนะนำด้านการดูแลสุขภาพเพื่อจะได้เป็นผู้บริจาคโลหิตเป็นประจำได้อย่างต่อเนื่อง ผู้บริจาคโลหิตจะเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคต่างๆทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ผู้บริจาคโลหิตสามารถคัดกรองตนเอง (self defer) และเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนมาบริจาคโลหิต เช่นพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่เหมาะสม ดื่มน้ำมากๆ งดสุราและบุหรี่ เมื่อมา

บริจาคโลหิตก็จะไม่เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ เช่นเป็นลมหน้ามืดจนเกิดอุบัติเหตุตามมา การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต อาจใช้สื่อสาธารณะ และควรระบุข้อมูลการให้บริการของหน่วยงานที่รับบริจาคโลหิต สถานที่ตั้ง เวลาเปิดรับบริจาคโลหิต

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ก่อนการรับบริจาค (Pre-donating care)

หน่วยบริการโลหิตต้องจัดสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และบุคลากรให้พร้อมเพื่อให้การต้อนรับผู้บริจาคโลหิต ต้องระบุเวลาเปิด-ปิดทำการไว้ให้ชัดเจน และแจ้งให้ผู้บริจาคทราบล่วงหน้าผ่านสื่อต่างๆ ต้องจัดบริเวณให้บริการเป็นสัดส่วน มีป้ายชี้บ่งและแสดงลำดับขั้นตอนต่างๆ เช่นการกรอกใบสมัคร การทำแบบสอบถาม เพื่อคัดกรองตนเอง การจัดน้ำดื่มบริการก่อนบริจาคโลหิต การลงทะเบียนผู้บริจาคโลหิต เป็นต้น จัดให้มีห้องสัมภาษณ์คัดกรอง และตรวจสุขภาพเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการฝึกอบรม และควรจัดให้มีมิดชิดเป็นส่วนตัวระหว่างผู้บริจาคโลหิตและเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์คัดกรองเท่านั้น หากผู้บริจาคโลหิตมีปัญหาในหัวข้อการคัดกรอง หรือในขั้นตอนใด เจ้าหน้าที่จะต้องให้คำแนะนำที่สุภาพ เหมาะสมและเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้บริจาคโลหิต

หน่วยบริการโลหิตต้องจัดน้ำดื่มสำหรับผู้บริจาคโลหิต และต้องแนะนำให้ผู้บริจาคโลหิตทุกคนดื่มน้ำ ประมาณ 500 มล. ก่อนการบริจาคโลหิต ซึ่งมีรายงานว่า การดื่มน้ำช่วยลดการเกิดปฏิกิริยา vasovagal²⁻⁴

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ระหว่างการเจาะเก็บโลหิต

Donor care during donation

เจ้าหน้าที่ผู้เจาะเก็บโลหิต ควรมีความรู้ที่เหมาะสมและมีใบอนุญาตหรือใบรับรองทางวิชาชีพที่กำหนดให้ทำการเจาะเลือดได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น รวมทั้งผ่านการฝึกหัดให้เชี่ยวชาญในการเจาะเก็บโลหิต เพื่อมิให้เกิดความ

ผิดพลาด ซึ่งจะทำให้ผู้บริจาคโลหิตไม่กล้ามาบริจาคอีก เทคนิคขั้นตอนต่างๆ ต้องถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานและคู่มือที่กำหนด เจ้าหน้าที่ต้องดูแลผู้บริจาคโลหิตและเฝ้าระวังขั้นตอนที่มีความเสี่ยงระหว่างเจาะเก็บโลหิตตลอดเวลา เช่น ระวังและหลีกเลี่ยงมิให้เจาะผิดพลาด โลหิตหยุดไหล เก็บโลหิตเกินปริมาณที่กำหนด เป็นต้น หากเกิดปัญหาต้องแก้ไขอย่างนุ่มนวล ระวังไม่ตื่นตระหนก ซึ่งจะทำให้ผู้บริจาคโลหิตรายอื่นพลอยวิตกกังวล หากจำเป็นต้องเปลี่ยนเส้นโลหิตในการเจาะเก็บ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บริจาคโลหิตก่อน ระหว่างการเจาะเก็บผู้บริจาคโลหิตอาจมีปฏิกิริยาหรือภาวะแทรกซ้อน vasovagal reaction เจ้าหน้าที่จึงต้องสังเกตผู้บริจาคโลหิตอย่างใกล้ชิด และยุติการเจาะเก็บโลหิตทันทีเมื่อมีอาการแสดงเช่น หมดสติ ตาลอย เกร็ง ชัก

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคหลังการบริจาคโลหิต และปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิต (Post donation care and donor reaction)

แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่รับบริจาคโลหิต ต้องผ่านการอบรมในการดูแลผู้บริจาคโลหิต สามารถสังเกตปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นขณะเจาะเก็บ หลังเจาะเก็บโลหิตต้องปิดพลาสติกที่บริเวณเจาะเก็บโลหิตให้แน่นเพื่อห้ามเลือด และควรให้นอนพักบนเตียง ลักครู่ประมาณ 5 นาที เพื่อสังเกตอาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ก่อนจะอนุญาตให้ลุกจากเตียง เมื่อบริจาคโลหิตเสร็จแล้วต้องดูแลให้ผู้บริจาคโลหิตนั่งพักผ่อน ดื่มเครื่องดื่ม และรับประทานอาหารว่าง ควรใช้เวลาในห้องพักผ่อน 15-20 นาที เพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนอาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม และอาจเกิดอุบัติเหตุพลัดตก และบาดเจ็บได้ ควรจัดเก้าอี้ชนิดโซฟาให้ผู้บริจาคโลหิตสามารถเอนนอนได้เมื่อวิงเวียน เมื่อจะให้ผู้บริจาคโลหิตกลับบ้าน ต้องให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองหลังบริจาคโลหิต ได้แก่ แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ พักผ่อนเพียงพอ ไม่ออกกำลังกายที่เสียเหงื่อมาก ไม่ใช่แขนข้างที่เจาะเก็บโลหิตหัวของหนัก อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทดี หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดเลื่อนหรือลิฟท์ที่มีความสูงชันมากๆ และหากมีความผิดปกติใดๆ รวมทั้งอาการไข้ ไม่สบาย ต้องรีบแจ้งกลับหน่วยบริการโลหิตทันที โดยมีบริการเลขหมายโทรศัพท์ที่รับแจ้ง 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมให้สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ จำนวนและความรุนแรงของปฏิกิริยาและภาวะแทรกซ้อนหลังการบริจาคโลหิตอาจลดลงได้หากมีการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต และมีการดูแลหลังการบริจาคที่ดี⁵

ความเข้มข้นของโลหิตและการให้ธาตุเหล็กเสริมในผู้บริจาคโลหิต (Hemoglobin (Hb) screening and iron supplement)

ระดับ Hb ที่เหมาะสมในการบริจาคโลหิตตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต พ.ศ. 2558 โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย⁶ กำหนดให้ผู้หญิงไม่น้อยกว่า 12.5 ก./ดล. ผู้ชายไม่น้อยกว่า 13.0 ก./ดล. การตรวจวัดระดับ Hb ต้องทำทุกครั้งก่อนการบริจาค นอกจากช่วยคัดกรองผู้บริจาคโลหิตที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ยังช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางมาบริจาคโลหิต และช่วยป้องกันผู้บริจาคโลหิตประจำไม่ให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการบริจาคโลหิต (Donation-induced iron deficiency DIID)⁷⁻⁹ การเลือกวิธีตรวจวัด Hb จะต้องเลือกวิธีที่สามารถประเมินความถูกต้องแม่นยำและควบคุมคุณภาพได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองค่า Hb อย่างเดียวอาจไม่ไวพอที่จะประเมินค่าธาตุเหล็กสะสมในร่างกาย ผู้บริจาคโลหิตที่มี Hb ต่ำกว่าเกณฑ์การคัดเลือก ต้องได้รับการดูแลสุขภาพตามลำดับ คือ ต้องได้รับการตรวจสืบค้นทางโลหิตวิทยาเพื่อหาสาเหตุของโลหิตจาง แล้วให้การรักษาที่เหมาะสม และหากการวินิจฉัยแสดงว่าผู้บริจาคโลหิตไม่ได้เป็นโรคที่เป็นข้อห้ามในการบริจาคโลหิต ก็ควรส่งเสริมให้ผู้บริจาคโลหิตกลับมาบริจาคต่อเมื่อได้รับการดูแลสุขภาพจนไม่มีภาวะโลหิตจางแล้ว

นอกจากการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยการตรวจ Hb ทุกครั้งแล้ว การพิจารณาความถี่ในการบริจาคโลหิต และการให้ธาตุเหล็กเสริม ก็มีผลสำคัญในกระบวนการบริหารจัดการผู้บริจาคโลหิต (donor management) การบริจาคโลหิตรวมหนึ่งครั้ง มีปริมาณ 450 มล. จะสูญเสียธาตุเหล็กของเม็ดเลือด (haem iron) 200-250 มก. หญิงวัยเจริญพันธุ์มีธาตุเหล็กสะสมประเภท ferritin และ haemosiderin ประมาณ 300 มก. ดังนั้นการบริจาคโลหิตหนึ่งครั้งจึงต้องชดเชยธาตุเหล็กสะสม ซึ่งถูกนำออกมาใช้เกือบทั้งหมด¹⁰ ในประเทศที่กำลังพัฒนามีรายงานการลดลงของธาตุเหล็กในสตรีหลังการบริจาคโลหิต^{7,11,12} และมีการพิจารณาลดความถี่ของการบริจาคโลหิตในผู้หญิงด้วย คู่มือการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตขององค์การอนามัยโลก¹ จึงให้คำแนะนำว่าระยะห่างของช่วงเวลาในการบริจาคโลหิตรวม ควรเป็น 12 สัปดาห์ในผู้ชาย และ 16 สัปดาห์ในผู้หญิง ส่วนการให้ธาตุเหล็กชดเชย ควรพิจารณาในรายผู้บริจาคอายุน้อยและผู้หญิงซึ่งได้ขยายระยะห่างของช่วงเวลาในการบริจาคโลหิต ว่ายังคงต้องให้ธาตุเหล็กเสริมหรือไม่ คู่มือดังกล่าวยังได้แนะนำให้หน่วยบริการโลหิตในแต่ละประเทศพิจารณาความเป็นไปได้ และความสามารถในการเพิ่มค่าใช้จ่ายของการให้ธาตุเหล็กเสริมในผู้บริจาคโลหิตประจำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะเกิด DIID และพิจารณา

ขีดความสามารถและความจำเป็นในการตรวจ serum ferritin แก่ผู้บริจาคโลหิตเป็นรายๆ ไป

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะเริ่มต้น DIID อาจตรวจ complete blood count (CBC) โดยติดตามดูค่า red blood cell distribution width (RDW) อย่างต่อเนื่อง แต่ควรรู้ในกลุ่มประชากรที่มีอัตราการเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมต่ำ (เช่น thalassemia trait) ส่วนการตรวจ serum ferritin อาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะขาดธาตุเหล็กสะสมก่อนที่จะปรากฏอาการโลหิตจางทางคลินิก (pre-clinical iron deficiency state)^{13,14}

การให้ธาตุเหล็กเสริมจะช่วยป้องกัน DIID ซึ่งจะเป็นมาตรการหนึ่งในการดูแลผู้บริจาคโลหิต อย่างมีคุณภาพ ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ในประเทศต่างๆ ทั้งที่เป็นโครงการนำร่องและวิจัยทางคลินิก¹⁵ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยได้ดูแลผู้บริจาคโลหิตโดยให้ธาตุเหล็กเสริมชนิด ferrous fumarate (200 มก.) ชนิดเม็ด รับประทานวันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 50 วัน ถือเป็น การชดเชยระยะเริ่มต้นที่มีการสูญเสียธาตุเหล็กในเลือด (initial supplement) ส่วนการให้ธาตุเหล็กขนาดสูงเป็นระยะเวลานานนั้นยังไม่แนะนำ เนื่องจากหากผู้บริจาคโลหิตมีภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น อาจไปบดบังพยาธิสภาพและการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่เป็นโรคที่มีภาวะผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบินแต่กำเนิด อาจเกิดการสะสมธาตุเหล็กเกินขนาด และอาจเกิดอุบัติเหตุที่เด็กเล็กนำไปรับประทานโดยไม่ตั้งใจ แล้วเกิดเป็นพิษขึ้น¹

สำหรับผู้บริจาคโลหิตที่ตรวจพบระดับ Hb ต่ำกว่าเกณฑ์ ด้วยการตรวจคัดกรองวิธี Copper sulphate density จะได้รับการตรวจยืนยันค่า Hb ด้วยวิธี hemoglobinometer และตรวจ CBC หากพบว่าโลหิตจางจะได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ ดบบริจาคโลหิตชั่วคราว และรับยาธาตุเหล็กไปรับประทานระยะสั้นประมาณ 30-60 วัน และสามารถกลับมาบริจาคโลหิตได้หากระดับ Hb อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่หากยังคงมีภาวะโลหิตจางก็จะได้รับการตรวจ CBC, serum ferritin และ hemoglobin typing และพบแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

การดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตสูงอายุ

(Aging donor health care)

มาตรฐานงานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2558⁸ ได้กำหนดให้ผู้บริจาคโลหิตประจำที่มีอายุเกิน 60 ปี สามารถบริจาคโลหิตต่อ

เนื่องได้ แต่ทั้งนี้ ต้องได้รับการตรวจสุขภาพ และตรวจเลือดดูค่า CBC, serum ferritin, blood chemistry และตรวจ EKG รวมทั้งมีคำรับรองจากแพทย์ว่าไม่มีป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะที่เป็นข้อห้ามของการบริจาคโลหิต สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุตั้งแต่ 60-65 ปี ให้ลดการบริจาคโลหิตลงเป็นปีละ 3 ครั้ง หรือทุก 4 เดือน สำหรับผู้บริจาคโลหิตอายุตั้งแต่ 65-70 ปี ให้ลดการบริจาคโลหิตลงเป็นปีละ 2 ครั้ง หรือทุก 6 เดือน ทั้งนี้เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีก่อนมาบริจาคโลหิต

ระบบคุณภาพ (Quality system)

องค์ประกอบของระบบคุณภาพที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต¹ ได้แก่

1. การจัดโครงสร้างองค์กร ที่ระบุตัวผู้มีอำนาจและความรับผิดชอบดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ
2. กำหนดผู้รับผิดชอบ ระบุภารกิจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และระบบการรายงาน
3. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต ซึ่งจะต้องใช้เป็นแนวทางปฏิบัติระดับชาติ โดยหน่วยงานที่รับบริจาคโลหิตต้องดำเนินการในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ
4. มีคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard operating procedures SOPs) ระบุรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติ เช่น การสัมภาษณ์คัดกรองผู้บริจาคโลหิต ผู้รับผิดชอบปฏิบัติ รวมทั้งการฝึกอบรม และการทดสอบความชำนาญอย่างสม่ำเสมอ การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่ต้องบันทึกได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้บริจาคโลหิต ข้อมูลการบริจาคโลหิตทุกครั้ง ผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น บันทึกการงดรับบริจาคโลหิตและเหตุผล ปฏิกริยาไม่พึงประสงค์หลังบริจาคโลหิต SOPs ต้องมีรายละเอียดของการรายงาน การตรวจติดตาม ประเมินผล และการทบทวนการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น SOPs จึงเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้บริจาคโลหิต อย่างมีคุณภาพ
5. ระบบคุณภาพ ต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้บริจาคโลหิต รวมทั้งมีการสืบค้นย้อนหลังได้อย่างแม่นยำโดยระบุผู้มีอำนาจเข้าถึงข้อมูล ต้องกำหนดหมายเลขประจำตัวผู้บริจาคโลหิตทุกคน ซึ่งต้องมีหมายเลขเดียวที่ไม่ซ้ำกับผู้อื่น
6. เครื่องมือ อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการรับบริจาคโลหิต ต้องได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัย และได้รับการสอบเทียบสม่ำเสมอ ส่วนอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้อำนวยความสะดวกในการรับบริจาคโลหิต ก็ต้องดูแลให้อยู่ในสภาพดี และปลอดภัย ต้องจัดน้ำดื่มที่สะอาดไว้สำหรับดื่มก่อนบริจาคโลหิต

การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้บริจาคโลหิต (Donor vigilance)

การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้บริจาคโลหิต นอกจากจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต หรือ hemovigilance system และเป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพในงานบริการโลหิต¹⁶ ก็ยังมีผลต่อดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิตอย่างมีคุณภาพ

หน่วยบริการโลหิต ควรพิจารณาใช้คำจำกัดความภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิต ตามคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต (guideline on hemovigilance) ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย¹⁷ ที่ได้อธิบายความหมายของภาวะแทรกซ้อนจากการบริจาคโลหิตชนิดต่างๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการและอาการแสดงเฉพาะที่ เช่น อาการเขียว ข้ำ บวม ผื่นแพ้ ภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการและอาการแสดงทั่วไป เช่น vasovagal reaction อาการเป็นลม ความดันโลหิตต่ำ ช็อก หมดสติ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ apheresis เช่น อาการชาริมฝีปาก แพ้ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการบริจาคโลหิต ติดตามเฝ้าระวังและรวบรวมรายงานความถี่ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมายังศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการประเมิน การแก้ไข และการพัฒนามาตรฐานที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการดูแลสุขภาพผู้บริจาคโลหิต ประชาชนซึ่งเป็นผู้บริจาคโลหิตจะเกิดความมั่นใจและมาเป็นผู้บริจาคโลหิตโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้น

สุขภาพของผู้บริจาคโลหิตเป็นสิ่งสำคัญมาก การดูแลสุขภาพที่ดี ครอบคลุมตั้งแต่การให้ข้อมูล การคัดกรอง การเจาะเก็บโลหิต การดูแลก่อนและหลังการรับบริจาคโลหิต และการสร้างระบบดูแลสุขภาพต่อเนื่องไปจนถึงการติดตามเฝ้าระวังความปลอดภัย จะทำให้ผู้บริจาคโลหิตเป็นผู้มีสุขภาพดี มีคุณภาพ สามารถมาบริจาคโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง โลหิตที่ได้รับจะเพียงพอ และปลอดภัย ซึ่งจะเป็นผลดีแก่ผู้ปฏิบัติงานบริการโลหิตของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donor, 2012.
2. Hanson SA, France CR. Predonation water ingestion attenuates negative reaction to blood donation. *Transfusion* 2004;44:924-8.
3. Newman B, Tommolino E, Andreozzi C, Joychan S, Podedic J, Heringhausen J. The effect of a 473-mL (16-oz) water drink on vasovagal donor reaction rates in high-school students. *Transfusion* 2007;47:1524-33.

4. Wieling W, France CR, van Dijk N, Kamel H, Thijs RD, Tomasulo P. Physiologic strategies to prevent fainting responses during or after whole blood donation. *Transfusion* 2011;51:2727-38.
5. Sorensen B, Johnsen S, Jorgensen J. Complications related to blood donation: a population-based study. *Vox Sang* 2008;94:132-7.
6. National Blood Centre, Thai Red Cross Society. Standards for blood banks and transfusion services. 4th ed. Bangkok : Udomsuksa Ltd., 2015.
7. Brittenham GM. Iron deficiency in whole blood donors. *Transfusion* 2011;51:458-61.
8. Boulton F. Evidence-based criteria for the care and selection of blood donors, with some comments on the relationship to blood supply, and emphasis on the management of donation-induced iron depletion. *Transfus Med* 2008;18:13-27.
9. Eder A. Evidence-based selection criteria to protect blood donors. *J Clin Apher* 2010;25:331-7.
10. Bianco C, Brittenham G, Gilcher RO, Gordeuk VR, Kushner JP, Sayers M, et al. Maintaining iron balance in women blood donors of childbearing age; summary of a workshop. *Transfusion* 2002;42:798-805.
11. Cable RG, Glynn SA, Kiss JE, Mast AE, Steele WR, Murphy EL, et al. Iron deficiency in blood donors: the REDS-II donor iron status evaluation (RISE) study. *Transfusion* 2012;52:702-11.
12. Rosvik AS, Ulvik RJ, Wentzel-Larsen T, Hervig T. The effect of blood donation frequency on iron status. *Transfus Apher Sci* 2009;41:165-9.
13. Alvarez-Ossorio L, Kirchner H, Kluter H, Schlenke P. Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation: strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. *Transfus Med* 2000;10:107-12.
14. Mozaheb Z, Khayami M, Sayadpoor D. Iron balance in regular blood donors. *Transfus Med Hemother* 2011;38:190-4.
15. Cable RG, Glynn SA, Kiss JE, Mast AE, Steele WR, Murphy EL, et al. Iron deficiency in blood donors: analysis of enrollment data from the REDS-II Donor Iron Status Evaluation (RISE) study. *Transfusion* 2011;51:511-22.
16. de Vries RRP, Faber JC, Strengers PFW. Haemovigilance: an effective tool for improving transfusion practice. *Vox Sang* 2011;100:60-7.
17. National Blood Centre, Thai Red Cross Society. Guideline on Hemovigilance. 1st ed. Bangkok : Udomsuksa Ltd., 2015.