



TU
RAC

Thammasat University
Research & Consultancy Institute
Quality Matters, Always

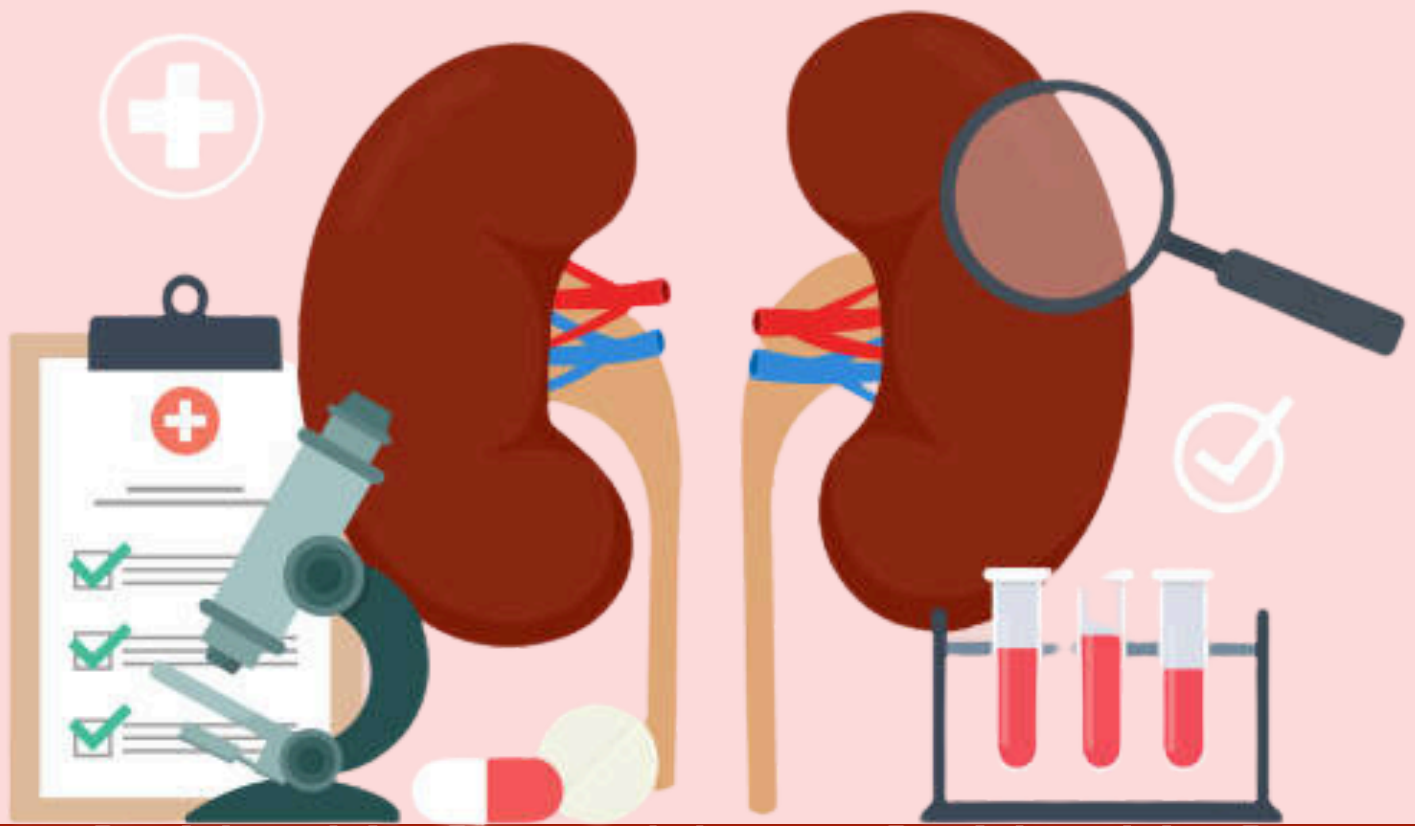
รายงานวิจัย
ฉบับสมบูรณ์

๒๕๖๗
2567

การศึกษาวิจัยจัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรัง และไตวายในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ

ภายใต้โครงการจ้างที่ปรึกษาศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชาและคณะ
สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ความเห็นและข้อเสนอในรายงานวิจัยนี้เป็นของนักวิจัย
เทศบาลตำบลบางปูไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาวิจัยจัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษา

ภาวะไตเรื้อรังและไตวายในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ

ภายใต้โครงการจ้างที่ปรึกษาศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร. ธีรเชลิม สุทธิพงษ์ประชาและคณะ

สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายชื่อวิทยากร ที่ปรึกษา และคณะทำงาน

รายชื่อวิทยากร

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หัวหน้าโครงการ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ชาตรี จันทโรลิกา คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นักวิจัย
3. รองศาสตราจารย์ ดร.นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นักวิจัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร.อุมา ลางกุลเสน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นักวิจัย
5. นายแพทย์ภัทร ชูติมานุกูล โรงพยาบาลระยอง	นักวิจัย
6. รองศาสตราจารย์ ดร.ภาคภูมิ ทิพคุณ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	นักวิจัย

รายชื่อที่ปรึกษา

- นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง
- นายวีระชัย ก่อนมณี

รายชื่อคณะทำงาน

- ดร. ภูวนท สัตตฤกษ์
- นายสมบัติ ชูเลื่อน
- นายเกษม สีดาภูต
- นางสาวจันทร์จิรา เกตุดี
- นางสาวเยาว์วัลยา อ่อนโพธิ์ทอง
- นายภัควัฒน์ ภูริพงษ์ธนวัต
- นางสาวธนพร ช่วยเจริญ
- นายพันเทพ สาลีวัฒนพงศ์กุล
- นายอัศวิน สาลิกาเกต

คำนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขที่ทุกประเทศกำลังเผชิญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในประชากร รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การได้รับสารเคมีโลหะหนัก หรือพฤติกรรมรับประทานอาหารรสจัด โดยจากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า 1 ใน 10 ของประชากรทั่วโลกมีการทำงานของไตผิดปกติ และพบว่ามีความเสี่ยงชีวิตประมาณ 1 ล้านคน ซึ่งมีความเสี่ยงจากการไม่ได้เข้ารับการรักษโรคไตเรื้อรังอย่างทันท่วงที และภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตทั้งหมดจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 25 คน กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 จำนวน 62,386 คน

รายงานการศึกษานี้จะนำเสนอสถานการณ์การอุบัติของโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งจะนำเสนอแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรังสำหรับเทศบาลตำบลบางปู และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อเทศบาลตำบลบางปูประกอบด้วย แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลัน ความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและดูแลรักษา ป้องกัน และชะลอภาวะไตเสื่อมอย่างครบวงจร

คณะที่ปรึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจในการบริการสาธารณสุขของเทศบาลตำบลบางปู และเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา
หัวหน้าโครงการ
29 มีนาคม 2567

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย ตันติศิรินทร์ กรรมการผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำ
กระทรวงสาธารณสุข นางเทียบจุฑา ขาวขำ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เขต 10 พรรคเพื่อไทย นายศิริพันธุ์
ศรีกงพลี รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการ
กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และนายวีระชัย ก้อนมณี ที่ปรึกษาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำ กำลังใจ และความคิดเห็นเชิงวิชาการและเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อ
การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ ดร. ธีรเชлим สุทธิพงษ์ประชา
หัวหน้าโครงการ
29 มีนาคม 2567

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ (2) จัดทำแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู และ (3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฝ้าระวังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลการศึกษาพบว่า

(1) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลบางปู มีประชากรที่เป็นไตเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 1,148 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 9.58) ระยะที่ 2 จำนวน 277 คน (ร้อยละ 24.13) ระยะที่ 3 จำนวน 537 คน (ร้อยละ 46.78) ระยะที่ 4 จำนวน 130 คน (ร้อยละ 11.32) และระยะที่ 5 จำนวน 94 คน (ร้อยละ 8.19)

(2) ใน 10 ข้างหน้า (พ.ศ. 2576) พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 7,814 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 5,374 คน และกลุ่มอายุระหว่าง 45-60 ปี จำนวน 4,933 คน ตามลำดับ

(3) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 หรือควอร์ไทล์สูงสุด (65,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 47 คน หรือร้อยละ 35.70 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องลาออกจากงานเพราะอาการเจ็บป่วยหรือเพื่อรักษาตัวเอง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 1 หรือ ควอร์ไทล์ต่ำสุด (12,500 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 39 คน หรือร้อยละ 29.10 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้น้อยต่อเดือนสูงสุดและรายได้น้อยต่อเดือนต่ำสุด

(4) ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 2 (22,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 49 คน หรือร้อยละ 38.58 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิม รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 (76,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 37 คน หรือร้อยละ 29.13 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้น้อยต่อเดือนสูงสุดและรายได้น้อยต่อเดือนปานกลาง

(5) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (182 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56) และจำนวน 59 คน หรือร้อยละ 24.44 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยังทำงานและหยุดงานเฉพาะวันที่ต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(6) เมื่อพิจารณาภาวะทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย 144 คน (ร้อยละ 51.55) รองลงมา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ 95 คน (ร้อยละ 34.02) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 9.28) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 5.15) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย จำนวน 136 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากต้องออกจากงานที่มีค่าเฉลี่ยเงินเดือน (หรือรายได้ต่อเดือน) สูงสุด คือ 23,750 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,677 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างได้รับค่าจ้างโดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทต่อเดือน

(7) หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 และผู้ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 นอกจากนี้ หลังจากทราบว่าตนเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (406 คน หรือร้อยละ 96.88) ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 242 คนหรือร้อยละ 57.81 ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน โดยจากการสำรวจจำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยพบว่า

(7.1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,417 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 200,000 บาท และค่าต่ำสุด 400 บาท

(7.2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน ได้แก่ การต่อเติมบ้าน ปรับเปลี่ยนห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,428 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 100,000 บาท และค่าต่ำสุด 1,000 บาท

(7.3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินจ้างคนมาดำเนินการบางอย่างแทน เช่น ดูแลบิดามารดา ทำงานบ้าน ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 22,576 บาทและมีค่าสูงสุด คือ 75,000 บาท และค่าต่ำสุด 2,500 บาท

(7.4) ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมากที่สุด จำนวน 99 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 97.06 ของผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 154 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63.90 ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับ

การล้างไต พบว่า มีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษ 6 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.89 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่ได้รับการล้างไต

(7.5) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละประเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยสูงสุด กล่าวคือ มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 73,750 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 65,500 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 35,800 บาท ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายทั้ง 3 รายการรองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 18,500 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 28,440 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 26,430 บาท

(8) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 301 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.83 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดต้องรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งรวมด้วย และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่น ดังนี้ **ค่ารักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น** มีค่าเฉลี่ย 21,513 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 216,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 480 บาทต่อปี **ค่ายาจากร้านยา** ค่าเฉลี่ย 15,061 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี **ค่ายาแผนโบราณหรือสมุนไพร** ค่าเฉลี่ย 4,311 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 20,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี **ค่าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์อื่น ๆ เช่น อาหารเสริม เป็นต้น** ค่าเฉลี่ย 32,819 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 500 บาทต่อปี

(9) อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการเจ็บหรือไม่สบาย (ร้อยละ 54.89) ปัญหาบริเวณที่ใส่สาย Catheter (ร้อยละ 47.26) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 47.02) มีอาการคลื่นไส้ อยากอาเจียน (ร้อยละ 46.78) และมีความกังวล (ร้อยละ 44.39) อาการเจ็บป่วยที่ได้รับผลกระทบมากมีเพียง 1 อาการ คือ อาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า (ร้อยละ 25.78) กรณีสภาพปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมีปัญหาอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 57.76 รองลงมา คือ ความเจ็บปวดและความไม่สบายเนื้อสบายตัว (ร้อยละ 54.65) ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 54.18) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 51.31) และการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 51.07)

จากผลการศึกษาดังกล่าว เทศบาลตำบลบางปูมีเหตุผลความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการจัดบริการบำบัดรักษา ป้องกัน และชะลอภาวะไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลันในประชากร โดยคณะที่ปรึกษามีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

(1) พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล ข้อ (2) และองค์ประกอบที่ 5 สถานที่

(2) ประเทศไทยและพื้นที่ จ.สมุทรปราการ จึงมีความเสี่ยงด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับสูงในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการดูแลรักษาและ

ประทับประคองผู้ป่วยที่ประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวาย หากเทศบาลตำบลบางปูมีนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงไม่ควรดำเนินการจัดบริการด้วยตนเอง แต่ควรร่วมกับเอกชน หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ ที่จำเป็นในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต พยาบาล ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ พยาบาลฟอกเลือดผ่านเยื่อช่องท้อง สิ่งสำคัญ คือ การทำความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับอายุรแพทย์โรคไตและ กุมารแพทย์โรคไตซึ่งต้องรับผิดชอบการเปิดเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือด และดูแลรักษาคนไข้ในกรณีฉุกเฉิน

(3) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการร่วมกับเอกชนควรเป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2562 และเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องดำเนินการให้หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสุขภาพตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เนื่องจากในปัจจุบัน เทศบาลยังไม่สามารถ มอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานอื่นดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจแทนได้ แม้พระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 22 จะกำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถมอบหมายให้เอกชนดำเนินการจัดบริการสาธารณะแทนได้ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ระบุไว้ในกฎกระทรวง เนื่องจากยังไม่มีกฎกระทรวงดังกล่าว

(4) เนื่องจากเทศบาลตำบลบางปูเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ดังนั้น การดำเนินการจัดบริการสาธารณะใดจะต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายและคำแนะนำและข้อกำหนด ของส่วนราชการและหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณะด้านนั้นโดยตรง ทั้งนี้ คณะที่ปรึกษาได้ นำเสนอมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับ ผู้ป่วยโรคไต นอกจากนี้ ยังมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีหน้าที่ และอำนาจกำกับดูแลหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งนี้ หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0207.11/872 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566 เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติการขอเปิด หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระดับเขตเป็นผู้พิจารณาอนุมัติการขอเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียมแห่งใหม่

(5) แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่ใช้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเครื่องการันตีคุณภาพการ บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย โดยเทศบาลตำบลบางปูอาจเลือกที่ จะดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยตนเองตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและ มาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือจ้างเหมาบริการเอกชนมาดำเนินการ ไม่ว่าเทศบาลตำบลบางปู จะเลือกการบริหารคลินิกฟอกไตในรูปแบบใดก็ตาม คลินิกฟอกไตเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องปฏิบัติตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

(6) เอกชนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ้างเหมาบริการเพื่อดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องปฏิบัติตามตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพทุก 3 เดือน

(7) ด้วยกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันและผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม รูปแบบการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบลบางปู คือ การจ้างเหมาบริการเอกชน ซึ่งแม้ว่าเทศบาลตำบลบางปูจะสามารถโอนภาระและความเสี่ยงในการจัดบริการให้แก่เอกชน แต่ผู้ประกอบการเอกชนก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังนั้น เทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องวางแผนระบบการกำกับดูแลเอกชนที่รับจ้างเหมาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรจุหรือจ้างแพทย์ที่มีประสบการณ์ ความรู้ และความเชี่ยวชาญเพื่อบริหารจัดการและกำกับดูแลการบริการของเอกชนในภาพรวม

(8) คณะที่ปรึกษาได้ออกแบบรูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไตตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะระบบบริการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบอาคารเป็นอาคาร 2 ชั้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พิการหรือสูงอายุ มีห้องพักรพบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นสัดส่วน และมีห้องฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และรายละเอียดอื่นตามที่ปรากฏในบทที่ 6 ของรายงานฉบับนี้

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ (2) จัดทำแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู และ (3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฝ้าระวังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลการศึกษาพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลบางปู มีประชากรที่เป็นไตเรื้อรังจำนวนทั้งหมด 1,148 คน ใน 10 ชำนาญ (พ.ศ. 2576) พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 7,814 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 5,374 คน และกลุ่มอายุระหว่าง 45-60 ปี จำนวน 4,933 คน ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรังมากที่สุด และจากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากครีเอตินินทุกประเภทและทุกกลุ่มรายได้ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต่างได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง โดยร้อยละ 75.56 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูไม่มีอาชีพ ในขณะที่ร้อยละ 51.55 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้เสนอแผนแม่บทและธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอภาวะไตเสื่อมของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางปู โดยผสมผสานทั้งมาตรการเชิงรุก ได้แก่ การสร้างผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรณรงค์ไม่ให้ประชาชนรับประทานอาหารเค็มและรสจัด และมาตรการเชิงรับ ได้แก่ การสร้างหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 อย่างครบวงจร

คำสำคัญ:	โรคไตเรื้อรัง	การสร้างเสริมสุขภาพ	การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	เทศบาล	การสาธารณสุขท้องถิ่น

Abstract

This research had three objectives. First, it sought to investigate the incidence and prevalence of chronic kidney diseases (CKD) and other non-communicable diseases (NCDs) in the Bangphu subdistrict municipality, as well as problems and obstacles for chronic kidney disease patients in gaining access to proper treatment in the municipal area. Second, the research aimed to develop a master plan and community charter that includes pro-active and mitigation measures to prevent and delay progression of the chronic kidney disease. Third, policy recommendations and architectural and clinical design of a hemodialysis center are proposed.

This research found that there were 1,148 patients with the chronic kidney disease in the Bangphu municipality in 2023 and that this figure was anticipated to increase by approximately ten times in 2033. The elderly populations were expected to bear the full brunt of this disease. Based on our survey data, the patients from all socioeconomic backgrounds, as well as their family members, were affected by this disease. 75.56% of chronic kidney disease patients were unemployed, while more than half of the care providers (51.55%) were the patients' relatives or family members who had to leave their work to care for the patients.

This research proposes a master plan that includes both pro-active and mitigation measures, including citizen empowerment program, construction of a hemodialysis center, transportation arrangement for chronic kidney disease patients, and health promotion activities. A set of policy recommendations are also proposed to the municipal government, especially on the construction of the hemodialysis center and how to proceed with the chronic kidney disease prevention master plan.

Keywords:	Chronic Kidney Disease	Health Promotion	Hemodialysis
	Local Government	Municipality	Local Public Health

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	๑
บทสรุปผู้บริหาร	๒
บทคัดย่อ	๗
ABSTRACT	๘
สารบัญตาราง	๑๓
สารบัญภาพ	๑๕
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	5
1.4 ขอบเขตการศึกษาวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.6 นิยามศัพท์เทคนิค	7
บทที่ 2 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 สถานการณ์โรคไควายเรื้อรัง	8
2.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ	9
2.2.1 แนวคิดที่ว่าด้วยปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: SDHS)	10
2.2.2 แนวคิดที่ว่าด้วยการเสริมพลังอำนาจ	12
2.2.3 การเสริมพลังอำนาจชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	13
2.2.4 ภาวะปฏิบัติของการเสริมพลังชุมชนในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ	15
2.3 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	16
2.3.1 กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	16
2.3.2 ขั้นตอนในการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับของผู้ให้บริการ	17
2.4 รูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	22
2.4.1 รูปแบบในการพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	22
2.4.2 รูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในต่างประเทศ	27
2.4.3 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	33

2.5 แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง.....	41
2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนการผลิตงานสุขภาพและงานสาธารณสุข	41
2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	45
2.6 มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	47
2.6.1 องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล.....	47
2.6.2 องค์ประกอบที่ 2 หน่วยไตเทียม.....	48
2.6.3 องค์ประกอบที่ 3 การรักษาภายในหน่วยไตเทียม.....	51
2.6.4 องค์ประกอบที่ 4 บุคลากร	53
2.6.5 องค์ประกอบที่ 5 สถานที่.....	55
2.6.6 องค์ประกอบที่ 6 เครื่องไตเทียม และตัวกรอง.....	57
2.6.7 องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ และน้ำยาไตเทียมเข้มข้นมาตรฐาน	59
2.6.8 องค์ประกอบที่ 8 อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต	63
2.6.9 องค์ประกอบที่ 9 แบบบันทึก และคู่มือปฏิบัติงาน	64
2.6.10 องค์ประกอบที่ 10 การประเมินและติดตามผู้ป่วย	67
2.6.11 องค์ประกอบที่ 11 กระบวนการพัฒนาหน่วยไตเทียม.....	69
2.7 กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง.....	76
2.7.1 กฎหมายแม่บทหรือกฎหมายปฐมภูมิ (PRIMARY LEGISLATION)	76
2.7.2 กฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายลูก (SUBORDINATE OR DELEGATED LEGISLATION).....	83
2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา	89
บทที่ 3 วิธีการศึกษา.....	92
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	92
3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
3.3 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97

บทที่ 4 ผลการศึกษา (ตอนที่ 1).....	99
4.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบันและในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า.....	99
4.1.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบัน (พ.ศ. 2562-2566).....	99
4.1.2 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576).....	103
4.2 ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเจียบพลันในการเข้าถึงบริการฟอกไต ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจและภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเจียบพลันและญาติหรือผู้ดูแล	107
4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (DESCRIPTIVE STATISTICS).....	107
4.2.2 ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวในชีวิตประจำวัน	110
4.3 วิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดตั้งคลินิกฟอกไตเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเจียบพลัน ให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ.....	127
4.3.1 ความเหมาะสมของทางภูมิศาสตร์และความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการของอาคารคลินิก ดูแลรักษาและฟอกไต เทศบาลตำบลบางปู.....	127
4.3.2 รูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต รวมทั้งการออกแบบระบบน้ำ และระบบบริการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นไปตามมาตรฐานสมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย	131
4.3.3 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเจียบพลันของคลินิกฟอกไต เทศบาลตำบลบางปู โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับศูนย์ไตหรือโรงพยาบาลที่มีศูนย์ฟอกไต รวมถึงคลินิก โรคเรื้อรังและระบบบริการเพิ่มเติมในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการหรือพื้นที่อื่น ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับเทศบาลตำบลบางปู จำนวนอย่างน้อย 2 แห่ง.....	137
บทที่ 5 ผลการศึกษา (ตอนที่ 2).....	141
5.1 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบ ต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.....	142
5.1.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง (STRENGTH) และจุดอ่อน (WEAKNESS) ของเทศบาลตำบลบางปู.....	142
5.1.2 การวิเคราะห์โอกาส (OPPORTUNITY) และภาวะคุกคาม (THREAT) ของเทศบาลตำบลบางปู.....	147
5.2 ความเสี่ยงด้านกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถร่วมให้บริการในคลินิกฟอกไต และคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูตามมาตรฐานทางวิชาชีพและมาตรฐานสมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย.....	153
5.3 รูปแบบการบริหารจัดการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบล บางปู.....	154
5.4 แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (CHRONIC KIDNEY DISEASE: CKD) เทศบาลตำบลบางปู.....	158

5.4.1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NON-COMMUNICABLE DISEASES: NCDs) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู.....	158
5.4.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นที่ และชะลอโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู.....	159
4.4.3 ความคิดเห็นของตัวแทนชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์ และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	164
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอเชิงนโยบาย.....	166
6.1 สรุปผลการศึกษาและแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคเรื้อรังเทศบาลตำบลบางปู	166
6.1.1 สรุปผลการศึกษา.....	166
6.1.2 แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคเรื้อรังเทศบาลตำบลบางปู.....	170
6.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเจ็บป่วยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู....	176
6.3 สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะและการประชุมชี้แจงผลการศึกษาวิจัยและแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปู.....	181
6.3.1 สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะวันที่ 7 มีนาคม 2567	181
6.3.2 สรุปผลการประชุมชี้แจงแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปู วันที่ 7 มีนาคม 2567.....	182
บรรณานุกรม	188
ภาคผนวก	191

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM)	23
ตารางที่ 2	ต้นแบบการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศต่าง ๆ	25
ตารางที่ 3	สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.....	70
ตารางที่ 4	แหล่งข้อมูลปฐมภูมิและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย	94
ตารางที่ 5	แหล่งข้อมูลทุติยภูมิและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย.....	95
ตารางที่ 6	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	101
ตารางที่ 7	คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576).....	106
ตารางที่ 8	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (N = 419).....	108
ตารางที่ 9	รายได้ต่อเดือนก่อนออกจากงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ลาออกจากงานเพราะมีอาการป่วยหรือเพื่อรักษาอาการป่วย (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 134).....	111
ตารางที่ 10	รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิม (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 154)	113
ตารางที่ 11	รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่ (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 27).....	113
ตารางที่ 12	ข้อมูลลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 280)	116
ตารางที่ 13	ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย (N = 136).....	117
ตารางที่ 14	ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับบริการผู้ป่วยนอก (N = 300).....	118
ตารางที่ 15	ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการผู้ป่วยใน (N = 47).....	119
ตารางที่ 16	ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419).....	120
ตารางที่ 17	เปรียบเทียบความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต (N = 419).....	120
ตารางที่ 18	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 419).....	121
ตารางที่ 19	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นร่วมด้วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 301).....	122
ตารางที่ 20	ระดับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419).....	124
ตารางที่ 21	สภาพปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)	126
ตารางที่ 22	ต้นทุนต่อหน่วยโดยประมาณในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยไตเทียมเทศบาลตำบลบางปูต่อเนื่อง.....	138

ตารางที่ 23	เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยไตเทียม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. (จ.ชลบุรี) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. (จ.นนทบุรี).....	140
ตารางที่ 24	จุดแข็ง (Strength) – จุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อ การจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย	145
ตารางที่ 25	โอกาส (Opportunity) – ภาวะคุกคาม (Threat) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อ การจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่ง ประเทศไทย	151
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	158

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการศึกษา	90
ภาพที่ 2	เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูกับพื้นที่อำเภอเมือง จ.สมุทรปราการ (จำแนกระยะ) ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566.....	102
ภาพที่ 3	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จ.สมุทรปราการ (จำแนกระยะ) ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566.....	103
ภาพที่ 4	สัดส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) ในพื้นที่ เทศบาลตำบลบางปู.....	104
ภาพที่ 5	สัดส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) ในพื้นที่ เทศบาลตำบลบางปู.....	105
ภาพที่ 6	จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ (จำแนกตามพื้นที่) (N = 419).....	109
ภาพที่ 7	จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ (จำแนกตามรูปแบบการได้รับบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง) (N = 419).....	109
ภาพที่ 8	ภาวะการมีงานทำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)	110
ภาพที่ 9	ภาวะมีงานทำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงาน (N = 154).....	112
ภาพที่ 10	ภาระการทำงานและการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 241).....	114
ภาพที่ 11	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (จำแนกตามระยะเวลา ที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อครั้ง) (N = 241)	114
ภาพที่ 12	การมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับบริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง (N = 343).....	115
ภาพที่ 13	จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการฟอกเลือดในชีวิตประจำวัน (N = 217).....	115
ภาพที่ 14	ภาระในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419).....	122
ภาพที่ 15	จุดที่ 1 อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปู	127
ภาพที่ 16	จุดที่ 2 อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิม.....	128
ภาพที่ 17	จุดที่ 3 พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่า.....	129
ภาพที่ 18	จุดที่ 4 อาคารศูนย์การเรียนรู้เทศบาลตำบลบางปู	130
ภาพที่ 19	แบบแปลนสถานที่ตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เทศบาลตำบลบางปู (ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา)	133
ภาพที่ 20	จำนวนแพทย์และพยาบาลโรคไตในประเทศไทย พ.ศ. 2565.....	153
ภาพที่ 21	วิสัยทัศน์และประเด็นยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ พื้นฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสม กับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586).....	163

บทที่ 1

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขที่ทุกประเทศกำลังเผชิญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูงที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในประชากร รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การได้รับสารเคมีโลหะหนัก หรือพฤติกรรมรับประทานอาหารรสจัด โดยจากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า 1 ใน 10 ของประชากรทั่วโลกมีการทำงานของไตผิดปกติ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการไม่ได้เข้ารับการรักษาโรคไตวายเรื้อรังอย่างทันท่วงที (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) และภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตทั้งหมดจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ ในกรณีประเทศไทย กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2566) พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 25 คน กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 จำนวน 62,386 คน

สาระสำคัญของบทนี้ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอบเขตการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และนิยามศัพท์เทคนิค โดยทั้งหมดนี้เป็นการปูพื้นฐานข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการศึกษาวิจัยจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการแก้ไขปัญหาระยะไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูก่อนที่จะไปสู่ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ (รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้วและคณะ, 2559) โดยพบความชุกร้อยละ 10-16 เสียชีวิตมากกว่าหนึ่งล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยจากการสุ่มตัวอย่างประชากรทั่วประเทศพบความชุกโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.52 ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานเผชิญกับโรคเป็นเวลาหลายปีเพราะการดูแลรักษามีเป้าประสงค์เพียงชะลออัตราการเสื่อมก่อนที่จะนำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) (อดิสร อุดรทักษ์, สุลาวัลย์ วรรณโคตร, วิชุนี ละม้ายศรี, และธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์, 2566) ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ย ประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) ต้องใช้งบประมาณการล้างไต ในปี 2565 สูงถึง 9,731 ล้านบาท ซึ่งหากรวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังในสิทธิอื่น ได้แก่ สิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาทต่อปี ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 โรคไตเรื้อรังมีสาเหตุเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.50) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.80) (โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเสื่อมการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือปี ซึ่งโรคส่วนใหญ่มักจะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับมาทำงานอย่างปกติและพบบ่อยขึ้นในประชากรไทย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตไม่ดีและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้น ด้วยอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการป้องกันการเกิดโรคและการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จึงมีความสำคัญเพื่อลดอุบัติการณ์ของไตวายระยะสุดท้าย (สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา, 2562)

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพของประชากรในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาลและเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล ภาวะของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากคุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ และสุขภาพทางสังคม (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2562; จตุพร จันทะพฤษ และ ลักขณา ชอบเสียง, 2563) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือทำงานได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปกติผู้ป่วยจะมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเกลือแร่และมีสภาวะกรดต่างมากขึ้นการทำงานในระบบต่างๆของร่างกายจะผิดปกติผู้ป่วยจะมีอาการบวมชืดเหนื่อยง่ายอ่อนเพลียสับสน โดยในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี (ชญานา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนพวรรณ พินิจจรเดช, 2564) และวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างของเสียออกทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ (Kidney Transplant) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี

นอกจากการรักษาแบบประคับประคองแล้ว สุพัตรา เชาวไวย และคณะ (2566) ยังกล่าวถึงการป้องกันไม่ให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังและการชะลอไม่ให้ไตเสื่อมไปสู่ระยะสุดท้ายด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถนำข้อมูลข่าวสารและความรอบรู้ด้านสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนที่มีเสี่ยงเป็นโรคไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และในที่สุดย่อมจะช่วยระบบสาธารณสุขภาคีรัฐประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดย Stomer et al. (2022) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยส่วนใหญ่มีกระบวนการคิดและตัดสินใจดูแลตนเองแบบวันต่อวัน และการเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและพัฒนาไปเป็นโรคร่วมอื่นด้วย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้

ทั้งนี้ สายฝน สารินทร์และคณะ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และ จตุพร จันทะพุกษ์ และ ลักษณะชอบเสียง (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2 ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีและตราด และ ชญาภา วรพิทยาภรณ์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้พบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาที่จำกัดเกี่ยวกับเรื่องนี้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจะต้องมีการปรับตัวปรับพฤติกรรม การดำรงชีวิตดังกล่าวมาแล้วข้างต้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเอง และเพื่อไม่ให้เป็นการระแກ่ครอบครัวและสังคม โดยในปัจจุบันมีผู้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมามากมายเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลของโรคและการรักษา ว่ามีผลอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient Perspective) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติ ทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคมความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมและภาวะสุขภาพโดยทั่วไป นอกจากนี้มิติหลักที่กล่าวมาแล้วยังมีมิติอื่น ยกตัวอย่างเช่น การมีเพศสัมพันธ์ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2562) การเป็นโรคไตวายเรื้อรังส่งผลให้การสูญเสียคุณภาพชีวิตทั้งในระยะแรก ของ โรคไตวายเรื้อรัง เพราะต้องเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากที่เคยปฏิบัติตามปกติเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และระยะสุดท้ายที่มีการฟอกไตในระยะเริ่มแรกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดลงอย่างรวดเร็ว (Pagel et al., 2012) มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะได้รับการบำบัดทดแทนทางไตเป็นจำนวนมากทั้งในประเทศไทย ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ตีปัญญา (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Ismael และ Rashid (2020) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสถานะทางการเงินต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ ด้วยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 47 ได้บัญญัติสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 วรรคหนึ่ง บัญญัติให้ “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ” ประกอบกับ พ.ร.บ. เทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2562 มาตรา 51 (6) ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย เทศบาลตำบลอาจจัดให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคนไข้ ในการนี้ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยโดยคณะกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาได้จัดทำคู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561 ซึ่งกล่าวถึงแนวทางการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาในหน้า 3 ว่า “การรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาเป็นวิธีการรักษาเพื่อการกำจัดสารเคมีและโปรตีนในเลือดที่มีฤทธิ์เป็นพิษออกจากร่างกาย โดยการนำเลือดของผู้ป่วยไปผ่านตัวกรองที่มีคุณสมบัติจำเพาะและเหมาะสมในการกรองสารต่าง ๆ ออกจากเลือด มีวัตถุประสงค์เพื่อ

การรักษาโรค และ/หรือการป้องกันบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการมีสารพิษ สารเคมีและสารน้ำส่วนเกินใช้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไตวายทั้งชนิดเรื้อรังหรือเฉียบพลันรุนแรง...โดยมีความมุ่งหวังให้ได้ผลการแก้ไขภาวะไตวายในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและไตวายเฉียบพลัน รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิต

ดังนั้น การรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไตวายเรื้อรังจึงถือเป็น “การพิทักษ์รักษาคนไข้” และการป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะระดับโพแทสเซียมสูงในกระแสเลือด (Hyperkalemia) ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นอันเนื่องมาจากภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง อาการชักหรือหมดสติ และภาวะติดเชื้อง่ายและรุนแรง

อย่างไรก็ตาม แม้การจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไตวายเรื้อรังจะเข้าข่ายหน้าที่และอำนาจเลือกทำใน “การพิทักษ์รักษาคนไข้” ตาม พ.ร.บ. เทศบาล พ.ศ. 2496 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่เนื่องจากการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไตวายเรื้อรังมีความสลับซับซ้อนทางเทคนิควิชาการและเชื่อมโยงกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างครบวงจร และการดูแลแบบประคับประคอง เทศบาลตำบลบางปูจึงจำเป็นต้องดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจสภาพปัญหาและอุปสรรคของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในการเข้าถึงบริการรักษาโรคไตวายเรื้อรังในพื้นที่ รวมทั้งการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังหรือชะลอไตเสื่อม นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาวิจัยแนวทางการเตรียมความพร้อมสถานที่ ระบบการบริหาร และแนวทางการจัดบริการรักษา บำบัด และฟื้นฟูภาวะไตวายเรื้อรัง เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและหลักประกันคุณภาพของหน่วยบริการฟอกไตและชะลอไตเสื่อมของเทศบาลตำบลบางปูในอนาคต

สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จึงมีความประสงค์เสนอต่อเทศบาลตำบลบางปูศึกษาวิจัยและจัดทำแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งวิเคราะห์และจัดทำมาตรการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยเฉพาะแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการคลินิกฟอกไต คลินิกโรคเรื้อรัง และระบบบริการเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมาย

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่

1.2.2 เพื่อจัดทำแผนแม่บทและธรรมนุญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู

1.2.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.4 ขอบเขตการศึกษาวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ

(1) สภาพปัญหาเชิงพื้นที่

(1.1) จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบัน และคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในระยะเวลา 10 ปี ข้างหน้า

(1.2) ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในการเข้าถึงบริการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจและภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลัน และญาติหรือผู้ดูแล

(2) ความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปู

(2.1) ความเหมาะสมของการจัดตั้งคลินิกฟอกไตเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้แก่

ก. ความเหมาะสมของทางภูมิศาสตร์และความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการของอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไตเทศบาลตำบลบางปู

ข. รูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต รวมทั้งการออกแบบระบบน้ำและระบบบริการทางคลินิก ที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นไปตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ค. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันของคลินิกฟอกไตเทศบาลตำบลบางปู

(2.2) ความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้แก่

ก. จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ข. ความเสี่ยงด้านกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ที่สามารถร่วมให้บริการในคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูตามมาตรฐานทางวิชาชีพและมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ค. รูปแบบการบริหารคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบลบางปู

(3) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู

(3.1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ที่ใช้ยารักษาโรคเป็นระยะเวลายาวนาน และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นโรคไตเรื้อรัง

(3.2) ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่รับผิดชอบเทศบาลตำบลบางปู อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา

6 เดือน (ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เทศบาลตำบลบางปูได้ทราบผลการวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่

1.5.2 เทศบาลตำบลบางปูได้แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู

1.5.3 เทศบาลตำบลบางปูได้ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเจ็บป่วยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.6 นิยามศัพท์เทคนิค

1.6.1 **โรคเรื้อรัง (Chronic Disease)** หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน มักได้แก่ โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มะเร็ง โรคมุมิแพ่ เป็นต้น นอกจากนี้ โรคติดเชื้อเรื้อรัง (Chronic infectious disease) ได้แก่ วัณโรค ก็จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน โรคเรื้อรังเหล่านี้บางชนิดก็อาจค่อยๆ เบาละหรือหายได้ แต่จะต้องใช้เวลานาน บางชนิดจะทรุดลงและหมดทางเยียวยา เช่น โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น บางชนิดถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก็อาจหายขาดได้) แต่ต้องกินยาและติดตามผลการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ บางชนิด ถ้าได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอยู่ได้นานชั่วอายุขัยเช่นคนปกติธรรมดา

1.6.2 **ธรรมนูญสุขภาพ** หมายถึง กรอบกติกา ข้อตกลง หรือแนวทางพัฒนาซึ่งเกิดจากคนในชุมชนร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมมือกันปฏิบัติเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี

1.6.3 **ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด (Hemodialysis)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดเป็นการกรองของเสียแทนไต

1.6.4 **ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างช่องท้องเป็นการกรองของเสียแทนไต

1.6.5 **การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)** หมายถึง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการรับไตจากผู้อื่น ซึ่งแหล่งที่มาของไตแบ่งออกเป็นจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตหรือที่ยังมีชีวิตอยู่

บทที่ 2

ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้จะเป็นการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไตวายเรื้อรัง แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง หลังจากนั้น จะเป็นการทบทวนแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แนวคิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อซึ่งครอบคลุมมาตรฐานหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และในส่วนสุดท้ายของบทนี้จะเป็นการทบทวนกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู

2.1 สถานการณ์โรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 10,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต รวม 4 หมื่นคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต คือ 2 แสนบาทต่อคนต่อปี ค่ารวมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งประเทศสูงถึง 4-6 พันล้านบาท นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับภาระค่ายา ค่าพาหนะ และคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ คือมีความทุกข์ทั้งกายและใจ ในขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษา ด้านโรคไตยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น และจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์พบว่า ภาคตะวันออกเฉยเหนือและภาคเหนือมีผู้ป่วยโรคไตมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่าอายุที่มากขึ้นทุก 10 ปี มีโอกาสป่วยสูง 2.99 เท่า และมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี จากสถิตินี้จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ, 2563)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อนี้ คือ ไตถูกทำลายจนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้หรือผู้ป่วยมีค่า eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 ถ้าไม่มีหลักฐานว่าไตผิดปกติจะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว หรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) จากการศึกษา

MedResNet ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 17.5 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อไตจนกระทั่งเกิดไตเสื่อม การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ถ้ามีปัจจัยเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วขึ้นกว่าปกติ เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียไตถาวรเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิตจะทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะยูรีเมีย ความดันโลหิตสูง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด ความไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะสารน้ำเกิน ภาวะเลือดเป็นกรด ปัญหาระบบประสาท ผลกระทบต่อผิวหนัง และปัญหาทางด้านจิตสังคม ซึ่งการรักษาามีหลายวิธีและมีความแตกต่างกัน มีผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กันไปเช่นกัน (จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ, 2563)

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาระยะโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอให้เกิดภาวะไตเสื่อมช้าที่สุดจึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยระยะของไต การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ โดยการควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและการดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ และคณะ, 2563, น. 1036)

2.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐได้โดยใช้ “หลักการเสริมสร้างการดำเนินงานในชุมชนที่เข้มแข็ง” ซึ่งหัวใจสำคัญของกระบวนการทำงาน คือ “การเสริมสร้างพลังชุมชน” ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพัฒนาชุมชนจึงเป็นการตั้งศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อใช้พัฒนาตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันในชุมชน โดยผ่านการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาร่วมกัน การพัฒนาชุมชนในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้หากชุมชนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง รวมทั้งมีโอกาเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพได้

คำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มุ่งให้เกิดสุขภาวะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยนำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรง สภาพจิตใจสมบูรณ์ อายุยืนยาว และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Thai Health Promotion Foundation, 2001) การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเพื่อเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบุคคลจะต้องระบุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน (Umprommi, 2013) ตระหนักและต้องการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหที่เป็นอยู่ พร้อม รับมือกับสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีรูปแบบการดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกับการ ดำรงชีวิต (Phalasuek, 2018)

หลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยได้ยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานนั้น ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 5 ประการ ดังนี้ (Umprommi, 2013):

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดให้สุขภาพเป็นวาระของทุกภาคส่วน และทุกระดับ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสังคม

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เนื่องจากคนกับสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้น จะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดสุขภาพของคนในสังคม

3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง เพื่อ เป็นกลไกขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพผ่านการดำเนินกิจกรรมที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือ “การเสริมพลังชุมชน” ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่างๆ และส่งผลให้ สามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของ ตนเองและสิ่งแวดล้อม ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และ

5) การปรับเปลี่ยนระบบ บริการสุขภาพ ให้เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งบุคคล ชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ และภาครัฐ ทุก ภาคส่วนต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพะ

จะเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการดำเนินงานสาธารณสุขแนวใหม่ที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงทิศทางจากการพึ่งพิงรัฐมาเป็นการป้องกันส่งเสริม จากที่หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทให้บริการเพียงฝ่ายเดียวกลายมาเป็นให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพและ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDHs)” ของตนเพื่อทำให้มีสุขภาพที่ดีเนื่องจากสุขภาพเป็นผล ปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นเหตุ การสร้างเสริมสุขภาพจึงมุ่งดำเนินการกับเหตุ โดยมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สามารถแก้ไขได้ คือ ปัจจัยเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Srirattanaball, 2017) อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล

2.2.1 แนวคิดว่าด้วยปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDHs)

กล่าวได้ว่าการเข้าถึงสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญาจะต้องดำเนินการควบคุม “ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDHs)” ที่สำคัญซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ได้กำหนดไว้ดังนี้:

1) รายได้และสถานะทางสังคม (Income and Social Status) การมีรายได้และสถานะทางสังคมที่สูงขึ้นเชื่อมโยงกับ สุขภาพที่ดีขึ้น

2) การศึกษา (Education) การศึกษาดำเนินการเชื่อมโยงกับสุขภาพที่ไม่ดี เกิดความเครียดมากขึ้น และความมั่นใจในตนเองลดลง

3) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) น้ำที่ปลอดภัยและอากาศที่สะอาด สถานที่ทำงานที่ถูกสุขลักษณะ บ้านที่ปลอดภัย รวมทั้งชุมชนและถนนต่าง ล้วนมีผลต่อสุขภาพที่ดี

4) เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Network) ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งต่างเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

5) การถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Genetics) ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดอายุการใช้งานสุขภาพ และโอกาสในการเกิดโรคบางอย่าง

6) บริการสุขภาพ (Health Services) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบป้องกันและรักษาโรค มีผลต่อสุขภาพ

7) เพศสภาพ (Gender) ชายและหญิงต้องทนทุกข์จากโรคชนิดต่าง ๆ ในวัยที่ต่างกัน เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน

เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน ผู้ศึกษาได้จำแนก “ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDHs)” ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชุมชนสามารถจัดการได้ เช่น การศึกษา รายได้ และสถานะทางสังคม เมื่อการศึกษาของบุคคลสูงขึ้นจะส่งผลให้มีรายได้และสถานะทางสังคมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย นอกจากนั้น เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลและชุมชนเช่นกัน และ 2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชุมชนไม่สามารถจัดการได้ คือ ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข ลักษณะทางพันธุกรรมและเพศที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการสร้างขีดความสามารถของบุคคลในการจัดการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพในด้านต่าง ๆ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนจึงควรยึดหลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ในหลักการข้อที่ 5 การสร้างเสริมการดำเนินงานชุมชนให้มีความเข้มแข็งโดยการเสริมพลังชุมชน โดยทำให้บุคคลและชุมชนเกิดความรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพและมีจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของเรื่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา (ทั้งสาเหตุเชิงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมทางสังคม) กำหนดเป้าหมายที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน วิเคราะห์หาแนวทางในการจัดการกับสาเหตุแห่งปัญหา ร่วมกำหนดแผนและแนวทางการดำเนินงาน ออกแบบการติดตามประเมินผลโดยให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลเพื่อทบทวนการดำเนินงานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ทั้งปรับปรุงและดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย และร่วมชื่นชมยินดีกับผลที่เกิดจากการพัฒนา
ร่วมกันสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีศักยภาพในการกำหนดอนาคตของตนเองได้

อย่างไรก็ตาม การสร้างเสริมสุขภาพในระยะเริ่มต้นโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดโอกาสทั้ง
ด้านความรู้และความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นที่ชุมชนจะต้องได้รับโอกาสและแรงสนับสนุน
เพื่อกระตุ้นให้บุคคลและชุมชนได้ตั้งศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ในการจัดการกับทรัพยากร
ของชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด บางครั้งต้องอาศัยการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ และ
การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกที่มีความรู้และทักษะในการเสริมพลังชุมชนเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ
ตามที่ชุมชนคาดหวัง ด้วยเหตุนี้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนจึงจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจ
เรื่องของการ “เสริมพลังชุมชน” เพื่อให้ลุกขึ้นมาจัดการกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น แนวคิดเรื่องการเสริม
พลังจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในแวดวงนักวิชาการและนักพัฒนาอย่างมาก เพราะเป็นแนวคิด
ที่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงงานพัฒนาจากเดิมที่ภาครัฐเป็นผู้ทำให้ไปสู่บทบาทของผู้อำนวยความสะดวก
เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนเองปรารถนา

2.2.2 แนวคิดว่าด้วยการเสริมพลังอำนาจ

“พลัง” ในที่นี้หมายถึง ความสามารถในการควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตน รวมทั้งสุขภาพ
(และปัจจัยกำหนดสุขภาพ) ทั้งการควบคุมการตัดสินใจ และควบคุมทรัพยากรที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่
ของตน “พลังไม่อาจให้กันได้ ต้องสร้างเอง แต่ช่วยกันได้” โดยทั่วไปเรียกว่า “การเสริมพลัง”
(Empowerment) (Srirattanaball, 2017) การเสริมพลังจะต้องเริ่มจากการมองเห็นคุณค่าของความเป็น
มนุษย์ เพราะผู้ที่ถูกเสริมพลังมักมองว่าตัวเองเป็นคนไร้คุณค่าไร้ความสามารถ ส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการ
ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนที่มีสถานะสูงกว่า ทำให้เกิดการกดทับคนบางกลุ่มจนทำให้มองว่า ตนเองเป็นผู้ต่ำต้อย
ด้อยค่าไม่สามารถคิดหรือทำอะไรเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองได้ นอกจากต้องพึ่งพาผู้อื่น (Freire, 1972;
1986; Leverack, 2006: 113-120) การเสริมพลังเป็นกระบวนการที่มักใช้กับผู้ไร้อำนาจ โดยการรวมกลุ่ม
เพื่อร่วมกันเสริมพลังผ่านกิจกรรมสรวนาเพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองและเพิ่ม
ความเชื่อมั่นรับรู้ความสามารถที่ตนเองมีและใช้ความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเองที่มีผลต่อ
การสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมพลังชุมชนจึงเป็นเสมือนกระบวนการหรือกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม
จากคนในชุมชนที่ส่วนใหญ่มักถูกมองว่าไร้อำนาจให้ลุกขึ้นมาใช้อำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคลและชุมชนสำหรับ
จัดการและควบคุมอนาคตของชุมชน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงตามที่ชุมชนปรารถนา (Wallenstein, 1993)
การเสริมพลังจึงเป็นการสร้างโอกาสให้ชุมชนได้ลุกขึ้นมาแก้ไขปัญหาของชุมชนเองอันจะทำให้พวกเขาได้
เรียนรู้จากการลงมือทำและยังลงมือปฏิบัติที่ยังเสริมพลังให้เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว (Thasniyom, 2011)

โดยทั่วไปการเสริมพลังเป็นกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากการทำกับผู้ไร้อำนาจในเชิงเดี่ยว
มักไม่ประสบความสำเร็จ ด้วยเหตุที่ผู้ไร้อำนาจเพียงลำพังมักขาดความมั่นใจในตัวเอง ดังนั้นจึงไม่สามารถ
สร้างการเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการเสริมพลังมักใช้ได้ผลกับกลุ่มหรือชุมชน เพื่อให้เกิดอำนาจของกลุ่ม
ที่แสดงถึงความเชื่อมั่นมากขึ้น และหัวใจสำคัญของการเสริมพลังเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงก็คือการให้โอกาส
กับคนที่ด้อยโอกาสได้เรียนรู้ในปัญหาของตนเอง แม้บางครั้งอาจต้องเผชิญกับอุปสรรคที่ไม่สามารถนำไปสู่

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่พึงปรารถนาได้ แต่อย่างน้อยกระบวนการเรียนรู้จะเป็นจุดเริ่มต้นในการรับรู้ว่าคุณสมบัติพลังอำนาจและสามารถใช้พลังดังกล่าวเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น แนวคิดการเสริมพลังจึงมีความสำคัญสำหรับนำไปใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน

2.2.3 การเสริมพลังอำนาจชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดใหม่ที่ได้รับการยอมรับจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในประเทศไทยเองได้ให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว โดยมีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีวิสัยทัศน์ในการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อตอบโจทย์การสร้างเสริมสุขภาพ คือ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ” (Thai Health Promotion Foundation, 2011) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีความเชื่อว่า คนทุกคนย่อมมีขีดความสามารถอยู่ในตัวบุคคลอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องได้รับโอกาสในการเข้าถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะฉะนั้น โอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลเหล่านี้ได้รับรู้ถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง และนำออกมาใช้จัดการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองและชุมชน

วีณา เทียงธรรม และคณะ (Tiangthum et al, 2015) ได้เสนอกระบวนการในการเสริมพลังอำนาจไว้ดังนี้

1) **ขั้นแรก** จะต้องมองที่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเสริมพลังว่ากำลังตกอยู่ในภาวะไร้อำนาจหรืออยู่ภายใต้สถานการณ์ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเองหรือชุมชนแต่พวกเขากำลังรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข

2) **ขั้นที่ 2** กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้เริ่มตระหนักถึงข้อจำกัดของ ตนเองและชุมชนว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้โดยลำพัง และกำลังมองหาความช่วยเหลือจากภายนอกซึ่งเป็นโอกาสที่เหมาะสมที่จะได้รับการกระตุ้นให้เกิดการมองเห็นศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ในตนเองหรือในชุมชนเพื่อนำออกมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชนให้เป็นไปตามที่ปรารถนา

3) **ขั้นที่ 3** เมื่อคนในชุมชนมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน เกิดความตระหนักและรับรู้ถึงความสามารถที่ตนเองมีเมื่อรวมเป็นกลุ่ม ยิ่งทำให้รู้สึกมีความเชื่อมั่นในการใช้อำนาจของตนก็จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในรูปแบบของกิจกรรมที่เห็นว่า จะสามารถตอบสนองและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชื่อมั่นในตนเอง และชุมชนว่ามีความสามารถในการควบคุมคุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

4) **ขั้นสุดท้าย** เป็นขั้นของการพัฒนาสูงสุดของ “พลังอำนาจ” และศักยภาพของบุคคลและชุมชน คือ การนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองไปขยายผล ให้กับบุคคลที่อยู่รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือคนกลุ่มอื่นที่อยู่ในชุมชนให้มีความเชื่อใน “พลังอำนาจ” ท้ายที่สุดก็จะสามารถสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนและเกิดการเปลี่ยนแปลง/พัฒนาชุมชนได้อย่างถาวร กล่าวได้ว่าการเข้าไปเสริมพลังอำนาจในตัวบุคคลที่คาดหวังในผลสัมฤทธิ์ของการเปลี่ยนแปลงจะไม่สามารถทำได้หากไม่มีการวิเคราะห์

กลุ่มเป้าหมายทั้งสถานะที่เป็นอยู่ ปัญหาที่กำลังเผชิญความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

ในกรณีของการเสริมพลังอำนาจเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนในระดับรากหญ้า ผู้ทำหน้าที่ในการเข้าไปเสริมพลังคงจะหนีไม่พ้น นักวิชาการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาชุมชนที่มีบทบาทในการสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนซึ่งปัจจุบันงานพัฒนาชุมชนในระดับพื้นที่บ่อยครั้งที่มีลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบของการสนับสนุนโครงการ โดยการออกแบบให้มีกลไกพี่เลี้ยง (นักพัฒนาจากภายนอก) เพื่อทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้มีทักษะความรู้ความสามารถในการขับเคลื่อนงานด้วยตนเอง แต่ปัญหาอุปสรรคที่มักประสบบ่อย คือ การพัฒนาทักษะโดยกลไกพี่เลี้ยงมักไม่ได้วิเคราะห์ถึงต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นต้นทุนความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล ต้นทุนวัฒนธรรมที่ฝังรากลึกอยู่ในชุมชน แม้กระทั่งทุนทางวัตถุที่สามารถนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาชุมชนได้อันสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่านักพัฒนามีแนวคิดการพัฒนาที่เน้นความเชื่อมั่นในตัวเองมากกว่าความเชื่อมั่นในตัวชาวบ้าน จึงพยายามที่จะใช้ความรู้ความสามารถที่ตนเองร่ำเรียนมาถ่ายทอดไปยังคนในชุมชนผ่านภาษาที่มีความเป็นวิชาการและเชื่อว่าหากคนในชุมชนปฏิบัติตามก็จะทำให้เกิดการพัฒนา แนวความคิดความเชื่อในการพัฒนาคนในชุมชน เช่นนี้มักเป็นเหตุของความล้มเหลวในการพัฒนา (Valaisatian et al, 2003) แนวคิดดังกล่าวมักมาจากการครอบงำโดยรัฐบาลและกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่คิดว่าการพัฒนาก็คือการจัดการหรือแก้ปัญหาให้ ประชาชน แม้จะบอกว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม แต่การมีส่วนร่วมนั้นก็กลับเป็นไปเพื่อ สนับสนุนกิจกรรมตามที่เจ้าหน้าที่รัฐกำหนด และบางครั้งก็ดำเนินการโดยปราศจากการปรึกษากับคนใน ชุมชนว่าแท้จริงแล้วชุมชนกำลังเผชิญกับปัญหาและต้องการจะแก้ไขปัญหอะไรที่เป็นความต้องการของ ชุมชน สิ่งนี้นักพัฒนาควรระวังคืออย่างดัดสินว่าปัญหาใดเป็นปัญหาของชุมชนแทนประชาชนหรือพยายามบังคับหรือหลอกล่อให้ประชาชนรับเอากิจกรรมใด ๆ ที่ไม่ได้มาจากการตัดสินใจของเขาเองไม่ควรบอกว่าชาวบ้านมีปัญหอะไรแต่ควรจะต้องช่วยให้เขาเข้าใจถึงปัญหาที่กำลังเผชิญด้วยตัวของเขาเอง (Pholsri, 1990) ดังนั้น นักพัฒนาจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองในการพัฒนาโดยหันมาให้ ความสำคัญกับกระบวนการวิเคราะห์บริบทชุมชน ทุนชุมชน คนในชุมชนเป็นตัวตั้ง และการเสริมพลัง อำนาจเป็นอีกหนทางหนึ่งที่สามารถสร้างให้ชุมชนเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

จากประสบการณ์ทำงานพัฒนาชุมชนของผู้ศึกษา สามารถสรุปถึงกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหชุมชน ได้ดังต่อไปนี้: 1) ชวนชาวบ้านทำในสิ่งที่เขามีความสนใจอยากทำ 2) ใช้วิธีการล้อมวงนั่งคุยกัน (พี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก) แสดงให้เห็นถึงความเสมอภาค พี่เลี้ยงไม่ครอบงำความคิดชาวบ้านหรือแสดงความรู้ที่เหนือกว่า 3) ชักชวนคนที่ไม่กล้าพูดได้แสดงความคิดเห็น โดยกระตุ้นให้เขาพูดในสิ่งที่เขารู้ดีที่สุดซึ่งการได้มีโอกาสพูดบ่อย ๆ จะทำให้เขามีความเชื่อมั่นมากขึ้น 4) ค้นหาประสบการณ์ที่ชุมชนเคยทำได้สำเร็จและได้เห็นพลังที่มีอยู่ (ความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของพลัง) และส่งเสริมให้ทำในสิ่งที่เคยสำเร็จมาแล้ว 5) ทบทวนการเรียนรู้จากการลงมือทำที่เห็นความสำเร็จ เพิ่มขึ้น อันจะก่อให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น (พลังเพิ่มขึ้น) (Srirattanaball, 2017) การเสริมพลังชุมชน เป็นแนวคิดที่ให้คุณค่าแก่ “คน” มองว่าคนมีความสำคัญ มีโอกาสที่จะร่วม สร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับชุมชนอยู่เสมอ (Tienhongsakun, 1986) ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะมีอำนาจหรือ ไร้อนาจก็ตาม เมื่อบุคคลมองเห็นคุณค่าแห่งตนก็มักจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเองที่ พร้อมจะนำออกมาขับเคลื่อนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

ยิ่งพลังอำนาจดังกล่าวถูกล้อมรวมจากคนใน ชุมชนภายใต้มิติของความสัมพันธ์ ความไว้วางใจเชื่อใจต่อกัน ก็ยิ่งทำให้เกิดอำนาจแบบทวีคูณ (Synergy) อันเป็นจุดเริ่มต้นในกระบวนการพัฒนาคนและชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตขึ้นได้

2.2.4 ภาคปฏิบัติของการเสริมพลังชุมชนในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ มักมีผลมาจากความยากจน การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการทางกาย ซึ่งสภาพเหล่านี้มักไม่พบบ่อยนักในคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวคนนั้นมีส่วนสำคัญในการทำให้คนมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี ปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้ประกอบด้วย: 1) สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม 2) สภาพชีวิตความเป็นอยู่และการทำงาน 3) เครือข่ายทางสังคมและชุมชน และ 4) ลักษณะการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของคน โดยตรง (Coffry & Dugdill, 2013) เช่น คนที่มีฐานะยากจนไม่ได้กินอาหารที่มีสารครบถ้วนส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เมื่อไปทำงานก็ไม่สามารถทำได้ตามศักยภาพที่ควรจะเป็น หมายความว่า เขาไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของเขาได้ซึ่งบ่งบอกถึงการตกอยู่ในสภาวะของคนไร้พลังอำนาจในการควบคุมตัวเองให้มีชีวิตที่ตนปรารถนา การไร้อำนาจก็หมายถึงการไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้ (Wallerstein, 1993) เช่นเดียวกัน การเสริมพลังอำนาจในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องเริ่มจากการมองที่ตัวบุคคลหรือชุมชนที่ต้องการได้รับการเสริมพลังว่าขณะนั้นเขาตกอยู่ในสภาวะไร้พลังอำนาจที่จะควบคุมตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และต้องการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้อย่างไร จึงอาจกล่าว ได้ว่าการเสริมพลังชุมชนก็คือการเข้าไปสร้างสมรรถนะให้คนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์จากการแก้ไขปัญหา หรือก้าวข้ามปัญหาในเชิงสุขภาพและบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพของเขาได้ด้วยตนเอง (Labonte et al., 2002) หรือภายในชุมชนของเขาเองจะเห็นได้ว่า มิติสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้มองแค่เรื่องของการรักษาสุขภาพ แต่มองไปถึงเรื่องการป้องกันและส่งเสริมหรือการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเพื่อนำไปสู่ภาวะอยู่ดีมีสุข ในภาคปฏิบัติการ ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพโดยบุคคลหรือชุมชน เจ้าหน้าที่หรือนักพัฒนาที่เกี่ยวข้องจะต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในปัจจุบันหรืออาจจะส่งผลต่อไปในอนาคต หากพิจารณาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่กล่าวไปข้างต้น ก็ควรจะทำให้ความสนใจกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ตัวบุคคลหรือชุมชน สามารถจัดการได้เอง (สิ่งแวดล้อม รายได้ เครือข่ายชุมชน การศึกษา) เมื่อวิเคราะห์อย่างละเอียดจะเห็นโอกาสในการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ การสร้างเสริมสุขภาพที่ชัด แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้ที่จะบอกว่า อะไรคือปัญหา อะไรคือสาเหตุของปัญหา และอะไรคือแนวทางในการแก้ไขปัญหาของชุมชน จะต้องเป็นคนในชุมชนเองอันเป็นข้อจำกัดที่พบเห็นโดยทั่วไป คือ ชุมชนเองไม่สามารถบอกได้ว่าปัญหาของตนคืออะไร มีสาเหตุจากอะไร และจะแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและชุมชนได้อย่างไร อันสะท้อนถึงความไม่รู้ ว่า ตนเองมีความสามารถ มีอำนาจในการจัดการตนเอง และเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดว่าปัญหาของตนเองคืออะไร ถ้าจะแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจะต้องจัดการกับสาเหตุเรื่องไหนก่อนหลัง ดังนั้น จึงเป็นที่มาของการให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจให้คนในชุมชน ที่เชื่อว่าตนเองไร้ความสามารถให้มองเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการและควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้มีโอกาสลุกขึ้นมาขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

กระบวนการเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน จึงเป็นเสมือนกลยุทธ์ที่สำคัญหรือเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชน เพื่อตักตวงศักยภาพในระดับตัวบุคคลออกมาทำให้คนรู้สึกมีอำนาจในการคิดตัดสินใจ และถ้าหากบุคคลที่อยู่ในชุมชนรวมกลุ่มกันก็จะกลายเป็นการยกระดับพลังอำนาจในลักษณะของกลุ่มคนในระดับที่ใหญ่ขึ้น หรือที่เรียกว่าพลังอำนาจของชุมชน และหากชุมชนใช้พลังอำนาจในกระบวนการคิด/ตัดสินใจเพื่อขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาบางอย่างในชุมชนร่วมกันในมิติของการพัฒนา ย่อมหมายถึงการขับเคลื่อนกิจกรรมบางอย่างภายใต้แนวคิดของกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มิติของความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเกิดขึ้นตามมา ยิ่งร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหามากขึ้นย่อมทำให้คนได้รับรู้ เกิดปัญญาและความสามารถในการตัดสินใจเพื่อกำหนดชีวิตด้วยตนเอง (Valaisatian et al, 2003) การเสริมพลังจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นเป็นทั้งวิธีการและเป้าหมายที่นำไปสู่การพัฒนา ดังนั้น กระบวนการเสริมพลังอำนาจเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนจึงเป็นแนวทางที่มีความสอดคล้องกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนตามที่ได้อ้างอิงตามกฎบัตรรอตตาวา ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งเป็นการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพผ่านการดำเนินกิจกรรมที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการดำเนินงานตามแผนสำคัญจะต้องมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนงานร่วมกันของคนในชุมชนที่เน้นกระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อนำไปพัฒนางานในชุมชนหรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้ดีขึ้นกว่าเดิมซึ่งต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยึดหลักการที่สำคัญ ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล ความพอเพียงและน่าเชื่อถือของข้อมูล มีความสมเหตุสมผลและเป็นไปได้ในการประเมิน รวมทั้งมีความเที่ยงธรรมปราศจากอคติที่สำคัญ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องมีความพร้อมในการปรับปรุงและพัฒนาจากผลการประเมินที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าชี้ถูกผิด (Wiangsang et al, 2005: 24) เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น

2.3 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3.1 กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในระดับนโยบาย ผู้ให้บริการ ชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ ควรมีองค์ประกอบสำคัญด้านต่าง ๆ ดังนี้

- (1) นโยบายที่สนับสนุนและเอื้อต่อการจัดการโรคเรื้อรัง
- (2) ระบบเงินทุนสนับสนุนที่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องของการสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และทักษะใหม่ และการรักษาระบบให้ยั่งยืน
- (3) การจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพัฒนาระบบโครงสร้างที่สำคัญตาม องค์ประกอบต่าง ๆ ของ CCM เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- (4) การจัดทำแผนและกิจกรรมในการดูแลประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ที่เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- (5) การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับองค์กรและบุคลากร

2.3.2 ขั้นตอนในการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับของผู้ให้บริการ

แม้ว่ากรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) จะมีความชัดเจนในเรื่องของการพัฒนา องค์ประกอบด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังคงขาดขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับองค์กร ปัญหาที่สำคัญคือ จะเริ่มดำเนินการอย่างไร และมีวิธีการอย่างไรในการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมที่แยกเป็นส่วน ๆ สู่การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสถานะสุขภาพ และการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2551 หน่วยงาน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services จึงได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยสนับสนุนการนำ CCM ไปใช้ซึ่งเน้นในระดับของผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ระยะที่ 2 การประเมินข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพ

ระยะที่ 3 การปรับระบบบริหารจัดการและการดูแลรักษา

ระยะที่ 4 การพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เน้นการเปลี่ยนแปลงความคิดในเรื่องการดูแลรักษาจากเดิมที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในการรักษาโรคเฉียบพลัน เป็นการให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม การเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการพัฒนาการดูแลรักษา

(1) การจัดตั้งทีมงาน

ทีมงานควรประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงฝ่าย บริหารจัดการและการเงินการบัญชี ทั้งนี้ การดำเนินงานควรมีการประชุมต่อเนื่อง และทำงานเชิงรุกในการพัฒนาคุณภาพบริการ ประเมินและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เป็นทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยผู้นำด้านต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ส่วน คือ

1) System Leadership เป็นผู้นำที่มีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากร กำจัดอุปสรรค และสนับสนุน การเปลี่ยนแปลง

2) Clinical Expertise ได้แก่ แพทย์และพยาบาลเข้าใจสถานะแวดล้อมและกระบวนการดูแลรักษา เป็นผู้นำในการพัฒนาและกระตุ้นผู้ร่วมงานให้เกิดแรงจูงใจ ช่วยเหลือด้านเทคนิค การวัดผล การเก็บข้อมูล และการแปลผล

3) Day-to-day Leadership ได้แก่ ผู้นำการบริหารจัดการการรักษทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแพทย์ และกำกับการนำรูปแบบ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไปใช้

ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการกำลังคนในระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้

1) **จัดการบทบาทของบุคลากร** กลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ได้แก่

1.1) **กำหนดบทบาทใหม่จากบทบาทเดิมที่มีอยู่** การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ อาจแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ การเพิ่ม การทดแทน การมอบหน้าที่ และการเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการทำงาน ไม่จำกัดอยู่เฉพาะพยาบาล แต่มีการพัฒนาบุคลากรอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ตัวอย่างในประเทศอังกฤษ พบให้มีการให้เภสัชกรเข้ามามีบทบาท ในการทบทวนยาและการใช้ยาของผู้ป่วย ให้การสั่งยาซ้ำ และให้บริการด้านการเล็บบุหรี่ เป็นต้น

1.2) **สร้างผู้ให้บริการประเภทใหม่** เป็นการใช้ทักษะใหม่ที่แตกต่างจากงานเดิม เช่น การกำหนดพยาบาลผู้ประสานงาน (Coordinator) ในบางประเทศ ซึ่งไม่ได้ทำหน้าที่ในส่วนของทีมรักษาผู้ป่วย แต่เน้นในเรื่องการประสานงานหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น หรือผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ที่จะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ติดตามคุณภาพชีวิตและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

2) **พัฒนาสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นในด้านต่าง ๆ** เช่น การรักษา การทำงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานร่วมกันเป็นทีม การใช้เทคโนโลยี และการพัฒนาคุณภาพบริการ

(2) การจัดทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

ทีมงานจะต้องทราบเป้าหมายและวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ ทีมจะต้องมีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ โดยเรียนรู้จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) และมียุทธวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยอาจใช้ Model for Improvement

ระยะที่ 2 การประเมินข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพ

(1) การใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญ

การใช้ข้อมูลพื้นฐานมีประโยชน์ในการประเมินการดูแลรักษาซึ่งหน่วยงานปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันและชี้ให้เห็นถึงส่วนที่จำเป็นจะต้องพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์ในการประเมิน การดำเนินงานว่าสอดคล้องตามแผนหรือไม่ และมีความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์อย่างไร ในการเก็บข้อมูลอาจใช้เครื่องมือ/แบบสอบถามต่าง ๆ เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องต่อไปนี้

- 1) ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 2) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่/บุคลากร
- 3) กระบวนการและประสิทธิภาพของหน่วยงาน

- 4) ระบบการเงิน
- 5) ทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

(2) การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การติดตามประเมินผล ซึ่งมีจุดประสงค์ เพื่อ

- 1) ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์
- 2) ติดตามผลลัพธ์และผลกระทบที่ต้องการให้เกิด
- 3) ปรับปรุงการทำงานหรือระบบบริการให้สะท้อนความต้องการในปัจจุบัน
- 4) บ่งชี้เรื่องที่ต้องพัฒนา
- 5) แสดงองค์ประกอบที่มีความก้าวหน้าและมีการเปลี่ยนแปลง

การกำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน ควรเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องต่อเป้าหมาย ที่ต้องการจะพัฒนา ความมองในภาพกว้าง และเลือกตัวผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ โดยตัวชี้วัดต้องมีความเหมาะสม ไม่ใช้เวลาในการเก็บมากจนเกินไป ไม่เป็นภาระต่อผู้เก็บข้อมูล สามารถทำการจัดเก็บได้ง่าย และมีค่านิยมในการปฏิบัติการ การวัดจำเป็นต้องวัดต่อเนื่องตลอดทั้งกระบวนการ ทั้งนี้ อาจวัดในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน ผลลัพธ์ทางคลินิก การวัดเชิงระบบ รวมถึงการวัดผลในเรื่องการสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วย

(3) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องทำ งานประสาน และบูรณาการกับหลายหน่วยงาน จำเป็นจะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ดังนั้น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญ จะเห็นได้จากการที่ประเทศต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อังกฤษ แคนาดา และออสเตรเลีย เป็นต้น โดยเฉพาะในเรื่องของระบบ Electronic Health อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นในเรื่องค่าใช้จ่าย ระบบที่ยังไม่ตอบสนองการใช้งานของผู้ใช้งานและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบ Electronic Health ที่จำเป็นจะต้องมี

- 1) โครงสร้างพื้นฐานที่รองรับ เช่น ระบบการเชื่อมโยงอินเทอร์เน็ต โปรแกรมการใช้งานที่เหมาะสม และความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น
- 2) มาตรฐานข้อตกลงด้านเทคนิค เช่น การใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกัน เป็นต้น
- 3) ความสามารถที่จะบ่งชี้ตัวบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย และแพทย์ผู้ดูแล
- 4) ความปลอดภัยของข้อมูล
- 5) ความสามารถในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือใช้งานโปรแกรมระหว่างระบบหรือส่วนต่าง ๆ ของ Electronic Health Records

6) ระบบสารสนเทศที่ใช้ช่วยการตัดสินใจทางคลินิก

ระยะที่ 3 การปรับระบบบริหารจัดการและการดูแลรักษา**(1) การจัดระบบทีมงานให้บริการ**

การมีทีมดูแลรักษาที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นทีม ต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรในทีม โดยทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดระบบทีมงานให้บริการสามารถดำเนินการ ดังนี้

- 1) กระตุ้นบุคลากรให้มีความเข้าใจแนวคิดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นทีม
- 2) วางแผนการทำงาน โดยเริ่มจากการศึกษาแผนและรายละเอียดของกระบวนการดูแลรักษาที่มีอยู่เดิม เช่น การตรวจประจำปีของผู้ป่วยเบาหวาน มีการประเมินว่าเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใดที่ยังไม่สามารถบรรลุ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงให้บุคลากรที่เหมาะสมทำ
- 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมงานให้เหมาะสม
- 4) ทดสอบกระบวนการใหม่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการใช้วงจรรอบ Plan-Do-Study-Act (PDSA Cycle) เพื่อการพัฒนา เช่น จัดให้มีการประชุมเป็นประจำ โดยเฉพาะในเรื่องการทบทวนกรณีศึกษาของผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามความเหมาะสม เป็นต้น

สมาชิกในทีมควรได้รับการอบรมตามความจำเป็น และควรมีการประเมินประสิทธิภาพของทีมงานเป็นระยะ

(2) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ชัดเจน

ความเข้าใจในเรื่องของประชากรผู้ป่วยที่รับผิดชอบมีความสำคัญในกรณีที่หน่วยงานหรือองค์กรไม่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลดังกล่าวเมื่อสามารถระบุผู้ป่วยได้ ควรจะพิจารณาถึงความเหมาะสมของผู้ให้บริการต่อจำนวนผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ทำการศึกษา วิเคราะห์การปฏิบัติงาน ในแต่ละวัน สัปดาห์ หรือเดือน ว่าช่วงใดมีจำนวนผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการให้บริการและความต้องการใช้บริการ

(3) การจัดระบบที่สนับสนุนผู้ป่วยในการมาใช้บริการ

การจัดระบบที่สนับสนุนผู้ป่วยในการมาใช้บริการแต่ละครั้ง ควรนำองค์ประกอบบางส่วนของ CCM มาปรับใช้ได้แก่

- 1) การจัดทำและบูรณาการแผนการรักษา โดยเน้นความเข้าใจในเรื่องความต้องการของผู้ป่วย และการจัดลำดับความสำคัญของการให้การรักษ
- 2) ความพยายามในการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย อาจใช้วิธี Teach-back Techniques เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย

3) คำนึงถึงอยู่เสมอว่าการมารับบริการของผู้ป่วยแต่ละครั้งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครอบคลุมความจำเป็นทั้งหมด อาจมีการประเมินโรคร่วมหรือภาวะซึมเศร้าต่าง ๆ และกระตุ้นให้กลับมาใช้บริการตามนัด

(4) การจัดทำแผนการดูแลรักษา

แผนการดูแลรักษาเป็นแผนที่มีการออกแบบ วางแผนและจัดระบบล่วงหน้าเพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ โดยมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตัวอย่างของการวางแผนการดูแลรักษาที่เห็นได้ชัด เช่น การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนการดูแลรักษา เป็นการให้บริการเชิงรุก และผู้ให้บริการเป็นฝ่ายริเริ่ม ทั้งนี้ การนัดติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย มีการกำหนดความคาดหวังของแพทย์และผู้ป่วยในแต่ละครั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ

(5) การจัดระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการพัฒนาระบบบริการที่มีองค์ประกอบทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ เช่น การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะ ให้ความสำคัญและมีการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายการศึกษา พบว่าระบบที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างใดอย่างหนึ่งดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบที่สำคัญ คือ ความซับซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการพัฒนาระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ที่ผ่านมานั้นเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยมักป่วยด้วยหลายโรค ทำให้การพัฒนา มีความยุ่งยาก นอกจากนี้ ปัญหาการขาดทรัพยากรและการที่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 4 การพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การประเมินผลการดำเนินงานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานแม้จะประสบความสำเร็จแต่ไม่ควรหยุดการพัฒนา ควรมีการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางคลินิก เงินทุน และเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ Change Flow Chart ของสถาบัน Improving Chronic Illness Care, การใช้ Process Mapping เป็นต้น

ระบบการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในหลายประเทศ เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย มีการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจากระบบการรักษาแบบเดิมเป็นระบบใหม่ โดยในช่วงแรก มีการสนับสนุนเงินงบประมาณจำนวนหนึ่งในการทำงาน ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจจะไม่ยั่งยืนในระยะยาว หากไม่มีการสนับสนุนเงินทุนต่อเนื่อง การจัดการที่จะช่วยให้ระบบคงอยู่ในระยะยาวจำเป็นจะต้องบูรณาการงานในระบบใหม่เข้ากับงานประจำที่ทำ การสนับสนุนเงินทุนที่เพียงพออย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น

หลายประเทศมีการให้เงินส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงานสำหรับผู้ให้บริการ หรือผู้จ่ายในระบบบริการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย เดนมาร์ก ฝรั่งเศส และอังกฤษ เป็นต้น

ระบบการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษารูปแบบการตอบแทนตามความเหมาะสมของบริบท และควรบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

2.4 รูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.4.1 รูปแบบในการพัฒนาระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การจัดการโรค หมายถึง การจัดการด้านการดูแลผู้ป่วยโดยประสานทรัพยากรทางด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยทั้งหมดในระบบการให้บริการสุขภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการใช้กลไกในระบบประกันสุขภาพ เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญมาใช้ 2 รูปแบบ คือ โปรแกรมการจัดการโรค (DMP) และรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) โดยทั้งสองรูปแบบมีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในแง่ของยุทธศาสตร์ที่ใช้ โดยโปรแกรมการจัดการโรคให้ความสำคัญในการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย แต่รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เน้นการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ในเรื่องการปรับบทบาทการให้บริการใหม่ (สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ, 2557)

ปัจจุบัน หลายประเทศมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ไปใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวอาศัยการถ่ายทอดทฤษฎีหรือแนวคิดบนพื้นฐานของการปฏิบัติและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มีองค์ประกอบทั้งสิ้น 6 องค์ประกอบดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM)

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน	หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากร เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. หน่วยบริการสุขภาพ	ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารกำหนดนโยบาย และสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีโครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบแทนการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการจัดการดูแล ความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็น ระยะๆอย่างสม่ำเสมอ
4. การออกแบบระบบการให้บริการ	ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับระบบ บริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกัน ในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมทั้งระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ	มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง การจัดให้ มีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีความพร้อมเพียงพอ
6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก	มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

ที่มา: สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ (2557)

นอกจากการจัดการโรคซึ่งมี 6 องค์ประกอบดังกล่าว บางประเทศริเริ่มพัฒนารูปแบบที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือนั้นที่องค์ประกอบของระบบบริการบางส่วนเพื่อที่จะพัฒนาผลลัพธ์ให้ดีขึ้น รูปแบบดังกล่าว ได้แก่

1) **การบูรณาการการดูแลรักษา (Integrated Care)** การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและองค์กรต่าง ๆ ในการให้บริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย ถ่ายทอดข้อมูลแลกเปลี่ยนเพิ่มเติม ตัวอย่าง เช่น การบูรณาการหน่วยบริการปฐมภูมิ พหุวิทยุมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกเฉพาะ พยาบาลเวชปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) **การวางแผนดูแลรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Care Pathways)** ให้แนวทางที่มีรายละเอียดการให้บริการในแต่ละระดับ บริการเฉพาะหรือยาที่ผู้ป่วยควรได้รับจากหลักฐาน เชิงประจักษ์

3) **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)** สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย การติดตามผล และการติดต่อครอบครัวของผู้ป่วย

4) **การรวบรวมข้อมูลและการติดตาม (Data Collection and Monitoring)** การรวบรวมข้อมูลทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

5) **การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patients Self-care)** กลยุทธ์ที่มีการให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การจัดการเรื่องความรู้ของตนเอง การติดตามอาการด้วยตนเอง เป็นต้น

ตารางที่ 2 ต้นแบบการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศต่าง ๆ

รูปแบบ	ประเทศต้นกำเนิด	องค์ประกอบหลัก	ประสิทธิภาพของรูปแบบ
1. กรอบแนวคิด			
1.1 NHS health and social care model	อังกฤษ	- การประเมินความเสี่ยง - กำหนดเป้าหมายที่ผู้ใช้บริการบ่อยครั้งหรือมีความเสี่ยงสูง - การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ - การจัดการตนเอง	ไม่พบหลักฐาน
1.2 Chronic care model and revised “Care Model” and “Expanded Chronic Care Model”	สหรัฐอเมริกา	- ทรัพยากรชุมชน - ระบบการดูแลสุขภาพ - การจัดการตนเอง - การสนับสนุนการตัดสินใจ - ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย - ระบบสารสนเทศทางคลินิก	- ช่วยเพิ่มคุณภาพการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากร - ขาดหลักฐานเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ
1.3 Innovative care for chronic conditions	องค์การอนามัยโลก (WHO)	- Micro level ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ - Meso level ได้แก่ ชุมชนและองค์กรสุขภาพ - Macro level ได้แก่ นโยบาย	ไม่พบหลักฐาน
1.4 Public health model	สหรัฐอเมริกา	- นโยบายสาธารณะ - กิจกรรมชุมชน - บริการสุขภาพ	ไม่พบหลักฐาน
1.5 Continuity of care model	สหรัฐอเมริกา	สนับสนุนการจัดการและดูแลรักษาตั้งแต่ประชากรทั่วไปที่ยังไม่ป่วย จนระยะฟื้นฟูโรค	ไม่พบหลักฐาน
2. รูปแบบการบริการ			
2.1 Kaiser model	สหรัฐอเมริกา	- ให้บริการตามการประเมินความเสี่ยง - การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน - การจัดการการดูแล (Care Management) - สนับสนุนการจัดการตนเอง	- สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ - ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ต้นแบบการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศต่าง ๆ

รูปแบบ	ประเทศต้นกำเนิด	องค์ประกอบหลัก	ประสิทธิภาพของรูปแบบ
2.2 Evercare model	สหรัฐอเมริกา	เน้นการค้นหาผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล และใช้การจัดการผู้ป่วยโดยพยาบาล (Nurse-led Case Management)	ลดต้นทุนทางสุขภาพ
2.3 Pfizer model	สหรัฐอเมริกา	เน้นการค้นหาผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล และการสนับสนุนการจัดการตนเองทางโทรศัพท์	ลดต้นทุนทางสุขภาพ
2.4 Strengths model	สหรัฐอเมริกา	- การสร้างอำนาจในตนเอง (Self-empowerment) - ระบุศักยภาพในตัวบุคคล	ไม่พบหลักฐาน
2.5 Veteran's affairs	สหรัฐอเมริกา	คล้ายคลึงกับ CCM แต่ใช้ในเฉพาะบางกลุ่ม	ไม่พบหลักฐาน
2.6 Guided care	สหรัฐอเมริกา	การดูแลโดยพยาบาล (Nurse-led Care)	ไม่พบหลักฐาน
2.7 The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)	สหรัฐอเมริกา	- การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ - เป้าหมาย คือกลุ่มที่รับบริการที่ Daycare Center - มีจุดบริการเดียว	หลักฐานมีจำนวนจำกัด พบว่าลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลเพิ่มขึ้น

ที่มา: ดัดแปลงจาก Singh and Ham (2006)

2.4.2 รูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในต่างประเทศ

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังถูกนำมาใช้เป็นแนวทางการจัดการโรคในหลายประเทศ มีการปรับองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ ยังนำโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้กับโรคเฉพาะ เช่น เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผลในระยะยาว (สมเกียรติ โภธิสัจย์ และคณะ, 2557)

ตัวอย่างการพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังในประเทศ ได้แก่

1) ประเทศเยอรมัน

ประเทศเยอรมันมีระบบหลักประกันสุขภาพ 2 ประเภท คือ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายหรือกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory Health Insurance หรือ Sickness Funds) ซึ่งครอบคลุมประมาณร้อยละ 90 ของประชากร และระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance) ซึ่งครอบคลุมประมาณร้อยละ 10 ของประชากร โดยประชาชนที่มีรายได้ในช่วงที่รัฐบาลกำหนด จะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนการเจ็บป่วยตามฐานรายได้ กลุ่มที่มีรายได้สูงสามารถเลือกรับบริการจากระบบประกันสุขภาพเอกชนได้ ซึ่งมีข้อได้เปรียบในเรื่องความรวดเร็วและความสะดวกสบายของบริการ เนื่องจากมีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาล มากกว่ากองทุนการเจ็บป่วย ทั้งนี้ กองทุนการเจ็บป่วยนี้ดำเนินการโดยภาคเอกชนซึ่งไม่แสวงหากำไร มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเบี้ยประกันเองภายใต้การกำกับและข้อกำหนดของรัฐ ทำหน้าที่ในการต่อรองค่าใช้จ่ายการรักษากับผู้ให้บริการ

จากการที่จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และพบปัญหาเรื่องของการรักษาที่แยกเป็นส่วน ๆ ไม่ต่อเนื่องและขาดการบูรณาการ โดยเฉพาะการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีระบบการรักษาที่แยกกันอย่างชัดเจน รัฐบาลของประเทศเยอรมันจึงได้วางแผนพัฒนาคุณภาพและแก้ปัญหาคาดแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิธีการหนึ่งคือการนำโปรแกรมการจัดการโรคชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพ มาใช้ในระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายของเยอรมันอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการนำโปรแกรมการจัดการโรคมะเร็งเต้านม และโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาใช้ในปีเดียวกัน หลังจากนั้น มีการนำโปรแกรมการจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และโรคหอบหืด/ทางเดินหายใจอุดกั้นมาใช้ในปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ตามลำดับ โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลักการสำคัญของโปรแกรมคือการรักษานบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการรับรองคุณภาพบริการ

กองทุนการเจ็บป่วยสามารถจัดโปรแกรมการจัดการโรคได้ด้วยตนเอง แต่จะต้องผ่านการรับรองจากหน่วยงานกลางของรัฐ ซึ่งจัดให้มีการรับรองใหม่ทุก 3 ปี ทั้งนี้ โปรแกรมดังกล่าวจะต้องมีคุณสมบัติพื้นฐาน ตามที่กำหนดคือ

- มีกระบวนการและเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าโปรแกรม
- ทำการรักษาบนหลักฐานเชิงประจักษ์
- มีระบบรับรองคุณภาพ
- มีระบบการให้ความรู้แก่แพทย์และผู้ป่วย
- มีเวชระเบียนและ Electronic Medical Record
- มีการประเมินผล

คลินิกที่ให้การรักษาโดยอิสระหรือโรงพยาบาล สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคได้ อย่างไรก็ตาม ต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถเลือกสมัครเข้ารับบริการโปรแกรมการจัดการโรค ดังกล่าว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดูแลรักษาและช่วยกำกับประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ และแพทย์จะต้องมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยจะต้องผ่านการฝึกอบรม ทั้งนี้ สำหรับโรงพยาบาลและแพทย์ที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับเงินตอบแทนเพิ่มขึ้น

สำหรับขั้นตอนการรับบริการตามโปรแกรมนั้น หากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใหม่เป็นผู้ดูแล เมื่อเข้ารับโปรแกรมการจัดการโรค ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนดไว้ แพทย์และผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน แพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้ประสานงานและส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ผู้ป่วยทุกคนที่เป็นสมาชิกจะต้องปฏิบัติตามแนวทางและเข้ารับบริการด้านต่าง ๆ ตามที่โปรแกรมจัดไว้ หากไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ผู้ป่วยจะต้องออกจากโปรแกรمدังกล่าว แต่ในกรณีที่มีการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ จะได้รับการลดค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าตรวจของแพทย์และค่ายา

ในส่วน of โปรแกรมการจัดการโรคจะมีการติดตามทุก 6 เดือนนอกเหนือจากการรักษา และมีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์กลาง จากการศึกษาผลของการนำโปรแกรมการจัดการโรคมาใช้ในประเทศเยอรมันพบว่าคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ of ผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ต้นทุนยา และอัตราตายลดลง

2) ประเทศอังกฤษ

ในประเทศอังกฤษมีระบบหลักประกันสุขภาพหลักซึ่งดูแลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ได้รับเงินจากภาษีที่รัฐจัดเก็บ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ยากเว้น บริการด้านทันตกรรม จักษุ และการสั่งยา มีระบบลำดับชั้น of องค์กร คือ Department of Health and Government Offices ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพ มี Strategic Health Authorities (SHAs) 10 แห่ง กำหนดยุทธศาสตร์ การบริการในระดับภูมิภาค และ Primary Care Trusts (PCTs) เป็นองค์กรระดับต่ำกว่า SHA ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อ บริการจากผู้ให้บริการแทนประชาชน มีการจัดสรรบให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวน ประชากรผู้มีสิทธิ นอกจากระบบหลักประกันสุขภาพหลัก ยังมีระบบประกันสุขภาพ of เอกชนเพิ่มเติมจากบริการ of NHS

การให้บริการปฐมภูมิแยกจากระดับทุติยภูมิ มีการขึ้นทะเบียนของประชาชนโดยประชาชนที่อาศัย ในสหราชอาณาจักรสามารถลงทะเบียนกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในทีมดูแลสุขภาพปฐมภูมิให้บริการผู้ป่วยซึ่งบริการของแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวนี้ได้รับเงินสนับสนุน PCTs ผ่านการต่อรอง นอกจากนี้ ยังมีอำนาจผ่าน Commission Services และระบบคุณภาพบริการทางคลินิก (Quality Outcome Framework) ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน

สำหรับบริการด้านการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐบาลเริ่มให้ความสำคัญตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2533 ในปี พ.ศ. 2548 มีการริเริ่มรูปแบบ NHS Health and Social Care Model สนับสนุนองค์กรการดูแลสุขภาพ และสังคม เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของ CCM แผน NHS Improvement Plan และ NHS Chronic Disease Management องค์ประกอบสำคัญของ NHS Health and Social Care Model ได้แก่

- การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- การค้นหาและระบุผู้ที่มีภาวะที่ต้องการการดูแลในระยะยาว
- การแบ่งประเภทผู้ป่วย เพื่อการดูแลที่เหมาะสม
- การจัดการผู้ป่วยรายบุคคล
- พัฒนาระบบที่ระบุผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพบ่อยครั้ง
- การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริการปฐมภูมิ
- การพัฒนาวิธีการสนับสนุนการจัดการตนเอง
- ขยายโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง
- ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

ในขณะที่รัฐบาลอังกฤษมีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยยังมีความแตกต่างกันทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบหลัก ที่เหมือนกันของรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเป็นหลัก ในการจัดการคลินิกหรือบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานร่วมกันระหว่างบริการด้านสุขภาพและสังคม การเปลี่ยนการให้บริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การประเมินความเสี่ยง การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการผู้ป่วย การมีพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แผน NHS Improvement Plan มีการปรับบทบาทใหม่สำหรับพยาบาลที่ทำงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทของพยาบาลดังกล่าวเรียกว่า Community Matron ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ประจำ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้รับการอบรมด้านการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ติดต่อประสานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำงานร่วมกับเภสัชกรในการทบทวนการจ่ายยา องค์ประกอบหลักของ รูปแบบ Community Matron คือ

- การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการนอนโรงพยาบาลหรือกลุ่มที่มาใช้บริการบ่อยครั้ง
- ใช้ระบบสารสนเทศทางคลินิกในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- จัดการแผนดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อลดความซับซ้อนด้วยการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ
- สนับสนุนการจัดการตนเองและการวางแผนการดูแลรายบุคคล
- มีการจัดการรายกรณีอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินระบบ Community Matron ต่อการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย พบว่ายังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ทั้งนี้ การศึกษาที่พบว่าประสบความสำเร็จนั้น มีการบูรณาการบทบาทของ Community Matron ไว้ในโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรัง การศึกษาของ NHS ในเรื่องปัจจัยที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิไปสู่การให้บริการโดยชุมชนมากขึ้นได้แก่

1. การบูรณาการบริการ (Integration of Services)

- โปรแกรมการจัดการการดูแลรักษา
- การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่
- การทำงานร่วมกับหน่วยงาน/กลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ

2. การทดแทน (substitution)

- พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ใช้ทักษะของกลุ่มผู้ใช้บริการ
- ทดแทนแพทย์ด้วยพยาบาล
- วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- การติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วย
- รูปแบบโรงพยาบาลที่บ้าน
- การเยี่ยมบ้าน
- การสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- การดูแลทางไกล
- การใช้อุปกรณ์ช่วยติดตามด้วยระบบคอมพิวเตอร์
- การติดตามด้วยตนเอง
- การให้ความรู้ด้านการจัดการตนเอง

3. การจัดกลุ่ม (Segmentation)

- ใช้กลุ่มเสี่ยงสูงเป็นเป้าหมายหลัก

4. การทำงานที่ไม่ซับซ้อน (Simplification)

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยตรง
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเข้าถึงการรักษาที่ต้องการที่ผู้ป่วยชาญ

3) ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรัฐเป็นผู้ดำเนินการที่เรียกว่า เมดิแคร์ (Medicare) ครอบคลุมประชาชนทุกคน นอกจากนี้ ยังมีหลักประกันสุขภาพของเอกชน ซึ่งประชาชนสามารถเลือกซื้อบริการได้ตามความสมัครใจ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับ Medicare จะมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษา ซึ่งเรียกว่า Medicare Benefits Schedule (MBS) ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ในการใช้บริการสุขภาพ

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศออสเตรเลียริเริ่มระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ภายใต้ระบบ Enhanced Primary Care (EPC) package ซึ่งพัฒนามาจาก CCM ประกอบด้วย 3 โปรแกรมที่สำคัญ คือ

- ชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษา มีการจ่ายค่าตรวจประเมินสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ และการวางแผนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- โปรแกรมการให้ความรู้แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในเรื่อง EPC
- มีระบบการเชื่อมต่อข้อมูลในการดูแลรักษา

ในปี พ.ศ. 2548 มีการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน Medicare คือ แผนการบริหารจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (General Practitioner Management Plan) เพื่อสนับสนุนการวางแผนการรักษาของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแผนการจัดการทีมดูแล (Team Care Arrangement) สนับสนุนการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการตนเองยังรวมอยู่ใน EPC สำหรับระบบการจ่ายเงินมีการเปลี่ยนจากระบบ fee-for-service เป็น payment for performance เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยจัดให้มี Practice Incentives Program (PIP) and Service Incentives Payments (SIP) Program มีระบบที่ให้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการทำงานสำหรับแพทย์

ตัวอย่างโปรแกรมการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ National Integrated Diabetes Program (NIDP) ซึ่งรัฐบาลได้มีการริเริ่มในปี พ.ศ. 2544 มีการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในกรณีที่มีการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน และให้บริการผู้ป่วยจนครบวงจรการดูแล รักษาประจำปี (การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ไขมัน การประเมินความเสี่ยง และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ) นอกจากนี้ ยังมีค่าตอบแทนเพิ่มเติมในรายได้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวชีวิตได้ตามเป้าหมาย และในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในด้าน การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง พยาบาล และ

นักโภชนาการเป็นผู้จัดการรับผิดชอบเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแนวทางที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจจากการประเมินผลประโยชน์พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความดันโลหิตลดลง และระดับไขมันในเลือดลดลง

การดำเนินการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศออสเตรเลีย ส่วนใหญ่นำที่ระบบบริการและการดูแลตนเองซึ่งจะอยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทุกรัฐได้มีการริเริ่มโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Self-management Program: CDSMP) ทั้งนี้ ระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิกยังต้องการการพัฒนาอีกมาก อย่างไรก็ตาม มีความพยายามริเริ่มนำระบบ e-health มาใช้ เช่น การใช้ Electronic Health Record ร่วมกัน

4) ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดามีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ Medicare มีรัฐบาลกลางเป็นผู้ออกนโยบายกำหนดมาตรฐานระบบและควบคุมกลไกราคา โดยใน การบริหารรัฐระดับจังหวัดกำหนดรายละเอียดและบริหารระบบประกันสุขภาพผ่านหน่วยงาน Regional Health Authorities (RHAs) ซึ่งจัดตั้งตามกฎหมายศาสตร์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการแบบเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลประโยชน์ แพทย์ส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชนและได้รับค่าตอบแทนแบบ Fee-for-Service นอกจากนี้ ยังมีระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชนหลากหลาย เพื่อเพิ่มเติมส่วนที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ครอบคลุม และระบบประกันสุขภาพฉุกเฉิน เป็นต้น

เนื่องจากปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ประเทศแคนาดาเริ่มมีการกำหนดนโยบายต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยในปี พ.ศ. 2545 ได้ริเริ่มให้มีแผน Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy ซึ่งผ่านการเห็นชอบในปี พ.ศ. 2548 เนื้อหาของยุทธศาสตร์ดังกล่าวเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการในสถานที่ต่าง ๆ ทั้งในโรงเรียน ที่ทำงาน ชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการจัดตั้งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Center for Chronic Disease Prevention and Control: CCDPC) มีการเฝ้าระวังโรค รายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านทางเว็บไซต์ ทั้งนี้ การบริหารรัฐระดับจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์และโครงการแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด เช่น รัฐบาลของจังหวัดบริติช โคลัมเบีย (British Columbia) มีการร่วมมือกับหลายหน่วยงานในการริเริ่มโปรแกรมการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดของ Expanded Chronic Care Model รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการพัฒนาทะเบียนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเว็บไซต์ในการให้ความรู้ผู้ป่วย และสนับสนุนการดำเนินงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มียุทธศาสตร์ในการลดความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ การสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) โปรแกรมการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจ ในการอบรมผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเอง การเพิ่มศักยภาพในการทำงาน และการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

จังหวัดแอลเบอร์ตา (Alberta) มีการพัฒนาระบบ Electronic Health Record หรือที่เรียกว่า Alberta NetCare Electronic Health Record โดยเป็นระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมต่อระหว่างแพทย์ เภสัชกร และทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยทั้งในเรื่องประวัติผู้ป่วย การรักษา การสั่งยา และ ผลทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ การมีพยาบาลผู้จัดการ ผู้ป่วย ระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดทำแนวทาง/ข้อแนะนำต่างๆที่เกี่ยวข้อง การติดตามและ ระบบส่งต่อ และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

จังหวัดควิเบก (Quebec) มีความพยายามที่จะพัฒนาการเข้าถึงการรักษาให้ครอบคลุมและการบูรณาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ ศูนย์บริการด้านสุขภาพและสังคม (Health and Social Services Centers) เป็นเครือข่ายความร่วมมือในระดับท้องถิ่น ซึ่งทำงานร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน มีการให้บริการที่ครอบคลุมประชากร ตั้งแต่การป้องกันโรค การประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ การบริการคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย มีระบบการให้บริการที่ต่อเนื่อง และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังมีการริเริ่มกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine Groups) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จัดบริการ การประเมินสุขภาพ การวินิจฉัย การดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันและ ส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการให้บริการทุกวัน

2.4.3 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1) กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในระดับนโยบาย ผู้ให้บริการ ชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ ควรมีองค์ประกอบสำคัญด้านต่าง ๆ ดังนี้

- นโยบายที่สนับสนุนและเอื้อต่อการจัดการโรคเรื้อรัง
- ระบบเงินทุนสนับสนุนที่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องของการสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และทักษะใหม่ และการรักษาระบบให้ยั่งยืน
- การจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพัฒนาระบบโครงสร้างที่สำคัญตาม องค์ประกอบต่าง ๆ ของ CCM เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- การจัดทำแผนและกิจกรรมในการดูแลประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ที่เหมาะสมตามสถานะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสำหรับองค์กรและบุคลากร

2) ขั้นตอนในการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับของผู้ให้บริการ

แม้ว่ากรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) จะมีความชัดเจนในเรื่องของการพัฒนา องค์ประกอบด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังคงขาดขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับองค์กร ปัญหาที่สำคัญคือ จะเริ่มดำเนินการอย่างไร และมีวิธีการอย่างไรในการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมที่แยกเป็นส่วน ๆ สู่การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสถานะสุขภาพ และการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลโรคเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2551 หน่วยงาน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services จึงได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยสนับสนุนการนำ CCM ไปใช้ซึ่งเน้นในระดับของผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เน้นการเปลี่ยนแปลงความคิดในเรื่องการดูแลรักษาจากเดิมที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในการรักษาโรคเฉียบพลัน เป็นการให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม การเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ และมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการพัฒนาการดูแลรักษา

1. การจัดตั้งทีมงาน

ทีมงานควรประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพ รวมถึงฝ่าย บริหารจัดการและการเงินการบัญชี ทั้งนี้ การดำเนินงานควรมีการประชุมต่อเนื่อง และทำงานเชิงรุกในการพัฒนาคุณภาพบริการ ประเมินและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เป็นทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยผู้นำด้านต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ส่วน คือ

- System Leadership เป็นผู้นำที่มีอำนาจในการจัดสรรทรัพยากร กำจัดอุปสรรค และสนับสนุน การเปลี่ยนแปลง
- Clinical Expertise ได้แก่ แพทย์และพยาบาลเข้าใจสถานะแวดล้อมและกระบวนการดูแลรักษา เป็นผู้นำในการพัฒนาและกระตุ้นผู้ร่วมงานให้เกิดแรงจูงใจช่วยเหลือด้านเทคนิค การวัดผลการเก็บข้อมูล และการแปลผล
- Day-to-day Leadership ได้แก่ ผู้นำการบริหารจัดการการรักษทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแพทย์ และกำกับการนำรูปแบบ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไปใช้

ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการกำลังคนในระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีดังนี้

2) จัดการบทบาทของบุคลากร กลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ได้แก่

1.1) กำหนดบทบาทใหม่จากบทบาทเดิมที่มีอยู่ การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ อาจแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ การเพิ่ม การทดแทน การมอบหน้าที่ และการเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการทำงาน ไม่จำกัดอยู่เฉพาะพยาบาล แต่มีการพัฒนาบุคลากรอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ตัวอย่างในประเทศอังกฤษ พบให้มีการให้เภสัชกรเข้ามามีบทบาท ในการทบทวนยาและการใช้ยาของผู้ป่วย ให้การสั่งยาซ้ำ และให้บริการด้านการเล็บบุหรี่ เป็นต้น

1.2) สร้างผู้ให้บริการประเภทใหม่ เป็นการใช้ทักษะใหม่ที่แตกต่างจากงานเดิม เช่น การกำหนดพยาบาลผู้ประสานงาน (Coordinator) ในบางประเทศ ซึ่งไม่ได้ทำหน้าที่ในส่วนของทีมรักษาผู้ป่วย แต่เน้นในเรื่องการประสานงานหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น หรือผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ที่จะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วย วางแผนการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ติดตามคุณภาพชีวิตและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

2) พัฒนาสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา การทำงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานร่วมกันเป็นทีม การใช้เทคโนโลยี และการพัฒนาคุณภาพบริการ

2. การจัดทำยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

ทีมงานจะต้องทราบเป้าหมายและวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือ ทีมจะต้องมีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ โดยเรียนรู้จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) และมียุทธวิธีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยอาจใช้ Model for Improvement

ระยะที่ 2 การประเมินข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพ

1. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญ

การใช้ข้อมูลพื้นฐานมีประโยชน์ในการประเมินการดูแลรักษาซึ่งหน่วยงานปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันและชี้ให้เห็นถึงส่วนที่จำเป็นจะต้องพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์ในการประเมิน การดำเนินงานว่าสอดคล้องตามแผนหรือไม่ และมีความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์อย่างไร ในการเก็บข้อมูลอาจใช้เครื่องมือ/แบบสอบถามต่าง ๆ เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องต่อไปนี้

- ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่/บุคลากร
- กระบวนการและประสิทธิภาพของหน่วยงาน
- ระบบการเงิน
- ทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

2. การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การติดตามประเมินผล ซึ่งมีจุดประสงค์ เพื่อ

- ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์
- ติดตามผลลัพธ์และผลกระทบที่ต้องการให้เกิด
- ปรับปรุงการทำงานหรือระบบบริการให้สะท้อนความต้องการในปัจจุบัน
- บ่งชี้เรื่องที่จะต้องพัฒนา
- แสดงองค์ประกอบที่มีความก้าวหน้าและมีการเปลี่ยนแปลง

การกำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน ควรเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องต่อเป้าหมายที่ต้องการจะพัฒนาควมมองในภาพกว้าง และเลือกวัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ โดยตัวชี้วัดต้องมีความเหมาะสม ไม่ใช่เวลาในการเก็บมากจนเกินไป ไม่เป็นภาระต่อผู้เก็บข้อมูล สามารถทำการจัดเก็บได้ง่าย และมีค่านิยมในการปฏิบัติการ การวัดจำเป็นจะต้องวัดต่อเนื่องตลอดทั้งกระบวนการ ทั้งนี้ อาจวัดในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน ผลลัพธ์ทางคลินิก การวัดเชิงระบบ รวมถึงการวัดผลในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องทำ งานประสาน และบูรณาการกับหลายหน่วยงาน จำเป็นจะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ดังนั้น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงมีบทบาทสำคัญ จะเห็นได้จากการที่ประเทศต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อังกฤษ แคนาดา และออสเตรเลีย เป็นต้น โดยเฉพาะในเรื่องของระบบ Electronic Health อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นในเรื่องค่าใช้จ่าย ระบบที่ยังไม่ตอบสนองการใช้งานของผู้ใช้งานและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบ Electronic Health ที่จำเป็นจะต้องมี

- โครงสร้างพื้นฐานที่รองรับ เช่น ระบบการเชื่อมโยงอินเทอร์เน็ต โปรแกรมการใช้งาน ที่เหมาะสม และความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น
- มาตรฐานข้อตกลงด้านเทคนิค เช่น การใช้ข้อมูลทางคลินิกร่วมกัน เป็นต้น
- ความสามารถที่จะบ่งชี้ตัวบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย และแพทย์ผู้ดูแล

- ความปลอดภัยของข้อมูล
- ความสามารถในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือใช้งานโปรแกรมระหว่างระบบ หรือส่วนต่าง ๆ ของ Electronic Health Records
- ระบบสารสนเทศที่ใช้ช่วยการตัดสินใจทางคลินิก

ระยะที่ 3 การปรับระบบบริหารจัดการและการดูแลรักษา

1. การจัดระบบทีมงานให้บริการ

การมีทีมดูแลรักษาที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นทีม ต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรในทีม โดยทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดระบบทีมงานให้บริการสามารถดำเนินการ ดังนี้

- กระตุ้นบุคลากรให้มีความเข้าใจแนวคิดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นทีม
- วางแผนการทำงาน โดยเริ่มจากการศึกษาแผนและรายละเอียดของกระบวนการดูแลรักษาที่มีอยู่เดิม เช่น การตรวจเท้าประจำปีของผู้ป่วยเบาหวาน มีการประเมินว่าเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใดที่ยังไม่สามารถบรรลุ หรือสามารถเปลี่ยนแปลงให้บุคลากรที่เหมาะสมทำ
- กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมงานให้เหมาะสม
- ทดสอบกระบวนการใหม่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการใช้วงจรรอบ Plan-Do-Study-Act (PDSA Cycle) เพื่อการพัฒนา เช่น จัดให้มีการประชุมเป็นประจำ โดยเฉพาะในเรื่องการทบทวนกรณีศึกษาของผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามความเหมาะสม เป็นต้น

สมาชิกในทีมควรได้รับการอบรมตามความจำเป็น และควรมีการประเมินประสิทธิภาพของทีมงานเป็นระยะ

2. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ชัดเจน

ความเข้าใจในเรื่องของประชากรผู้ป่วยที่รับผิดชอบมีความสำคัญในกรณีที่หน่วยงานหรือองค์กรไม่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลดังกล่าวเมื่อสามารถระบุผู้ป่วยได้ ควรจะพิจารณาถึงความเหมาะสมของผู้ให้บริการต่อจำนวนผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ทำการศึกษา วิเคราะห์การปฏิบัติงาน ในแต่ละวัน สัปดาห์ หรือเดือน ว่าช่วงใดมีจำนวนผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการให้บริการและความต้องการใช้บริการ

3. การจัดระบบที่สนับสนุนผู้ป่วยในการมาใช้บริการ

การจัดระบบที่สนับสนุนผู้ป่วยในการมาใช้บริการแต่ละครั้ง ควรนำองค์ประกอบบางส่วนของ CCM มาปรับใช้ ได้แก่

- การจัดทำและบูรณาการแผนการรักษา โดยเน้นความเข้าใจในเรื่องความต้องการของผู้ป่วย และการจัดลำดับความสำคัญของการให้การรักษา
- ความพยายามในการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย อาจใช้วิธี Teach-back Techniques เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย
- คำนึงถึงอยู่เสมอว่าการมารับบริการของผู้ป่วยแต่ละครั้งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครอบคลุมความจำเป็นทั้งหมด อาจมีการประเมินโรคร่วมหรือภาวะซึมเศร้าต่าง ๆ และกระตุ้นให้กลับมาใช้บริการตามนัด

4. การจัดทำแผนการดูแลรักษา

แผนการดูแลรักษาเป็นแผนที่มีการออกแบบ วางแผนและจัดระบบล่วงหน้าเพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ โดยมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตัวอย่างของการวางแผนการดูแลรักษาที่เห็นได้ชัด เช่น การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนการดูแลรักษา เป็นการให้บริการเชิงรุก และผู้ให้บริการเป็นฝ่ายริเริ่ม ทั้งนี้ การนัดติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีข้อมูลความต้องการของผู้ป่วย มีการกำหนดความคาดหวังของแพทย์และผู้ป่วยในแต่ละครั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ

5. การจัดระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการพัฒนาระบบบริการที่มีองค์ประกอบทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ เช่น การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะ ให้ความสำคัญและมีการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายการศึกษา พบว่าระบบที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างใดอย่างหนึ่งดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบที่สำคัญ คือ ความซับซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการพัฒนาระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ที่ผ่านมานั้นเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยมักป่วยด้วยหลายโรค ทำให้การพัฒนา มีความยุ่งยาก นอกจากนี้ ปัญหาการขาดทรัพยากรและการที่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 4 การพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การประเมินผลการดำเนินงานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานแม้จะประสบความสำเร็จแต่ไม่ควรหยุดการพัฒนา ควรมีการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางคลินิก เงินทุน และเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ Change Flow Chart ของสถาบัน Improving Chronic Illness Care, การใช้ Process Mapping เป็นต้น

ระบบการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในหลายประเทศ เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย มีการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจากระบบการรักษาแบบเดิมเป็นระบบใหม่ โดยในช่วงแรกมีการสนับสนุนเงินงบประมาณจำนวนหนึ่งในการทำงาน ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจจะไม่ยั่งยืนในระยะยาว หากไม่มีการสนับสนุนเงินทุนต่อเนื่อง การจัดการที่จะช่วยให้ระบบคงอยู่ในระยะยาวจำเป็นจะต้องบูรณาการงานในระบบใหม่เข้ากับงานประจำที่ทำ การสนับสนุนเงินทุนที่เพียงพออย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น หลายประเทศมีการให้เงินส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงานสำหรับผู้ให้บริการ หรือผู้จ่ายในระบบบริการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย เดนมาร์ก ฝรั่งเศส และอังกฤษ เป็นต้น

ระบบการให้ค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษารูปแบบการตอบแทนตามความเหมาะสมของบริบท และควรบูรณาการเข้ากับ การพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

1. หน่วยไตเทียม (ไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

2. ต้องจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และ/หรือ พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาลรับรอง 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือด โดยมีอาการคงที่ไม่เกิน 4 คน ในแต่ละรอบของการฟอกเลือด โดยมีผู้ช่วยเป็นพยาบาลไตเทียม พยาบาลทั่วไป หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมด้วยในอัตราส่วน 1:4 เช่นเดียวกัน

3. ต้องมีผู้ประสานงานสำหรับการลงทะเบียนข้อมูลการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy: TRT) ที่ได้รับการอบรมวิธีการลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน

4. ควรมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นระบบเพื่อรักษาคุณภาพของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีการกำหนดนโยบายการฝึกอบรมด้านต่าง ๆ ระบบการนิเทศงานสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และระดับของสมรรถภาพ (Competency) การปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรประเภทต่าง ๆ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งจากภาวะไตวายเอง และโรคร่วมมักมีความเกี่ยวข้องของการทำงานหลายระบบของร่างกาย การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีลักษณะจำเพาะโรคและมักต้องใช้การรักษาทั้งการปฏิบัติตัวและยาร่วมกับคำสั่งการรักษาด้วยการฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญพิเศษด้านโรคไต โดยต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต หรือ กุมารแพทย์โรคไตที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไตจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคไต และกระบวนการฟอกเลือดเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต ไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงยังให้อายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์ทั่วไป ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ใช้หลักสูตรกลางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในการอบรมและได้รับ ประกาศนียบัตรการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยให้สามารถเป็น แพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบการรักษาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ และต้องมีอายุรแพทย์โรคไตหรือ กุมารแพทย์โรคไตเป็นที่ปรึกษา

พยาบาลไตเทียมมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเช่นกัน โดยมีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ และปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความซับซ้อน และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่าง และเสร็จสิ้นการฟอกเลือด โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โลหิตที่อาจมีระดับความรุนแรงทำให้การเสียชีวิตได้ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากกระบวนการฟอกเลือด เช่น ภาวะแพ้ ตัวกรอง ภาวะเลือดออก หรือเกิดลิ่มเลือด เป็นต้น ดังนั้น องค์ประกอบของบุคลากรส่วนพยาบาลไตเทียม จึงต้องมีทั้งคุณสมบัติและจำนวนที่เพียงพอ พยาบาลไตเทียมจึงจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์และจำเป็นต้องได้รับการอบรมการฟื้นคืนชีพ ขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support) ที่มีการทบทวนความรู้อยู่เสมอ นอกจากนี้ จำนวนของ พยาบาลไตเทียมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมที่มีอาการคงที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ต้องให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาล หรือพยาบาลสำเร็จการอบรมด้าน ไตเทียมจากสถาบันที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล 1 คนต่อการดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 4 คน โดยจะต้องมีผู้ช่วยเหลือทำงานร่วมกัน อาจเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม พยาบาลอบรมด้านไตเทียม พยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยก็ได้ในอัตราส่วนเดียวกัน คือ 1 คน ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 4 คน โดยหน่วยงานอาจจัดให้จำนวนผู้ป่วยในความรับผิดชอบน้อยกว่านี้ได้ตามความเหมาะสม

การลงทะเบียนข้อมูลของหน่วยไตเทียมและข้อมูลของผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไต ในระบบฐานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยไตเทียมเองและ ประชาคมของวงการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถนำข้อมูลที่ได้เพื่อการพัฒนาการ ดำเนินงานภายในหน่วยไตเทียม และยังทำให้สามารถกำหนดนโยบายและแนวทางการปรับปรุงมาตรฐาน การรักษาในระดับประเทศได้ ดังนั้น การลงข้อมูลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างมากที่ทำให้มี การสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีความน่าเชื่อถือ และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด

2.5 แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนการผลิตงานสุขภาพและงานสาธารณสุข

(1) ความหมายและประเภทของต้นทุน

ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลทางด้านลบ ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายที่มองเห็นและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเป็นต้นทุนด้วย ซึ่งเรียกว่าค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ แตกต่างจากต้นทุนทางบัญชี คือให้ความสำคัญกับการแบ่งปันการใช้ทรัพยากรที่รวมต้นทุนค่าเสียโอกาสไว้ด้วยต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ จึงไม่เท่ากับต้นทุนทางบัญชีหรือรายจ่ายที่ระบุไว้ในบัญชี การจัดประเภทของต้นทุนสามารถจัดกลุ่มและจำแนกได้ดังนี้

(1.1) จัดกลุ่มตามการดำเนินงานและการลงทุน

ต้นทุนการลงทุน (Capital Cost) เป็นต้นทุนของสินทรัพย์ที่ใช้ในกระบวนการผลิตสินค้าและบริการ เช่น ที่ดิน อาคาร สิ่งก่อสร้าง เครื่องจักร เครื่องยนต์ ยานพาหนะ ครุภัณฑ์ เป็นต้น ซึ่งแบ่งเป็น ค่าเสียโอกาส สามารถใช้วิธีคิดลดค่าเสื่อมราคาทางเศรษฐศาสตร์ ค่าเสื่อมราคาตามอายุการใช้งานสินทรัพย์ (Depreciated cost) อาจใช้วิธีคิดลดค่าเสื่อมราคาทางการเงินแบบเส้นตรง (Straight Line Technique) หากคิดเป็นต้นทุนต่อปีให้นำราคาซื้อหารด้วยจำนวนอายุการใช้งานเป็นปี

ต้นทุนดำเนินงาน (Operating Cost) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ใช้หมดไปและจะต้องมีการจัดหาเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าฝึกอบรม ค่าสาธารณูปโภค

(1.2) จัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน

ต้นทุนของผู้ผลิต (Provider cost) เป็นต้นทุนสินค้าและบริการ ประกอบด้วย ค่าวัสดุ ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง และค่าแรงงาน

ต้นทุนผู้รับบริการ (Customer Cost) ยกตัวอย่างเช่น ต้นทุนการใช้บริการ ประกอบด้วยค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าบริการ และอาจมีต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ต้นทุนทางจิตใจ และระยะเวลาทำงานที่ต้องเสียไปเมื่อมาใช้บริการ (Opportunity Cost) ซึ่งนอกจากจะทำให้สูญเสียประสิทธิภาพผลผลิต อาจไม่ได้พิจารณาความดีความชอบ หรือค่าตอบแทนพิเศษ

(1.3) จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมของต้นทุน

ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) เป็นต้นทุนที่ไม่เปลี่ยนแปลงตามปริมาณการผลิตและการขายในช่วงที่วิเคราะห์ แม้ว่าระดับกิจกรรมหรือปริมาณของผลิตภัณฑ์จะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม

ต้นทุนผันแปร (Variable Cost) เป็นต้นทุนที่ผันแปรโดยตรง และเป็นอัตราคงที่กับปริมาณการผลิตและการขายสินค้าและบริการ

(1.4) จัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้กิจกรรม

ต้นทุนตรงรวม (Direct Cost) เป็นต้นทุนโดยตรงของการทำกิจกรรมนั้น ต้องมีต้นทุนทางตรงของทุกฝ่ายทุกแผนก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยผลิตหรือหน่วยบริการโดยตรงหรือไม่ก็ตาม

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) เป็นต้นทุนที่รับจัดสรรจากต้นทุนที่เกิดร่วมกัน (Shared Cost) เพื่อรวมเป็นต้นทุนสินค้าและบริการ เช่น จากงานเวชระเบียน ฝ่ายบริหาร เพื่อรวมเป็นต้นทุนทางตรงของฝ่ายบริการ การคิดเฉพาะต้นทุนทางตรงของฝ่ายบริการจะได้ต้นทุนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากขาดส่วนที่เป็นต้นทุนทางอ้อม ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการผลิตและการบริการนั้น ดังนั้นหากต้องการคิดต้นทุนสินค้าและบริการชนิดใดชนิดหนึ่ง ก็ต้องเก็บข้อมูลจากทุกฝ่ายในองค์กร เพื่อจะได้ต้นทุนอ้อมของบริการ

(1.5) จัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์การจ่ายจริงกับต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายจริง

ต้นทุนที่จ่ายไปจริง (Explicit Cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดจากการใช้จ่ายเงินไปจริง

ต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายไปจริง (Implicit Cost) เป็นต้นทุนที่แฝงอยู่ และมองไม่เห็น เช่น ต้นทุนด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต ต้นทุนทางสังคม ความหวาดกลัว เป็นต้น

(1.6) จัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์การแพทย์

ต้นทุนเกี่ยวกับการแพทย์ (Medical Care Cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการบริการทางแพทย์โดยตรง เช่น ค่ายา ค่าเคมีฉีดยา เป็นต้น

ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non-medical Care Cost) หมายถึง ต้นทุนอื่นที่สนับสนุนให้มีบริการทางการแพทย์ เช่น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานพาหนะ เป็นต้น

(1.7) การจัดประเภทต้นทุนตามองค์ประกอบของต้นทุน

ต้นทุนวัสดุ (Material cost) เป็นค่าวัสดุที่ใช้ในการผลิต รวมทั้งวัสดุที่สูญเสียในกระบวนการผลิตและการบริการนั้น รวมทั้งค่าบำรุง ซ่อมแซม วัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์ เวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา

ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) เป็นเงินเดือน ค่าจ้าง ตอบแทน รวมถึงสวัสดิการต่าง ๆ ที่องค์กรจ่ายแก่บุคลากรเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน อาจจ่ายในรูปรายเดือน รายสัปดาห์ หรือรายวัน จ่ายเป็นประจำหรือจ่ายชั่วคราว เป็นเงินเดือนค่าจ้างที่ไม่สัมพันธ์กับปริมาณงาน หรือจ่ายในรูปสวัสดิการที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น การประกันชีวิต เป็นต้น

ต้นทุนการลงทุน (Capital Cost) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 1 ปี การนำมาคิดเป็นต้นทุน ต้องคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปีเป็นต้นทุนที่คงที่

(2) ทิศนะของผู้ประเมิน (Perspective or Point of view)

ทรรศนะของผู้ประเมินค่าทุนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (วลัยพร พัทธนกุล และคณะ, 2544, อ้างถึงใน พิมพ์กา พรหมรินทร์, 2559) คือ

(2.1) **ต้นทุนในทรรศนะของผู้ให้บริการ (Provider)** หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน จึงไม่เท่ากับค่าบริการที่คิดกับผู้ป่วย

(2.2) **ต้นทุนในทรรศนะของผู้ป่วย (Patient)** หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย เช่น การขาดงาน เป็นต้น

(2.3) **ต้นทุนในทรรศนะของสังคม (Society)** หมายถึง ผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้น เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม การเกิดโรคติดต่อร้ายแรงในสังคม การขาดงาน เป็นต้น

(3) วิธีคิดค่าเสื่อมราคาด้วยวิธีเส้นตรง (Straight Line Method)

เป็นวิธีคิดค่าเสื่อมราคา โดยเฉลี่ยมูลค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ให้เป็นค่าเสื่อมราคาในแต่ละปีเท่ากัน ตลอดอายุการใช้งานของสินทรัพย์ถาวรนั้น สูตรในการคำนวณค่าเสื่อมราคา มีดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาซื้อเมื่อเริ่มต้น} - \text{ราคาซาก}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

(4) การวิเคราะห์ตามหน่วยของต้นทุน

การวิเคราะห์ตามหน่วยของต้นทุนมีรายละเอียดดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2551)

(4.1) **การวิเคราะห์องค์กรเพื่อกำหนดหน่วยต้นทุน (Cost Center Identification and Grouping)** เป็นการกำหนดหน่วยต้นทุนเพื่อเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลต้นทุนและผลลัพธ์และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการใช้ทรัพยากร ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยต้นทุนคือ

- 1) มีโครงสร้างของหน่วยงานชัดเจน หรือมีหน้าที่เฉพาะที่ชัดเจน
- 2) มีข้อมูลการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานที่ชัดเจน
- 3) มีผลลัพธ์ของหน่วยงานซึ่งสามารถวัดได้ เนื่องจากหน่วยต้นทุนต่าง ๆ ต้อง

ทำงานกันหรือสนับสนุนกัน ทรัพยากรที่หน่วยงานหนึ่งใช้เป็นปัจจัยนำเข้าอาจถูกส่งต่อเป็นปัจจัยนำเข้าหน่วยอื่นต่อไป จึงแบ่งหน่วยงานในสถานพยาบาลออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะหน้าที่และการสนับสนุนกัน ดังนั้น จึงต้องเข้าใจความหมายที่สำคัญ ดังนี้

- **หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue Producing Cost Center: NRPCC)** เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยงานอื่น ผลลัพธ์ของหน่วยงานไม่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล หน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก เป็นต้น

- **หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue-producing Cost Center: RPCC)** เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยและมีการคิดค่าบริการจากผู้ป่วย บริการเหล่านี้จะต้องมีใบสั่งให้แก่ผู้ป่วย เช่น ชั้นสูตร รังสีวิทยา ผ่าตัดและวิสัญญี เภสัชกรรม กายภาพบำบัด เป็นต้น

- **หน่วยบริการผู้ป่วย (Patient Service: PS)** เป็นหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ หน่วยผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน

- **หน่วยบริการอื่นๆ (Non-patient Service: NPS)** ได้แก่ เวชกรรมสังคม หน่วยวิจัย และหน่วยสุศึกษา โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ อาจจัดกลุ่มงานแพทย์อยู่ในหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และพิจารณาเกณฑ์การกระจายทุนที่สัมพันธ์กัน

(4.2) การคำนวณต้นทุนในภาพรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน (Direct Cost Determination) เป็นการหามูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่หน่วยต้นทุนใช้ไป มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ต้นทุนรวมโดยตรง} = \text{ต้นทุนค่าแรง} + \text{ต้นทุนค่าวัสดุ} + \text{ต้นทุนค่าลงทุน}$$

โดยต้นทุนรวมสามารถเก็บรวบรวมได้ ดังนี้

- **ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost: LC)** หมายถึง ค่าจ้าง เงินเดือนที่เกิดขึ้นจากผู้ปฏิบัติงาน ทั้งการปฏิบัติงานเต็มเวลา และการปฏิบัติงานเป็นบางเวลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลค่าแรงในส่วนที่เป็นเงินเดือนค่าจ้าง และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติงาน

- **ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost: MC)** หมายถึง ต้นทุนจากมูลค่าของวัสดุสิ้นเปลืองต่าง ๆ ที่ใช้ไปในงานบริการหาแทนไต ด้วยวิธีฟอกเลือด และวิธีล้างไตผ่านช่องท้อง ซึ่งเป็นยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาด้วยการฟอกเลือด เช่น ตัวกรอง, ค่าสายส่งเลือด, Glucose, Hypertonic NaCl solution เป็นต้น อุปกรณ์และยาที่ใช้ในการรักษาแบบล้างไตผ่านช่องท้อง ได้แก่ น้ำยาล้างช่องท้องต่าง ๆ เป็นต้น รวมถึงค่าบำรุงรักษา และค่าอะไหล่ ในการซ่อมแซมอุปกรณ์ โดยค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุเหล่านี้ไม่นับต้นทุนที่เกิดจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

- **ค่าต้นทุนลงทุน (Capital cost: CC)** หมายถึง ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ โดยคิดต้นทุนค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Straight Line Method) กล่าวคือ เฉลี่ยค่าเสื่อมราคาออกไปเป็นปีละเท่า ๆ กันตามจำนวนปีของการใช้งานโดยกำหนดอายุของการใช้งานของครุภัณฑ์เฉลี่ย 5 ปี

(4.3) การกำหนดเกณฑ์กระจายต้นทุน (Allocation Criteria) หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ ถือเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient Cost Center: TCCs) ที่จะกระจายต้นทุนให้กับหน่วยต้นทุนสุดท้าย (Absorbing Cost Center: ACCs) คือ หน่วยบริการผู้ป่วย (PS) และหน่วยบริการอื่นๆ (NPS) โดยต้นทุนที่กระจายไปนี้เรียกต้นทุนทางอ้อมของหน่วยต้นทุนสุดท้าย การกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุนเป็นการกำหนดว่าจะใช้ข้อมูลใดมากระจายต้นทุนจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวให้กับหน่วยต้นทุนสุดท้าย เกณฑ์การกระจายต้นทุนออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา และเทียบเท่าของโรงพยาบาล ของพยาบาล ของแพทย์ เป็นต้น
- เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยต้นทุน เงินเดือนค่าวัสดุที่ใช้ในการบริการทางการแพทย์สำหรับการฟอกเลือด และล้างไตทางช่องท้อง เป็นต้น
- เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วย เช่น จำนวนครั้งของการมาฟอกเลือด จำนวนครั้งของการตรวจรักษาของผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านช่องท้อง
- เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับบริการทั่วไป เช่น น้ำหนักผ้าที่ใช้ในหน่วยงานไตเทียม เป็นต้น

2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยถ้าประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การพัฒนาประเทศก็จะทำได้และรวดเร็ว ในส่วนของการสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน การพัฒนาด้านเทคโนโลยีด้านการแพทย์ การจัดตั้งโครงการต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นในการรอดชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงการดำเนินชีวิตก่อนการเจ็บป่วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบทบาททางสังคมวัฒนธรรมและค่านิยมในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวังตามมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติดังนี้ มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และมิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความสงบสุข ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพความเป็นอยู่ ที่เกิดจากการตอบสนองในสิ่งที่บุคคลต้องการ และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การมีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างในชีวิต ยกตัวอย่างเช่น ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจตามบทบาทในสังคม ถึงแม้บุคคลนั้นจะเจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ แต่บุคคลก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อการดำรงชีวิตและการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

ในสังคมปัจจุบัน การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัย 4 ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยทั่วไป ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค แล้วต้องประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการ คือ (สุทิน สายสงวน, 2533 อ้างถึงใน พิมพิภา พรหมรินทร์, 2559)

- (1) ประชาชนในครอบครัวได้รับประทานอาหารที่สะอาด ถูกสุขลักษณะและเพียงพอต่อความต้องการ
- (2) ประชาชนในครอบครัวอาศัยในที่อยู่อาศัยที่ถูกลักษณะและมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

(3) ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการประกอบสัมมาอาชีพ

(4) ประชาชนมีการผลิตหรือจัดหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ

(5) ครอบครัวสามารถจัดการและวางแผนการมีบุตรได้อย่างเหมาะสม

(6) ประชาชนมีสภาวะจิตใจที่ดี

Cabbel (1972 อ้างถึงใน พิมพิภา พรหมรินทร์, 2559) ได้เสนอว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตต้องมี 3 ด้านคือ

(1) ด้านกายภาพ ประกอบด้วย ความหนาแน่นของประชากรและปัจจัยด้านมลภาวะของสภาพที่อยู่อาศัย

(2) ด้านสังคม ประกอบด้วย การศึกษา สุขภาพอนามัย และความมั่นคงของครอบครัว

(3) ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ความพึงพอใจ ความสำเร็จ ความผิดหวังและความเศร้าใจในชีวิต

Korndo (1985 อ้างถึงใน พิมพิภา พรหมรินทร์, 2559) ได้เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 3 ด้าน ดังนี้

(1) ความเป็นอยู่ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย อาหารหรือโภชนาการ สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องสาธารณูปโภค โรงเรียน โรงพยาบาล การสุขาภิบาล เป็นต้น

(2) จิตใจหรืออารมณ์ แสดงออกด้วยความรักหรือความเป็นเพื่อน การแต่งงานหรือการมีบุตร นันทนาการหรือการใช้เวลาว่าง การศึกษา ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในสถานภาพ ความมั่นคงในวัยชรา เป็นต้น

(3) ความรู้สึกนึกคิด ประกอบด้วย การมีอิสระต่อความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อ

2.6 มาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (ตรต.) (2557) เป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลและอนุมัติให้หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือหน่วยไตเทียมสามารถดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้

2.6.1 องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล

(1) ต้องมีเตียงรับผู้ป่วยในนอนค้างคืนได้

(2) ในกรณีที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยในนอนค้างคืน ต้องมีการจัดระบบการส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย และมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับในหน่วยไตเทียมปฏิบัติได้

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจัดเป็นหัตถการที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ผู้ที่มีโรคร่วมมาก อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการฟอกเลือด (Dialysis related Complications) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายโดยตรง หรือโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดแดง ดังนั้น หน่วยไตเทียมจึงต้องมีการเตรียมพร้อมในการแก้ไขและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือยังต้องมีการติดตามอาการหลังการแก้ไขจึงจำเป็นต้องมีสถานที่และบุคลากรที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลรักษาโรคซับซ้อนได้ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรับผู้ป่วยในและมีหน่วยไตเทียมภายในสถานพยาบาลเอง จึงเหมาะสมในการให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นการดีที่สุด หรืออย่างน้อยที่สุดต้องมีโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีศักยภาพในการฟอกเลือดไว้รองรับการส่งต่อผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลที่รับส่งต่อควรอยู่ในระยะการเดินทางที่ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจะได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม หน่วยไตเทียมที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืนได้ หัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องมีการจัดทำแนวทางการช่วยเหลือแก้ไขภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย และระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย โดยจะต้องมีการสื่อสารและอบรมให้บุคลากรในหน่วยไตเทียมสามารถปฏิบัติได้ ในกรณีที่ไม่มี การประสานงานจำเพาะไว้ กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรับผู้ป่วยหนักที่สามารถให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ บุคลากรของหน่วยไตเทียมที่ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นต้องสื่อสารแจ้งข้อมูลโรคประจำตัวผู้ป่วย และให้ข้อมูลหรือเอกสารแสดงข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยกับหน่วยกู้ชีพหรือหน่วยงานที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการเลือกโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่และสถานการณ์ขณะนั้น

2.6.2 องค์ประกอบที่ 2 หน่วยไตเทียม

(1) แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยไตเทียม ต้องมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ อายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไต อายุรแพทย์ทั่วไป หรือกุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจาก สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยต้องมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไตเป็นที่ปรึกษา

(2) พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียม ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยไตเทียม ต้องได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาล

(3) พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียมนั้นแบบเต็มเวลา (Full-time Nurse) (ไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดทำการฟอกเลือด)

(4) หน่วยไตเทียมที่รับผู้ป่วยฟอกเลือดประจำระยะยาว (Chronic Hemodialysis) ต้องมีที่ตั้งหน่วยไตเทียมแยกออกจากหอผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจน

(5) สถานพยาบาลควรเป็นผู้ดำเนินการหน่วยไตเทียมเอง ในกรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นหน่วยงานนอกสถานพยาบาล ต้องมีสัญญาในการร่วมใช้สถานที่ และการบริการอื่น ๆ ของสถานพยาบาล โดยมีแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมร่วมรับทราบ

(6) ควรมีโครงสร้างการบริหารหน่วยไตเทียมที่ชัดเจน

การบริหารจัดการภายในหน่วยไตเทียมประกอบด้วยโครงสร้างและสถานที่สำหรับสถานพยาบาลทั่วไปให้เหมาะสมและปลอดภัย และองค์ประกอบที่มีความจำเป็นกับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในด้านครุภัณฑ์ และบุคลากร ได้แก่ การเลือกใช้และการบำรุงรักษาเครื่องไตเทียม ตัวกรองเลือด และระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ตลอดจนการแก้ไขเมื่อพบปัญหา การจัดการด้านบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยของหน่วยไตเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน มีคุณภาพและความปลอดภัยสูง

ดังนั้น แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมจะต้องมีความเชี่ยวชาญด้านโรคไต อาจเป็นอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต ในกรณีพื้นที่ขาดแคลนอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต จึงมีโครงการอบรมอายุรแพทย์ทั่วไปหรือกุมารแพทย์ทั่วไปให้ได้รับการอบรมหลักสูตรไตเทียม 4 เดือน จากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง และใช้หลักสูตรกลางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในการอบรม โดยจะได้รับประกาศนียบัตรการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต สำหรับอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ทั่วไปทำหน้าที่ในการเป็นแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมได้ โดยสรุปบทบาทของแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม ประกอบด้วย

(1) อำนวยการให้การฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมที่รับผิดชอบเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา และมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย

(1.1) กำกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียมให้ดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่

- การนำคำแนะนำและแนวทางเวชปฏิบัติที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษา
- การกำหนดเป้าหมายและการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยในระดับรายผู้ป่วย และระดับหน่วยงาน
- กำกับการปฏิบัติงานของทีมแพทย์ผู้รักษา
- กำกับดูแลองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของหน่วยไตเทียมให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ในด้านบุคลากร สถานที่ เครื่องไตเทียม ระบบน้ำบริสุทธิ์ เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ระบบเอกสารและการลงบันทึกข้อมูล การลงทะเบียน TRT และระบบส่งต่อผู้ป่วย

(1.2) เป็นหัวหน้าทีมการรักษาในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ

- เป็นที่ปรึกษาของพยาบาลและบุคลากรอื่นในการดำเนินงานปกติและการแก้ไขปัญหาที่พบ
- การทำให้มีเอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) ในกระบวนการหรือหัตถการที่สำคัญของพยาบาล
- พัฒนามาตรฐานของกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมที่รับผิดชอบสม่ำเสมอ

(2) การบริหารความเสี่ยงและการมองหาโอกาสพัฒนาหน่วยไตเทียม เช่น กระบวนการป้องกันการติดเชื้อ (Infectious Control) ความปลอดภัยจากการใช้ยา การทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยไตเทียม เป็นต้น

พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียมเท่านั้น โดยมีคุณสมบัติได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาล ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียม โดยทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) กำกับดูแลมาตรฐานทางการพยาบาลของหน่วยไตเทียมให้เป็นไปตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

2) บริหารจัดการระบบการปฏิบัติงานและการดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ภายในหน่วยฟอกเลือดให้สามารถดำเนินการฟอก เลือดได้อย่างเรียบร้อยและเป็นไปตามเกณฑ์ของ ตรต.

ในกรณีที่หน่วยไตเทียม หรือห้องทำการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลโดยตรงจากสถานพยาบาลเอง เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้ การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องเป็นอย่างน้อย แต่หัวหน้าพยาบาลที่กำกับดูแลหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่ใช่พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น ต้องมีการมอบหมาย หรือ แต่งตั้งพยาบาลปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time Nurse) ที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียม เป็นหัวหน้าพยาบาลที่กำกับดูแลการดำเนินการห้องฟอกเลือดโดยตรง

การบริหารจัดการระบบการทำงาน ทรัพยากรและอุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยไตเทียมควรมีความสอดคล้องกับนโยบายและ กระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลที่หน่วยไตเทียมตั้งอยู่ ในกรณีที่สถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหน่วยไตเทียมเองจะ เหมาะสมที่สุด เนื่องจากจะทำให้มีทิศทางของการจัดการระบบต่าง ๆ ในหน่วยไตเทียมทำได้ง่าย และเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม กรณีที่หน่วยงานภายนอกสถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหน่วยไตเทียม จะต้องมีส่วนร่วมในการร่วมใช้สถานที่ และบริการอื่นของสถานพยาบาลร่วมกันด้วย โดยมีข้อกำหนดต่าง ๆ ให้ชัดเจน และให้แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมร่วมรับทราบนโยบาย

หน่วยไตเทียมควรมีสถานที่ตั้งแยกต่างหากจากหอผู้ป่วย หรือหน่วยตรวจโรคอื่นอย่างชัดเจน เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่ต้องทำเป็นประจำ และอาศัยอุปกรณ์พิเศษจำเพาะหลายชนิด โดยเฉพาะระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ต้องมีการติดตั้งระบบ และการวางท่อจ่ายน้ำไปยังจุดสำหรับการฟอกเลือด นอกจากนี้ระหว่างการฟอกเลือด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่ฟอกเลือด และจัดวางพื้นที่สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินได้อย่างทันที และปลอดภัย ตลอดจนอาจมีการปนเปื้อนของเลือดและสารคัดหลั่งไปยังอุปกรณ์ได้ ผู้ป่วยบางรายยังอาจจำเป็นต้องได้รับการแยกบริเวณและเครื่องไตเทียมระหว่างการฟอกเลือดด้วย

2.6.3 องค์ประกอบที่ 3 การรักษาภายในหน่วยไตเทียม

- (1) ต้องมีการเปิดให้ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนด
- (2) ต้องมีการให้ทำการฟอกเลือดนอกเวลาในกรณีฉุกเฉิน หรือมีระบบการส่งต่ออย่างปลอดภัย
- (3) ควรมีการให้การรักษผู้ป่วยด้วย Acute Hemodialysis
- (4) ควรมีการรักษาผู้ป่วยโดยการล้างไตทางช่องท้อง
- (5) ควรมีกระบวนการแนะนำและจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การปลูกถ่ายไต หรือเป็นผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต
- (6) ควรมีกระบวนการแนะนำเพื่อการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วย (Shared Decision Making) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการรักษาที่ต้องทำเป็นประจำและมีกำหนดวันและเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดำรงชีวิตประจำวัน และการทำงานได้ล่วงหน้า หน่วยไตเทียมจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และมีการเตรียมสถานที่ เครื่องมือ และบุคลากรให้มีความพร้อมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่กำหนดไว้ กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุสุดวิสัยที่หน่วยไตเทียมไม่มีความพร้อมในการทำฟอกเลือดจะต้องมีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยยังคงได้รับการฟอกเลือดอย่างเหมาะสมและปลอดภัย หน่วยไตภายในโรงพยาบาลและเทียมที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลจะได้รับการกำกับติดตามโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพสังกัดเป็นลำดับขั้น ส่วนหน่วยไตเทียมที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกจะต้องยังอยู่ในช่วงเวลาของการได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการหน่วยไตเทียมในสถานพยาบาลได้ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขโดยหน่วยไตเทียมและสถานพยาบาลจะได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ที่ระบุให้ทำการรักษาโดยการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม และ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) เมื่อหน่วยไตเทียมในสถานพยาบาลเอกชนมีแผนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นที่ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับพื้นที่ของหน่วยไตเทียม จะต้องขอรับการพิจารณาคุณสมบัติในการได้รับใบอนุญาต (ส.พ.7) ล่วงหน้าเสมอ

นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีอาการหรือโรคฉุกเฉินได้นอกเวลาทำการของหน่วยไตเทียม จึงควรมีการเตรียมทำการฟอกเลือดนอกเวลา หรือนอกรอบกำหนดนัดฟอกเลือดด้วยกรณี ที่หน่วยไตเทียมไม่สามารถทำการฟอกเลือดในกรณีฉุกเฉิน หรือนอกเวลาได้ ต้องมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นเพื่อรับการรักษาได้

ถึงแม้วิทยาการทางการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องจะได้รับการพัฒนาให้มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างมาก แต่การปลูกถ่ายไตยังถือว่าเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี และอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าการล้างไตทั้ง 2 วิธีข้างต้น 3 เท่า โดยประมาณ มีความคุ้มค่าของการใช้จ่ายมากที่สุด ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความพร้อมทางด้านสุขภาพและจิตใจ ควรได้รับการแนะนำให้ได้รับการปลูกถ่ายไต อาจเป็นในรูปแบบการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living-related Kidney Transplantation) หรือ ผู้บริจาคสมองตาย (Deceased Kidney Transplantation) ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่สามารถทำการปลูกถ่ายไตได้ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด หน่วยไตเทียมควรมีความพร้อมสำหรับการให้ข้อมูลแนะนำแก่ผู้ป่วยในการติดต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต รวมถึงบุคลากรในหน่วยไตเทียมควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมรับการผ่าตัด เข้าสู่การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต

ผู้ป่วยที่ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่เป็นประจำ และเป็นเวลานาน อาจมี ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคของหลอดเลือดแดงสมอง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี หรือมีโรคอื่นเกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป เช่น โรคติดเชื้อ โรคกระดูก เป็นต้น ที่อาจทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตลดลงจากเดิม บางรายอาจมีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูงขึ้นระหว่างการฟอกเลือดได้ เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง โรคหัวใจวายชนิดรุนแรง เป็นต้น ดังนั้น การปรับกระบวนการพัชน์และวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การปรับระยะเวลาหรือ จำนวนครั้งของการฟอกเลือด การเปลี่ยนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการล้างไตทางช่องท้องหรือการรักษาประคับประคอง การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์และพยาบาลไตเทียมที่ดูแลผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ ควรสังเกตและมีการทบทวนแผนการรักษาอยู่เสมอ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและข้อพึงระวังที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ และควรมีการแจ้งและปรึกษาขอความเห็นร่วมกันกับผู้ป่วย และญาติใกล้ชิดหรือผู้แทนโดยชอบธรรมในการปรับเปลี่ยนการรักษา หรือในกรณีผู้ป่วย และ/หรือญาติ แจ้งความจำนงค์ปรับเปลี่ยนการรักษาจากความเห็นของแพทย์ ควรมีการปรึกษาหารือร่วมกันในแง่ข้อดี และข้อด้อยที่อาจจะเกิดผลต่อผู้ป่วยก่อนตัดสินใจ

การบำบัดทดแทนไตมีหลายรูปแบบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นในการรับวิธีการบำบัดทดแทนไตต่างไปจากเดิมในช่วงเวลาหนึ่งขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดแบบไม่ได้เป็นควินดหมายประจำ หรือ Acute Hemodialysis โดยเฉพาะหน่วยไตเทียมที่มีศักยภาพสูงจึงควรมีการพัฒนาให้สามารถให้การรักษาที่มีความครอบคลุม หลากหลายรูปแบบ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยได้เต็มที่ เช่น Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT).การทำ Plasmapheresis เป็นต้น

2.6.4 องค์ประกอบที่ 4 บุคลากร

(1) แพทย์ผู้สั่งและปรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป/กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากสมาคม โรคไตแห่งประเทศไทย หรือ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยต้องมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์ โรคไตเป็นที่ปรึกษา

(2) ต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่หน่วยไตเทียมตั้งอยู่ ตลอดช่วงเวลาที่หน่วยไตเทียมทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(3) ต้องมีพยาบาลที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาล อย่างน้อย 1 คน ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาประจำหน่วยไตเทียม (ไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

(4) ต้องจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และ/หรือ พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาลรับรอง 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือด โดยมีอาการคงที่ไม่เกิน 4 คน ในแต่ละรอบของการฟอกเลือด โดยมีผู้ช่วยเป็นพยาบาลไตเทียม พยาบาลทั่วไป หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมด้วยในอัตราส่วน 1:4 เช่นเดียวกัน

(5) ต้องมีผู้ประสานงานสำหรับการลงทะเบียนข้อมูลการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy: TRT) ที่ได้รับการอบรมวิธีการลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน

(6) ควรมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นระบบเพื่อรักษาคุณภาพของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีการกำหนดนโยบายการฝึกอบรมด้านต่าง ๆ ระบบการนิเทศงานสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และระดับของสมรรถภาพ (Competency) การปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรประเภทต่าง ๆ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งจากภาวะไตวายเอง และโรคร่วมมักมีความเกี่ยวข้องของการทำงานหลายระบบของร่างกาย การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีลักษณะจำเพาะโรคและมักต้องใช้การรักษาทั้งการปฏิบัติตัวและยา ร่วมกับคำสั่งการรักษาด้วยการฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญพิเศษด้านโรคไต โดยต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต หรือ กุมารแพทย์โรคไต ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไตจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคไต และกระบวนการฟอกเลือดเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต ไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงยังให้อายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์ทั่วไป ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง ใช้หลักสูตรกลางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในการอบรมและได้รับ ประกาศนียบัตรการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยให้สามารถเป็น แพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบการรักษาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ และต้องมีอายุรแพทย์โรคไตหรือ กุมารแพทย์โรคไตเป็นที่ปรึกษา

พยาบาลไตเทียมมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่นกัน โดยมีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่มีประสิทธิภาพ เพียงพอ และปลอดภัย เนื่องจาก ผู้ป่วยเหล่านี้มีความซับซ้อน และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่าง และเสร็จสิ้นการฟอกเลือด โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โลหิตที่อาจมีระดับความรุนแรงทำให้การเสียชีวิตได้ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากกระบวนการฟอกเลือด เช่น ภาวะแพ้ ตัวกรอง ภาวะเลือดออก หรือเกิดลิ่มเลือด เป็นต้น ดังนั้น องค์ประกอบของบุคลากรส่วนพยาบาลไตเทียม จึงต้องมีทั้งคุณสมบัติและจำนวนที่เพียงพอ พยาบาลไตเทียมจึงจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ภายใต้คำปรึกษาจากแพทย์และจำเป็นต้องได้รับการอบรมการฟื้นคืนชีพ ขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support) ที่มีการทบทวนความรู้อยู่เสมอ นอกจากนี้ จำนวนของ พยาบาลไตเทียมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมที่มีอาการคงที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ต้องให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสภาการพยาบาล หรือพยาบาลสำเร็จการอบรมด้าน ไตเทียมจากสถาบันที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล 1 คนต่อการดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 4 คน โดยจะต้องมีผู้ช่วยเหลือทำงานร่วมกัน อาจเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม พยาบาลอบรมด้านไตเทียม พยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยก็ได้ในอัตราส่วนเดียวกัน คือ 1 คน ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 4 คน โดยหน่วยงานอาจจัดให้จำนวนผู้ป่วยในความรับผิดชอบน้อยกว่านี้ได้ตามความเหมาะสม

การลงทะเบียนข้อมูลของหน่วยไตเทียมและข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในระบบ ฐานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยไตเทียมเอง และประชาคมของ วงการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถนำข้อมูลที่ได้เพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน ภายในหน่วยไตเทียม และยังทำให้สามารถกำหนดนโยบายและแนวทางการปรับปรุงมาตรฐานการรักษา ในระดับประเทศได้ ดังนั้น การลงข้อมูลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างมากที่ทำให้มี การสร้างฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีความน่าเชื่อถือ และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด

2.6.5 องค์ประกอบที่ 5 สถานที่

- (1) ต้องมีพื้นที่สำหรับการฟอกเลือดเฉลี่ยอย่างน้อย 4 ตารางเมตรต่อจุดฟอกเลือด โดยมี ส่วนแคบที่สุดของพื้นที่ดังกล่าว ไม่น้อยกว่า 1.8 เมตร และมีระยะช่องว่างที่ปลายเตียงสำหรับสัญจร อย่างน้อย 2.0 เมตร
- (2) ต้องมีการแยกพื้นที่เป็นสัดส่วนสำหรับห้องเตรียมน้ำบริสุทธิ์ ห้องฟอกเลือดและพื้นที่ สำหรับล้างตัวกรอง
- (3) ต้องมีการจัดระบบระบายอากาศภายในพื้นที่ล้างตัวกรอง และพื้นที่ห้องฟอกเลือด อย่างเหมาะสม
- (4) ต้องมีการแยกอ่างล้างตัวกรองสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ตับอักเสบบี และผู้ป่วยทั่วไปจากกัน โดยให้ตั้งอ่างล้างห่างกันหรือมีผนังกันระหว่างอ่างติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและติดเชื้อระหว่างผู้ป่วย โดยให้มีความสูงของผนังกันเพียงพอ ต่อการป้องกันการปนเปื้อนของน้ำไปพื้นที่ข้างเคียง
- (5) ต้องมีอ่างล้างมือสำหรับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือด
- (6) ต้องมีพื้นที่ห้องพักของพยาบาลเป็นสัดส่วน
- (7) ต้องมีเตียงนอน หรือเปลเข็นนอน สำหรับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เตียง ในกรณีฉุกเฉินช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)
- (8) ต้องมีระบบการควบคุมการติดเชื้อในหน่วยไตเทียม
- (9) ต้องมีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ
- (10) ควรมีระบบบำบัดน้ำเสียจากการฟอกเลือด ก่อนปล่อยสู่แหล่งน้ำ
- (11) ควรมีการแยกพื้นที่ห้องเก็บของ

การบริหารจัดการสถานที่ส่วนต่าง ๆ ภายในหน่วยไตเทียม ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยต่อทั้งผู้ป่วย และบุคลากรของ หน่วยไตเทียม และสิ่งแวดล้อมส่วนรวม ประกอบด้วย การจัดพื้นที่ต่าง ๆ ให้เป็นสัดส่วนแยกพื้นที่ที่มีอุปกรณ์และการรักษาพยาบาลที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคและสารเคมี ออกจากพื้นที่ส่วนอื่น โดยให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการทำงาน การจัดการระบบระบายอากาศ ระบบบำบัดน้ำเสีย การจัดเก็บ และกำจัดขยะ รวมถึงระบบป้องกันอัคคีภัย

ห้องฟอกเลือดจะต้องมีขนาดเพียงพอไม่แออัดเกินไป มีระบบหมุนเวียนและระบายอากาศที่เพียงพอ และสามารถจัด วางอุปกรณ์สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการรักษาพยาบาลอื่น ๆ รวมถึงพื้นที่สำหรับการให้การช่วยชีวิต ฉุกเฉิน และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและอุปกรณ์ได้อย่างสะดวกและ

ปลอดภัย พื้นที่ห้องฟอกเลือด ห้องพักสำหรับเจ้าหน้าที่ ห้องระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ และพื้นที่สำหรับล้างตัวกรอง ต้องจัดให้แยกจากกันเพื่อความสะดวกและความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งจากเชื้อโรค สารเคมี และปัจจัยด้านเสียงและกลิ่น การจัดเก็บเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ควรจัดให้มีที่เก็บเป็นสัดส่วน และไม่มีกลิ่น

พื้นที่ล้างตัวกรองฟอกเลือด ถือว่าเป็นพื้นที่การทำงานที่มีการปนเปื้อนทั้งสารเคมี และเชื้อโรคต่าง ๆ ต้องมีการแยกการใช้งานอาจตั้งให้ห่างกัน หรือมีผนัง หรือฉากกั้นระหว่างอ่างล้างตัวกรองฟอกเลือดของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสเหล่านี้ เพื่อป้องกันการกระจายของเชื้อโรคระหว่างการล้างตัวกรอง โดยต้องมีความสูงของผนัง หรือฉากกั้นให้เพียงพอต่อการป้องกันการปนเปื้อนของน้ำไปยังพื้นที่ หรืออ่างล้างตัวกรองข้างเคียง โดยทั่วไปมักใช้ฉากกั้นที่มีความสูงอย่างน้อย 50 เซนติเมตร จากระดับขอบของอ่างล้าง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่และการบริหารจัดการของหน่วยไตเทียมให้สามารถป้องกันการปนเปื้อนของน้ำได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และต้องมีการระบุชื่อของอ่างล้างให้ชัดเจนเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน การจัดเก็บตัวกรองฟอกเลือดหลังจากล้างและฆ่าเชื้อแล้ว ต้องให้อยู่ในพื้นที่ที่แยกจากพื้นที่ล้างตัวกรอง และมีการแยกส่วนพื้นที่เก็บระหว่างตัวกรองฟอกเลือดของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสเหล่านี้ โดยให้มีการแยกเก็บตัวกรองฟอกเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายแยกกันด้วย นอกจากนี้ต้องจัดให้มีการหมุนเวียน และระบายอากาศอย่างเพียงพอ เพื่อลดการสะสมของการฟุ้งกระจายของสารเคมีระหว่างการล้างตัวกรองฟอกเลือด หน่วยไตเทียมที่ยังใช้วิธีการเตรียมตัวกรองก่อนนำกลับไปใช้ซ้ำ โดยการล้างตัวกรองส่วน Dialysate Compartment ด้วย 0.9% Sodium chloride หรือน้ำบริสุทธิ์ ก่อนนำไปเตรียมส่วน Blood Compartment ที่เครื่องไตเทียม ต้องมีการจัดเตรียมอ่างสำหรับเตรียมตัวกรองก่อนนำไปใช้ซ้ำ แยกต่างหากจากอ่างล้างตัว กรองหลังการใช้งาน และตั้งอยู่นอกห้องล้างตัวกรอง

หน่วยไตเทียมต้องมีระบบการควบคุมการติดเชื้อในหน่วยไตเทียมด้วยการทำความสะอาดเตียงหรือเก้าอี้ พื้นผิวภายนอกเครื่องไตเทียม และพื้นที่รอบข้างเมื่อเสร็จสิ้นการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การทำความสะอาดเครื่องไตเทียม เมื่อใช้ในการฟอกเลือดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเสร็จสิ้นและรอบสุดท้ายของแต่ละวัน การจัดหาอ่างล้างมือให้ผู้ป่วยทำความสะอาดแขนข้างที่มีการใช้ Arteriovenous Fistula หรือ Graft ก่อนแทงเข็มฟอกเลือด

การหมุนเวียนและระบายอากาศภายในหน่วยไตเทียมต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ใช้ในการฟอกเลือด และห้องล้างตัวกรอง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่มีการติดต่อทางอากาศหายใจ (Airborne Transmission) นอกจากนี้ หน่วยไตเทียมต้องจัดให้มีระบบบำบัดน้ำเสียจากการฟอกเลือดก่อนปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม และระบบเก็บและกำจัดขยะที่เหมาะสมซึ่งอาจจะใช้ร่วมกับสถานพยาบาลที่หน่วยไตเทียมตั้งอยู่ได้ รวมทั้งการจัดเตรียมระบบป้องกันอัคคีภัย โดยเฉพาะหน่วยไตเทียมที่มีพื้นที่ฟอกเลือดตั้งอยู่นอกเหนือจากชั้นล่างสุดของอาคารโดยรายละเอียดของการบริหารจัดการสถานที่ระบบหมุนเวียนอากาศ ระบบบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะ ให้อ้างอิงตามมาตรฐานห้องให้บริการทางการแพทย์จัดทำโดยกองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2.6.6 องค์ประกอบที่ 6 เครื่องไตเทียม และตัวกรอง

- (1) ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างเหมาดูแลเครื่องไตเทียม
- (2) ต้องมีการฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียมหลังการฟอกเลือดทันที สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ตับอักเสบบี, HIV, วัณโรคระยะติดต่อ, COVID-19, โรคติดต่อร้ายแรงอุบัติใหม่ และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ
- (3) ต้องมีการฆ่าเชื้อเครื่องล้างตัวกรองอัตโนมัติ หลังจากใช้เครื่องมือนี้ในการล้างตัวกรองติดเชื้อ
- (4) ต้องไม่ใช้สายส่งเลือดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี
- (5) ต้องไม่ใช้ตัวกรองและสายส่งเลือดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวี
- (6) ต้องมีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่มีการรับรองคุณภาพที่เครื่องไตเทียม ในกรณีที่มีการฟอกเลือดด้วย ตัวกรอง Super High-flux หรือ Medium Cut-off Membrane หรือมีการฟอกเลือดด้วย Online HDF และมีการเปลี่ยนตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้
- (7) ควรมีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่มีการรับรองคุณภาพที่เครื่องไตเทียม ในกรณีที่มีการฟอกเลือดด้วย ตัวกรอง High-flux และมีการเปลี่ยนตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้
- (8) ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ตับอักเสบบี, เอชไอวี, วัณโรคระยะติดต่อ, COVID-19, โรคติดต่อร้ายแรงอุบัติใหม่ และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ
- (9) ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis)

เครื่องไตเทียมถือเป็นอุปกรณ์หลักและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีโอกาสเกิดการชำรุดเสียหายของส่วนประกอบต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดของผลการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จนอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น การตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงเครื่องไตเทียม อย่างสม่ำเสมอ ให้เครื่องไตเทียมยังคงมีสภาพทำงานได้อย่างดีโดยผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นกระบวนการสำคัญยิ่งของการบริหารจัดการหน่วยไตเทียม โดยผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่บำรุงรักษาเครื่องไตเทียม อาจเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล หรือหน่วยไตเทียมเอง หรือบริษัทเป็นผู้รับผิดชอบก็ได้

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายบางรายมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และเอชไอวี ซึ่งเป็นไวรัสที่มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านเลือดและน้ำเหลืองได้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการรักษาที่มีโอกาสสูงที่จะมีการปนเปื้อนเลือดของผู้ป่วยบนพื้นผิวต่าง รวมทั้งเครื่องไตเทียม การล้างตัวกรอง

เลือดเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำอาจทำให้มีการกระเด็นของเลือดได้ง่าย ดังนั้น มาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างบุคคลภายในหน่วยไตเทียมจึงมีความจำเป็น ได้แก่

- การฆ่าเชื้อ เครื่องไตเทียมทันที หลังทำการฟอกเลือดให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดักแด้ อักเสบ ปี ดักแด้ อักเสบซี เอชไอวี และ ผู้ที่ยังไม่มีผลตรวจมาแสดงว่าปลอดการติดเชื้อดังกล่าว
- การฆ่าเชื้อเครื่องล้างตัวกรองอัตโนมัติทันทีหลังการใช้เครื่องมือนี้ในการล้างตัวกรองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดักแด้ อักเสบซี และดักแด้ อักเสบซี
- งดการนำตัวกรองเลือดของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ยังไม่ทราบผลตรวจเลือด กลับมาใช้ซ้ำ งดการนำสายส่งเลือดของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสดักแด้ อักเสบซี ดักแด้ อักเสบซี เอชไอวี และผู้ที่ยังไม่ทราบผลเลือดกลับมาใช้ซ้ำ และควรมีการแยกการใช้เครื่องไตเทียมระหว่างผู้ที่ไม่พบการติดเชื้อไวรัสดังกล่าว กับผู้ป่วยที่มีผลเลือดแสดงการติดเชื้อ รวมทั้งการใช้เครื่องไตเทียมสำหรับการฟอกเลือดฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis)

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ทำให้เกิดการพัฒนาเทคนิคการฟอกเลือดที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าในอดีต ยกตัวอย่างเช่น การฟอกเลือดวิธี Online Hemodiafiltration (HDF) ตัวกรองเลือดชนิด High-flux และ Super High -flux เป็นต้น ความบริสุทธิ์ของน้ำสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระดับ Ultrapure Water ถือเป็นส่วนประกอบสำคัญและจำเป็นในการฟอกเลือดวิธี Online HDF และ การฟอกเลือดโดยการใช้ตัวกรอง super high -flux เพื่อป้องกันไม่ให้มีเชื้อโรค และ endotoxin ผ่านเข้าสู่กระแสเลือดของผู้ป่วยขณะได้รับการฟอกเลือดได้ นอกจากนั้น ตัวกรองชนิด high-lux มักถูกเลือกใช้เป็นส่วนมากในการฟอกเลือดวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมทั้งแนวทางปฏิบัติการเตรียมน้ำบริสุทธิ์เพื่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปี พ.ศ. 2564 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดให้มีการเก็บตัวอย่างน้ำจากจุดจ่ายน้ำตำแหน่งต่าง ๆ ของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์เพื่อส่งเพาะเชื้อ ทุก 1 เดือน และตรวจวัด Endotoxin ทุก 3 เดือน สำหรับการฟอกเลือดวิธีมาตรฐาน หรือ ทุก 1 เดือนสำหรับการฟอกเลือดวิธี Online HDF แต่ก็เป็นเพียงกระบวนการติดตามคุณภาพและทำตามรอบเวลา การติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter คุณภาพดีที่เครื่องไตเทียมโดยมีการเปลี่ยนไส้กรองตามกำหนดของผู้ผลิต ร่วมกับการกำกับให้มีการบำรุงรักษาเครื่องไตเทียม โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นประจำ จะเป็นเครื่องมือช่วยป้องกันเชื้อโรคและ Endotoxin ปริมาณน้อยที่อาจหลุดรอดได้

2.6.7 องค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ และน้ำยาไตเทียมเข้มข้นมาตรฐาน

(1) ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างบริษัทเหมาดูแลระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์

(2) ส่วนประกอบของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ ได้แก่ Pre-treatment ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับคุณภาพน้ำดิบ ชุด Carbon Filter ในลักษณะสองถังวางต่อกันแบบอนุกรม ชุดผลิตน้ำบริสุทธิ์เป็นระบบ Reverse Osmosis (RO) และ Pre-RO filter ขนาดรูกรองไม่ใหญ่กว่า 5 ไมครอน

(3) ส่วนประกอบของระบบการจ่ายน้ำบริสุทธิ์

(3.1) ระบบจ่ายน้ำต้องเป็นชนิดไหลวนกลับ (Recirculation Loop) และมีระบบควบคุมการเปิดน้ำหมุนวนตลอด 24 ชั่วโมง กรณีใช้ระบบ Indirect Feed (มีถังเก็บน้ำบริสุทธิ์) ต้องมีระบบเปิดน้ำหมุนวนในท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีใช้ระบบ Direct Feed ต้องมีระบบเปิดน้ำหมุนวนในท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์อย่างน้อยเป็นช่วง ๆ ระหว่างเวลาที่หยุดทำการฟอกเลือด

(3.2) ถ้าเป็นระบบ Indirect Feed (มีถังเก็บน้ำบริสุทธิ์) ต้องมีระบบป้องกันการก่อตัวหรือการแพร่กระจายเชื้อโรคในระบบจ่ายน้ำบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา โดยการใช้ UV Light และ Filter ขนาดรูกรองไม่ใหญ่กว่า 0.2 ไมครอน

(3.3) ถังเก็บน้ำบริสุทธิ์ และท่อส่งน้ำบริสุทธิ์ต้องถูกผลิตด้วยวัสดุผิวเรียบ ไม่เป็นสนิม และทนต่อกระบวนการอบฆ่าเชื้อระบบผลิตและจ่ายน้ำบริสุทธิ์ที่หน่วยไตเทียมใช้ได้

(3.4) ต้องมีเครื่องวัดความบริสุทธิ์ของน้ำ (Conductivity Meter หรือ Resistivity Meter หรือ TDS Meter) ชนิด Online ในระบบจ่ายน้ำ หรือในระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์

(3.5) ต้องมีการติดตั้งวาล์วน้ำทิศทางเดียว (Check Valve) กันกึ่งจ่ายน้ำบริสุทธิ์ สำหรับใช้ล้างและเตรียมตัวกรองเลือดเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ

(4) การบำรุงรักษาระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์

(4.1) ต้องมีการตรวจคุณภาพของชุด pre-treatment เป็นประจำ อย่างน้อยต้องตรวจหาปริมาณคลอรีนในน้ำที่ไหลผ่านออกจาก carbon filter ถึงแรกทุกวันก่อนเริ่มการฟอกเลือดรอบแรกของวัน

(4.2) ต้องมีการตรวจสอบความกระด้างของน้ำไหลผ่านออกจากชุด Softener เป็นประจำอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์และต้องมีการ Regenerate สารกรองชุดลดความกระด้างเป็นระยะ

(4.3) ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของชุด RO เป็นประจำทุกวัน

(4.4) ควรให้มีปริมาณคลอรีนในน้ำดิบก่อนเข้าสู่ Carbon Filter ดังแรกอย่างน้อย 0.3 มก./ลิตร

(5) การบำรุงรักษาระบบการจ่ายน้ำบริสุทธิ์

(5.1) ต้องมีการอบฆ่าเชื้อในระบบจ่ายน้ำบริสุทธิ์ และถังเก็บน้ำบริสุทธิ์ (ถ้ามี) อย่างน้อยทุก 3 เดือน ด้วยวิธีที่เหมาะสม และต้องทำก่อนกำหนดเมื่อพบว่ามี การแพร่กระจายเชื้อในระบบจ่ายน้ำมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (พบแบคทีเรียมากกว่า 100 CFU/mL หรือ Endotoxin มากกว่า 0.25 EU/mL)

(5.2) ต้องมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามระยะเวลา เช่น Bacteria Filter หลอดไฟ UV, Air Filter เป็นต้น

(6) การตรวจคุณภาพน้ำบริสุทธิ์

(6.1) ต้องมีการเก็บตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์ ส่งเพาะเชื้อ โดยใช้ Media ชนิด Trypticase Soy Agar หรือ R2A Agar หรือ Tryptone Glucose Extract Agar เป็นประจำทุกเดือน และตรวจวัด Endotoxin ทุก 3 เดือน จากตำแหน่งต่อไปนี้

- จากจุดสุดท้ายของแต่ละวงท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์
- จุดที่ใช้ล้างและเตรียมตัวกรองเพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ หมุนเวียนส่งตรวจอย่างน้อย ครั้งละ 1 กิ่งจ่ายน้ำ และหมุนเวียนให้ได้รับการเพาะเชื้ออย่างน้อยกิ่งละ 1 ครั้ง/ ปี และตรวจวัด Endotoxin อย่างน้อยกิ่งละ 1 ครั้ง/ ปี
- น้ำยาไตเทียมโดยหมุนเวียนเก็บตัวอย่างจากเครื่องไตเทียมอย่างน้อยครั้งละ 1 เครื่องต่อวงท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์ และหมุนเวียนให้ได้รับการเพาะเชื้อ และตรวจวัด Endotoxin อย่างน้อยเครื่องละ 1 ครั้ง/ ปี (อาจงดเว้นการเพาะเชื้อ และตรวจวัด Endotoxin ในกรณีที่มีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่เครื่องไตเทียม และมีการแสดงการเปลี่ยนตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้)
- จุดจ่ายน้ำบริสุทธิ์สำหรับเตรียมน้ำยาไตเทียมเข้มข้น (กรณีที่มีการผลิตน้ำยาไตเทียมเข้มข้นใช้เองภายในหน่วยไตเทียม)

(6.2) กรณีมีการทำ Hemodiafiltration ต้องเพิ่มความถี่ของการตรวจ Endotoxin เป็นทุก 1 เดือน จากตัวอย่าง น้ำบริสุทธิ์ที่เก็บจากจุดสุดท้ายของแต่ละวงท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์ที่มีเครื่องไตเทียมทำ HDF ติดตั้งอยู่ และหมุนเวียนเก็บจากน้ำยาไตเทียมของเครื่องไตเทียมทุกเครื่องในแต่ละวงท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์ที่มีเครื่องไตเทียมทำ HDF ติดตั้งอยู่อย่างน้อยเครื่องละ 1 ครั้งต่อปี (อาจงดเว้นการเพาะเชื้อ และตรวจวัด Endotoxin ในกรณีที่มีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่เครื่องไตเทียม และมีการแสดงการเปลี่ยน

ตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้) และจากจุดจ่ายน้ำบริสุทธิ์สำหรับเตรียมน้ำยาไตเทียมเข้มข้น (กรณีที่มีการผลิตน้ำยาไตเทียมเข้มข้นใช้เองภายในหน่วยไตเทียม)

(6.3) ต้องมีการส่งน้ำบริสุทธิ์ตรวจหาสารปนเปื้อนทางเคมีตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(7) ส่วนประกอบและการบำรุงรักษาระบบผลิตและจ่ายน้ำยาไตเทียมเข้มข้นใช้เองภายในหน่วยไตเทียม

(7.1) อุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้ในกระบวนการผลิต และการจัดเก็บน้ำยาไตเทียมเข้มข้น ต้องทำจากวัสดุที่ไม่ทำปฏิกิริยาเคมี หรือกายภาพกับสารเคมีในน้ำยาไตเทียมเข้มข้น

(7.2) ถังผสมน้ำยาไตเทียมเข้มข้นต้องมีลักษณะเหมาะสมมีการกรองอากาศภายในถัง มีใบพัดหมุนวนตลอดเวลาระหว่างการผสมน้ำยาและต้องได้รับการทำความสะอาดหลังใช้งานทุกครั้ง

(7.3) ใช้วัตถุดิบที่มีฉลากรับรองคุณภาพตามเกสซ์ตำรับ หรือบริษัทผู้ผลิตในการผลิตน้ำยาไตเทียมเข้มข้น

(7.4) กรณีที่มีการผลิตน้ำยาไตเทียมเข้มข้นเก็บในภาชนะไว้ก่อนนำมาใช้ ต้องบรรจุในภาชนะสะอาด ไม่มีสารเคมีตกค้าง ภาชนะปิดสนิท และมีฉลากระบุส่วนผสมของน้ำยา และวันที่ผลิตอย่างชัดเจน สำหรับภาชนะที่จะใช้บรรจุน้ำยาไตเทียมไปคาร์บอนัตที่นำกลับมาใช้ซ้ำ ต้องได้รับการทำความสะอาดและผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อก่อนบรรจุน้ำยาไตเทียมไปคาร์บอนัตใหม่ทุกครั้ง

(7.5) ต้องทำการอบฆ่าเชื้อโรกระบบท่อจ่ายน้ำยาไตเทียมเข้มข้นชนิดไปคาร์บอนัตไปยังเครื่องไตเทียมทุกสัปดาห์

(7.6) ต้องมีการสุ่มตรวจระดับความเข้มข้นของเกลือแร่ และกลูโคสในน้ำยาไตเทียมทุก 3 เดือน หรือเมื่อเปลี่ยนแหล่งที่มาของวัตถุดิบ

คุณภาพของน้ำบริสุทธิ์ และน้ำยาไตเทียมมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีนี้ เนื่องจากเลือดของผู้ป่วยจะมีการสัมผัสกับน้ำยาไตเทียมที่ไหลผ่านตัวกรองขณะทำการฟอกเลือดเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟอกเลือดที่ใช้ตัวกรองเลือดชนิด High Flux และ Super High Flux จะมีโอกาสการผ่านของ Endotoxin จากน้ำยาไตเทียมกลับเข้ามาในกระแสเลือดของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการฟอกเลือดด้วยวิธี Hemodiafiltration ที่ต้องมีการให้สารละลายทดแทนเข้าสู่ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเฉียบพลัน ในกรณีที่มีแบคทีเรีย หรือ Endotoxin ปริมาณมาก และเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในระยะยาวได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับแบคทีเรีย หรือ Endotoxin เป็นเวลายาวนาน ดังนั้น การติดตั้งส่วนประกอบของระบบผลิตและจ่ายน้ำบริสุทธิ์ให้ได้คุณภาพดี และมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำบริสุทธิ์ และน้ำยาไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งแก้ไข เมื่อพบปัญหาอย่างเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ เรื่องการเตรียมน้ำบริสุทธิ์เพื่อ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปี พ.ศ. 2564 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

หน่วยไตเทียมอาจงดเว้นการส่งเพาะเชื้อน้ำยาไตเทียมหรือสารละลายทดแทน (Substitution Fluid) จากเครื่องไตเทียมในกรณีที่มีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่เครื่องไตเทียม โดยเลือกใช้ Filter ที่มีการรับรองคุณภาพ และได้รับการเปลี่ยนตามระยะเวลาที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ โดยจะต้องมีผลการตรวจเพาะเชื้อน้ำบริสุทธิ์ที่เก็บจากจุดสุดท้ายของแต่ละวงท่อจ่ายน้ำบริสุทธิ์ได้ผลตามเกณฑ์ยอมรับได้ กล่าวคือ ปริมาณแบคทีเรียไม่เกิน 100 CFU/mL และ Endotoxin ไม่เกิน 0.25 EU/mL จึงจะสามารถอนุมานได้ว่า Endotoxin Retentive Filter นั้นมีความสามารถในการลดแบคทีเรีย หรือ Endotoxin หลงเหลืออยู่ในน้ำยาไตเทียมไม่เกินเกณฑ์ที่ยอมรับได้

แนวทางปฏิบัติในการทดสอบคุณภาพระบบผลิตและจ่ายน้ำบริสุทธิ์ประกอบด้วยการตรวจเพาะเชื้อหาจำนวนแบคทีเรีย การวัดระดับ Endotoxin และการตรวจหาการปนเปื้อนของสารเคมี อ้างอิงตามแนวทางปฏิบัติเรื่อง การเตรียมน้ำบริสุทธิ์เพื่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปี พ.ศ. 2564 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

การปนเปื้อนของสารเคมีในน้ำบริสุทธิ์ ต้องได้รับการตรวจหลังการติดตั้งระบบน้ำบริสุทธิ์ใหม่ และส่งตรวจเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยควรเพิ่มความถี่การส่งตรวจ ในกรณีที่พบสัญญาณบอกเหตุที่ทำให้สงสัยว่าอาจมีปริมาณสารเคมีปนเปื้อนสูงกว่าเกณฑ์กำหนด เช่น Percent Solute Rejection ที่บันทึกในการตรวจสอบการทำงานของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ประจำวันมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 90 หรือลดลงจากค่าเดิมมากกว่าร้อยละ 10 และค่า Conductivity ของน้ำบริสุทธิ์สูงกว่าค่าเดิม เป็นต้น การแปลผลที่ตรวจที่ถือว่ายอมรับให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการรับรองการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อค่าที่ตรวจได้มีระดับไม่เกินค่าสูงสุดที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานของ ISO/AAMI (International Organization for Standardization/Association for the Advancement of Medical Instrumentation) 2019

การตรวจน้ำบริสุทธิ์และน้ำยาไตเทียม เพื่อส่งเพาะเชื้อหาปริมาณเชื้อแบคทีเรีย และตรวจวัด endotoxin ตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการเตรียมน้ำบริสุทธิ์เพื่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปี พ.ศ. 2564 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้สรุปไว้ว่าต้องทำการตรวจอย่างน้อย 1 รอบหลังการติดตั้งระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ใหม่ และทำการยืนยันติดตามคุณภาพของระบบผลิตและจ่ายน้ำบริสุทธิ์เป็นประจำสม่ำเสมอ

2.6.8 องค์ประกอบที่ 8 อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต

(1) ต้องมีระบบการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ และยาในการช่วยชีวิตทั้ง จำนวนให้เพียงพอ และอายุการใช้งานของยา

(2) ต้องมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ดังต่อไปนี้

(2.1) ออกซิเจน โดยอาจเป็นการวางท่อกระจายออกซิเจน หรือถังออกซิเจน ตามความเหมาะสม

(2.2) ท่อช่วยหายใจ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อ 6.5, 7.0 และ 7.5 มม. กรณีที่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วย ต้องมีการเตรียมท่อช่วยหายใจที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อ 6.0 มม. หรือให้มีขนาดเหมาะสมกับขนาดตัวของผู้ป่วยไว้ด้วย

(2.3) เครื่องดูดเสมหะ หรือท่อสุญญากาศติดผนัง พร้อมสายสำหรับดูดเสมหะ

(2.4) Ambu Bag

(2.5) Laryngoscope

(2.6) Mouth Gag

(2.7) Adrenaline

(2.8) 7.5% Sodium bicarbonate for Injection

(2.9) 10% Calcium gluconate for Injection

(2.10) 50% Glucose for Injection

(3) ควรมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ดังต่อไปนี้

(3.1) Atropine

(3.2) Amiodarone

(3.3) Dopamine

(3.4) เครื่องกระตุกหัวใจ อาจเป็นเครื่องชนิดมาตรฐานที่สามารถใช้ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ หรือ Automated External Defibrillator (AED)

(3.5) เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่สามารถใช้ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้

(3.6) เครื่องวัดความดันออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximetry)

(3.7) ต้องมีอุปกรณ์ป้องกันตัว (Personnel Protection Equipment, PPE) ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย COVID-19

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีโรคร่วมมากและมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดแดงสูง จึงต้องมีการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และยาสำหรับการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้เสมอ ทั้งในด้านจำนวนสำหรับการใช้แต่ละรอบของกระบวนการช่วยชีวิต และอายุการใช้งานของอุปกรณ์และยาอย่างน้อย 3 เดือน โดยจะต้องมีกระบวนการตรวจสอบความพร้อมดังกล่าวโดยเจ้าหน้าที่ประจำห้องไตเทียม หรือระบบการสนับสนุนจากสถานพยาบาล และเปลี่ยนอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน

กรณีที่มีหน่วยงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการยาในรถฉุกเฉิน หน่วยไตเทียมต้องแจ้งหน่วยงานเภสัชกรรมให้ทราบถึงเกณฑ์มาตรฐานองค์ประกอบที่ 8 นี้ ด้วย อาจใช้กล่องยาที่มีการจัดและฉลากไว้เป็นชุด และเปลี่ยนเมื่อมีการเปิดใช้งาน โดยต้องมีการระบุรายการยาที่มีในกล่อง พร้อมวันหมดอายุของยาแต่ละชนิด ไว้ที่กล่องในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน และอาจมีการระบุกำหนดวันที่ของการเปลี่ยนกล่อง เมื่ออายุการใช้งานของยาที่มีอายุเหลือสั้นที่สุด ไม่ถึง 3 เดือน

2.6.9 องค์ประกอบที่ 9 แบบบันทึก และคู่มือปฏิบัติงาน

(1) แบบลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

(1.1) ต้องมีการส่งข้อมูลของหน่วยไตเทียม

(1.2) ต้องมีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่มารับการฟอกเลือดประจำ ตามองค์ประกอบที่ 10 ข้อ 1-7 อย่างครบถ้วน

(2) แบบบันทึกสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(2.1) ต้องมีการใช้แบบบันทึกคำยินยอมรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis Informed Consent) โดยให้มีการลงลายมือชื่อของผู้ป่วย และแพทย์ผู้สั่งและปรับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีพยานฝ่ายแพทย์ และญาติของผู้ป่วย เมื่อเริ่มรับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม และมีการทบทวนทำฉบับใหม่ อย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

(2.2) ต้องมีการใช้แบบบันทึกอาการ การแสดง และการเปลี่ยนแปลงระหว่างฟอกเลือด (Hemodialysis Flow Chart) ทุกครั้ง

(2.3) ต้องมีการบันทึกข้อมูลประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วย เมื่อแรกเข้ารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมและควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(2.4) ต้องมีการบันทึกคำสั่งการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อแรกเข้ารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม และต้องมีการทบทวนเป็นระยะอย่างน้อยทุก 3 เดือน โดยแพทย์ที่รับผิดชอบการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(2.5) ควรมีการบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ทั้งหมด เมื่อแรกเข้ารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม และควรมีการทบทวน (Medical Reconciliation) เป็นระยะ

(2.6) ควรมีการใช้แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำ

(3) คู่มือปฏิบัติงาน

(3.1) ต้องนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาปฏิบัติ

(3.2) ต้องนำคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาปฏิบัติ

(3.3) ต้องนำคู่มือการสิ้นสุดและการดูแลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาปฏิบัติ

(3.4) ต้องนำคู่มือการล้างทำความสะอาด และฆ่าเชื้อตัวกรอง และสายส่งเลือด (Dialyzer and Bloodline Reprocessing) มาปฏิบัติ ถ้ามีการล้างและฆ่าเชื้อเพื่อนำตัวกรองกลับมาใช้ใหม่ (Reuse)

(3.5) ต้องนำคู่มือการเตรียมตัวกรอง และสายส่งเลือดเพื่อใช้กับผู้ป่วย (Dialyzer and Bloodline Preparation) มาปฏิบัติ

(3.6) ควรนำคู่มือการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียมภายหลังที่ใช้แล้วมา ปฏิบัติ

(3.7) ควรนำคู่มือในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เช่น Cardiovascular Instability, Cardiac Arrest, Air Embolism, Cramps, Chill มาปฏิบัติ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจัดเป็นหัตถการความเสี่ยงสูง และมีรายละเอียดของการรักษามากจึงควรมีการบันทึกการฟอกเลือดแต่ละครั้งเกี่ยวกับวิธีการ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ ในแต่ละครั้งและการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอาการของผู้ป่วย และตัวชี้วัดต่าง ๆ ของวงจรฟอกเลือด สามารถนำมาใช้ประเมินผลการรักษา ป้องกัน และวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอระหว่างและ หลังจากการฟอกเลือดได้อย่างทันที่ หน่วยไตเทียมต้องมีการทบทวนคำสั่งการรักษาการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียมโดยแพทย์อย่างน้อยทุก 3 เดือน และควรทบทวนรายการยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่เพื่อป้องกันผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ และอันตรายของยา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคร่วมมาก มีการใช้ยาหลายชนิดและอาจมีแพทย์ที่ให้การดูแลรักษานอกเหนือจากแพทย์โรคไต หรือแพทย์ต่างโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลสำเร็จ วัตถุประสงค์ และโอกาสของภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการฟอกเลือดและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นลายลักษณ์อักษร ร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา เมื่อแรกเข้ารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมและต้องทบทวนเจตจำนงเป็นระยะอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อให้วัตถุประสงค์ของการรักษายังเป็นปัจจุบันและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพที่มีผลต่อการพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้จากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การทำเอกสารแสดงความยินยอมนี้ต้องมีพยานฝ่ายแพทย์ และญาติของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติต้องให้ผู้ป่วยลงนามรับรองในเอกสารแสดงความยินยอมรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนี้ด้วย หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับการรักษาชนิดอื่น โดยเฉพาะหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงชนิดอื่น แพทย์ต้องมีการให้ข้อมูลการรักษาชนิดนั้นแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และเหมาะสม รวมทั้งทำเอกสารให้การยินยอมรับการรักษา แยกออกจากเอกสารแสดงความยินยอมรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนี้

การดูแลรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้มาตรฐาน ควรมีคู่มือปฏิบัติงานที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีการนำมาตรฐานเหล่านี้มาปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มาปฏิบัติ คู่มือการสิ้นสุดและการดูแลภายหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คู่มือการล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อตัวกรองและสายส่งเลือด (Dialyzer and Bloodline Reprocessing) คู่มือการเตรียมตัวกรองและสายส่งเลือดเพื่อใช้กับผู้ป่วย (Dialyzer and Bloodline Preparation) คู่มือการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียมภายหลังใช้ และคู่มือในการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เช่น Cardiovascular Instability, Cardiac Arrest, Air Embolism, Cramps, Chill เป็นต้น

2.6.10 องค์ประกอบที่ 10 การประเมินและติดตามผู้ป่วย

(1) ต้องมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป/กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์

(2) ต้องมีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ สอบถามอาการจากผู้ป่วย ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มฟอกเลือด ข้อต่อต่าง ๆ และแรงดันในวงจรไตเทียม ทุก 30 นาที

(3) ต้องส่งตรวจวัด Complete Blood Count (CBC), BUN, Creatinine, Electrolytes (Sodium, Potassium, Chloride, Bicarbonate, Calcium และ Phosphorus) และ Albumin ในเลือดเมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 3 เดือน

(4) ต้องมีการวัดความเพียงพอของการฟอกเลือด (Hemodialysis Adequacy) ได้แก่ Kt/V และ Urea Reduction Ratio (URR) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 3 เดือน

(5) ต้องส่งตรวจ Iron Study เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน

(6) ต้องส่งตรวจวัดระดับของ Parathyroid Hormone ในเลือดเมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน

(7) ต้องมีการส่งตรวจคัดกรอง Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg) ในกรณีผลเป็นลบ Anti-HBs Antibody, Anti-Hepatitis C Antibody (Anti-HCV) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน

(8) ต้องมีการประเมิน Vascular Access ก่อนและหลังการใช้ฟอกเลือด โดยการตรวจร่างกาย และอาการ ร่วมกับผลความเพียงพอในการฟอกเลือด และสัญญาณที่พบระหว่างการฟอกเลือด เช่น Venous Pressure, Arterial Pressure, Blood Flow Rate เป็นต้น

(9) ต้องมีการส่งตรวจ Electrocardiogram (ECG) และ Chest X-ray (CXR) เมื่อแรกเข้า และตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(10) ควรมีการส่งตรวจ anti-HIV เมื่อแรกเข้า

(11) ควรมีการส่งตรวจวัดระดับ Lipid Profile ในเลือด และการทำงานของตับ (Liver Function Test) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 12 เดือน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับการประเมินอาการอาการแสดง และปรับคำสั่งการรักษาในด้านการฟอกเลือดและยาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ ขึ้นกับสภาวะความคงที่ของอาการของผู้ป่วย โดยแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคไตเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีทักษะความรู้พื้นฐานด้านอายุรศาสตร์หรือกุมารเวชศาสตร์เป็นสำคัญ และได้รับ

การอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับโรคไต หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง โดยใช้หลักสูตรกลางจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถตามคุณสมบัติในองค์ประกอบที่ 4

การดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดอย่างใกล้ชิด เป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยพยาบาลไตเทียมที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายต้องมีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติทุก 30 นาที และควรพิจารณาติดตามประเมินอาการให้บ่อยขึ้น ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือโรคประจำตัวที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ หรือเคยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นอกจากนี้ การติดตามและบันทึกตำแหน่งข้อต่อต่าง ๆ ตำแหน่งของเข็มฟอกเลือด รอยซ้ำ หรือเลือดออก แรงดันในวงจรของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุด หรือการหักงอของเข็ม หรือสายส่งเลือด กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของแรงดัน หรือลักษณะของตัวกรองอาจจะทำให้มีการตรวจพบการอุดตันของตัวกรอง หรือสายส่งเลือด ถ้าแก้ไขได้ทันจะช่วยลดการสูญเสียเลือดของผู้ป่วยจากสาเหตุดังกล่าวได้

การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญควบคู่ไปกับการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อให้สามารถตรวจจับและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนบางประเภทได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการชัดเจน เช่น ภาวะช็อค ความผิดปกติของโพแทสเซียม ฟอสเฟต และความเป็นกรดในเลือด ภาวะขาดอาหารหรือการอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นจึงกำหนดให้เมื่อแรกเข้ารับการฟอกเลือดประจำที่หน่วยไตเทียม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolytes, Calcium, Phosphorus และ Albumin ในเลือด รวมทั้งการทบทวนผลที่มีในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนก่อน หรือผลตรวจใหม่สำหรับ Ferritin, Iron Study, Parathyroid Hormone, HBsAg, Anti-HBs Antibody, Anti-HCV Antibody และ Anti- HIV Antibody, ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และภาพเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและหน่วยไตเทียมในการบริหารจัดการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หน่วยไตเทียมยังต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดเหล่านี้ รวมทั้งการประเมินความเพียงพอของการฟอกเลือดและสภาพของ Vascular Access ที่ใช้ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วย โดยให้กำหนดการติดตามเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น

2.6.11 องค์ประกอบที่ 11 กระบวนการพัฒนาหน่วยไตเทียม

(1) ต้องมีการติดตาม และทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, อัตราการรอดชีวิต, อัตราการนอนโรงพยาบาล และ การยุติการฟอกเลือด

(2) ควรมีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) จนสามารถรับรู้เข้าใจ และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง โรคร่วม และสิทธิการรักษาต่าง ๆ

(3) ควรให้ผู้ป่วยรับทราบแนวทางปฏิบัติตัวกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และการปรึกษากับหน่วยไตเทียม หรือแพทย์เจ้าของไข้

(4) ควรมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีการปรับข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอ

(5) ควรมีการประชุมระหว่างบุคลากรในหน่วยไตเทียม เพื่อทบทวนโอกาสพัฒนาภายในหน่วยไตเทียม และแนวทางแก้ไข รวมทั้ง เป็นโอกาสเสริมสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้บุคลากร ได้แก่ Dialysis Conference, การทบทวนประเด็นที่น่าสนใจในผู้ป่วยและการทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยไตเทียม (Incident Report Review)

(6) ในกรณีหน่วยไตเทียมที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ควรมีหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการสำรวจคุณภาพภายในของหน่วยไตเทียม และควรให้มีการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

(7) ควรมีระบบการสื่อสาร กับหน่วยงานอื่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

(8) ควรมีการประเมิน และติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การทบทวนกระบวนการทำงาน และตัวชี้วัดต่าง ๆ ภายในหน่วยไตเทียม ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ในกรณีที่มีหัวข้อที่จำเป็นความเชี่ยวชาญพิเศษอื่นเพิ่มเติม อาจมีสหสาขาวิชาชีพอื่นร่วมด้วย เช่น เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น จะช่วยให้หน่วยไตเทียมสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
1. สถานพยาบาล	■ ต้องมีเตียงรับผู้ป่วยในนอนค้างคืนได้ ■ ในกรณีที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยในนอนค้างคืน ต้องมีการจัดระบบการส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย และมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับในหน่วยไตเทียมปฏิบัติได้
2. หน่วยไตเทียม	■ แพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ อายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไต อายุรแพทย์ทั่วไป หรือกุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยต้องมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไตเป็นที่ปรึกษา ■ พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาล ■ พยาบาลหัวหน้าหน่วยไตเทียมต้องปฏิบัติงานที่หน่วยไตเทียมนั้นแบบเต็มเวลา (Full-time Nurse) (ไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดทำการฟอกเลือด) ■ หน่วยไตเทียมที่รับผู้ป่วยฟอกเลือดประจำระยะยาว (Chronic Hemodialysis) ต้องมีที่ตั้งหน่วยไตเทียมแยกออกจากหอผู้ป่วยอื่นอย่างชัดเจน ■ สถานพยาบาลควรเป็นผู้ดำเนินการหน่วยไตเทียมเอง ในกรณีที่ผู้ดำเนินการเป็นหน่วยงานนอกสถานพยาบาลต้องมีสัญญาในการร่วมใช้สถานที่ และการบริการอื่น ๆ ของสถานพยาบาล โดยมีแพทย์หัวหน้าหน่วยไตเทียมร่วมรับทราบ ■ ควรมีโครงสร้างการบริหารหน่วยไตเทียมที่ชัดเจน
3. การรักษาภายในหน่วยไตเทียม	■ ต้องมีการเปิดให้ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนด ■ ต้องมีการให้ทำการฟอกเลือดนอกเวลาในกรณีฉุกเฉิน หรือมีระบบการส่งต่ออย่างปลอดภัย ■ ควรมีการให้การรักษาผู้ป่วยโดย Acute Hemodialysis ■ ควรมีการรักษาผู้ป่วยโดยการล้างไตทางช่องท้อง ■ ควรมีกระบวนการแนะนำและจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การปลูกถ่ายไต หรือเป็นผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ■ ควรมีกระบวนการแนะนำเพื่อการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วย (Shared Decision Making) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
4. บุคลากร	▪ แพทย์ผู้สั่งและปรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเป็นอายุรแพทย์โรคไต กุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป/กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากสมาคม โรคไตแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยต้องมีอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์ โรคไตเป็นที่ปรึกษา ▪ ต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่หน่วยไตเทียมตั้งอยู่ ตลอดช่วงเวลาที่หน่วยไตเทียมทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ▪ ต้องมีพยาบาลที่ได้รับประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสภากาการพยาบาลอย่างน้อย 1 คน ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาประจำหน่วยไตเทียม (ไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือร้อยละ 70 ของรอบที่เปิดทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) ▪ ต้องจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และ/หรือ พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสภากาการพยาบาลรับรอง 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือด โดยมีอาการคงที่ ไม่เกิน 4 คน ในแต่ละรอบของการฟอกเลือด โดยมีผู้ช่วยเป็นพยาบาลไตเทียม พยาบาลทั่วไป หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมด้วยในอัตราส่วน 1:4 เช่นเดียวกัน ▪ ต้องมีผู้ประสานงานสำหรับการลงทะเบียนข้อมูลการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy: TRT) ที่ได้รับการอบรมวิธีการลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน ▪ ควรมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นระบบเพื่อรักษาคุณภาพของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีการกำหนดนโยบายการฝึกอบรมด้านต่าง ๆ ระบบการนิเทศงานสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และระดับของสมรรถภาพ (Competency) การปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรประเภทต่าง ๆ
5. สถานที่	▪ ต้องมีพื้นที่สำหรับการฟอกเลือดเฉลี่ยอย่างน้อย 4 ตารางเมตรต่อจุดฟอกเลือด โดยมี ส่วนแคบที่สุดของพื้นที่ดังกล่าว ไม่น้อยกว่า 1.8 เมตร และมีระยะช่องว่างที่ปลายเตียงสำหรับสัญญาณอย่างน้อย 2.0 เมตร ▪ ต้องมีการแยกพื้นที่เป็นสัดส่วนสำหรับห้องเตรียมน้ำบริสุทธิ์ ห้องฟอกเลือดและพื้นที่สำหรับล้างตัวกรอง ▪ ต้องมีการจัดระบบระบายอากาศภายในพื้นที่ล้างตัวกรอง และพื้นที่ห้องฟอกเลือดอย่างเหมาะสม ▪ ต้องมีการแยกอ่างล้างตัวกรองสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และผู้ป่วยทั่วไปจากกัน โดยให้ตั้งอ่างล้างห่างกัน หรือมีผนังกันระหว่างอ่างติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และผู้ป่วยทั่วไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและติดเชื้อระหว่างผู้ป่วย โดยให้ความสูงของผนังกันเพียงพอต่อการป้องกันการปนเปื้อนของน้ำไปพื้นที่ข้างเคียง ▪ ต้องมีอ่างล้างมือสำหรับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือด

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
	■ ต้องมีพื้นที่ห้องฟักของพยาบาลเป็นสัดส่วน ■ ต้องมีเตียงนอน หรือเปลเข็นนอน สำหรับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เตียง ในกรณีฉุกเฉินช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) ■ ต้องมีระบบการควบคุมการติดเชื้อในหน่วยไตเทียม ■ ต้องมีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ ■ ควรมีระบบบำบัดน้ำเสียจากการฟอกเลือด ก่อนปล่อยสู่แหล่งน้ำ ■ ควรมีการแยกพื้นที่ห้องเก็บของ
6. เครื่องไตเทียม และตัวกรอง	■ ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างเหมาดูแลเครื่องไตเทียม ■ ต้องมีการฆ่าเชื้อเครื่องไตเทียมหลังการฟอกเลือดทันที สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ตับอักเสบบี, HIV, วัณโรคระยะติดต่อ, COVID-19, โรคติดต่อร้ายแรงอุบัติใหม่ และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ ■ ต้องมีการฆ่าเชื้อเครื่องล้างตัวกรองอัตโนมัติ หลังจากใช้เครื่องมือนี้ในการล้างตัวกรองติดเชื้อ ■ ต้องไม่ใช่สายส่งเลือดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี ■ ต้องไม่ใช่ตัวกรองและสายส่งเลือดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวี ■ ต้องมีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่มีการรับรองคุณภาพที่เครื่องไตเทียมในกรณีที่มีการฟอกเลือดด้วยตัวกรอง Super High-flux หรือ Medium Cut-off Membrane หรือมี การฟอกเลือดด้วย Online HDF และมีการเปลี่ยนตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ ■ ควรมีการติดตั้ง Endotoxin Retentive Filter ที่มีการรับรองคุณภาพที่เครื่องไตเทียมในกรณีที่มีการฟอกเลือดด้วยตัวกรอง High-flux และมีการเปลี่ยนตามกำหนดที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ ■ ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี, ตับอักเสบบี, เอชไอวี, วัณโรคระยะติดต่อ, COVID-19, โรคติดต่อร้ายแรงอุบัติใหม่ และผู้ป่วยฟอกเลือดฉุกเฉินที่ยังไม่ทราบผลการตรวจ ■ ควรมีการแยกเครื่องไตเทียมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute Hemodialysis)

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
7. ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ และน้ำยาไตเทียม เข้มข้นมาตรฐาน	■ ต้องมีหน่วยงานในสถานพยาบาลดูแล หรือมีสัญญาจ้างบริษัทเหมาดูแลระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ ■ ส่วนประกอบของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ ได้แก่ Pre-treatment ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับคุณภาพน้ำดิบ ชุด Carbon Filter ในลักษณะสองถังวางต่อกันแบบอนุกรม ชุดผลิตน้ำบริสุทธิ์เป็นระบบ Reverse Osmosis (RO) และ Pre-RO filter ขนาดรูกรอง ไม่ใหญ่กว่า 5 ไมครอน ■ คุณภาพส่วนประกอบของระบบการจ่ายน้ำบริสุทธิ์ ■ การบำรุงรักษาระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ ■ การบำรุงรักษาระบบการจ่ายน้ำบริสุทธิ์ ■ การตรวจคุณภาพน้ำบริสุทธิ์ ■ ส่วนประกอบและการบำรุงรักษาระบบผลิตและจ่ายน้ำยาไตเทียมเข้มข้นใช้เองภายในหน่วยไตเทียม
8. อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต	■ ต้องมีระบบการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ และยาในการช่วยชีวิตทั้ง จำนวนให้เพียงพอ และอายุการใช้งานของยา ■ ต้องมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ ได้แก่ ออกซิเจน, ท่อช่วยหายใจ, เครื่องดูดเสมหะ หรือท่อสุญญากาศติดผนังพร้อมสายสำหรับดูดเสมหะ, Ambu Bag, Laryngoscope, Mouth Gag, Adrenaline, 7.5% Sodium bicarbonate for Injection, 10% Calcium gluconate for Injection, 50% Glucose for Injection ■ ควรมีอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ดังต่อไปนี้ Atropine, amiodarone, dopamine, เครื่องกระตุกหัวใจ หรือ automated external defibrillator (AED), เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่สามารถติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้, เครื่องวัดความดันออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) ■ ต้องมีอุปกรณ์ป้องกันตัว (personnel protection equipment, PPE) ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19
9. แบบบันทึกและคู่มือปฏิบัติงาน	■ คู่มือปฏิบัติงาน ■ แบบบันทึกสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ■ คู่มือปฏิบัติงาน
10. การประเมินและติดตามผู้ป่วย	■ ต้องมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป/กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ ■ ต้องมีการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ สอบถามอาการจากผู้ป่วย ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มฟอกเลือด ข้อต่อต่าง ๆ และแรงดันในวงจรไตเทียม ทุก 30 นาที

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
	■ ต้องส่งตรวจวัด Complete Blood Count (CBC), BUN, Creatinine, Electrolytes (Sodium, Potassium, Chloride, Bicarbonate, Calcium และ Phosphorus) และ Albumin ในเลือด เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 3 เดือน ■ ต้องมีการวัดความเพียงพอของการฟอกเลือด (Hemodialysis Adequacy) ได้แก่ Kt/V และ Urea Reduction Ratio (URR) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 3 เดือน ■ ต้องส่งตรวจ Iron Study เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน ■ ต้องส่งตรวจวัดระดับของ Parathyroid Hormone ในเลือดเมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน ■ ต้องมีการส่งตรวจคัดกรอง Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg) ในกรณีผลเป็นลบ Anti-HBs Antibody, Anti-Hepatitis C Antibody (Anti-HCV) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน ■ ต้องมีการประเมิน Vascular Access ก่อนและหลังการใช้ฟอกเลือด โดยการตรวจร่างกาย และอาการ ร่วมกับผลความเพียงพอในการฟอกเลือด และสัญญาณที่บ่งชี้ระหว่างการฟอกเลือด เช่น Venous Pressure, Arterial Pressure, Blood Flow Rate เป็นต้น ■ ต้องมีการส่งตรวจ Electrocardiogram (ECG) และ Chest X-ray (CXR) เมื่อแรกเข้า และตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ■ ควรมีการส่งตรวจ anti-HIV เมื่อแรกเข้า ■ ควรมีการส่งตรวจวัดระดับ Lipid Profile ในเลือด และการทำงานของตับ (Liver Function Test) เมื่อแรกเข้า และติดตามเป็นประจำอย่างน้อยทุก 12 เดือน
11. กระบวนการพัฒนาหน่วยไตเทียม	■ ต้องมีการติดตาม และทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, อัตราการรอดชีวิต, อัตราการนอนโรงพยาบาล และการยุติการฟอกเลือด ■ ควรมีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) จนสามารถรับรู้เข้าใจ และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องโรคร่วม และสิทธิการรักษาต่าง ๆ ■ ควรให้ผู้ป่วยรับทราบแนวทางปฏิบัติตัวกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และการปรึกษากับหน่วยไตเทียม หรือแพทย์เจ้าของไข้ ■ ควรมีสมาคมประจำตัวผู้ป่วยที่มีการปรับข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอ ■ ควรมีการประชุมระหว่างบุคลากรในหน่วยไตเทียม เพื่อทบทวนโอกาสพัฒนาภายในหน่วยไตเทียมและแนวทางแก้ไข รวมทั้งเป็นโอกาสเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้บุคลากร ได้แก่ Dialysis Conference, การทบทวนประเด็นที่น่าสนใจในผู้ป่วยและการทบทวนอุบัติการณ์ภายในหน่วยไตเทียม (Incident Report Review)

ตารางที่ 3 สรุปหลักเกณฑ์และมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	หลักเกณฑ์และมาตรฐาน
	■ ในกรณีหน่วยไตเทียมที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ควรมีหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการสำรวจคุณภาพภายในของหน่วยไตเทียม และควรให้มีการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ■ ควรมีระบบการสื่อสารกับหน่วยงานอื่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ■ ควรมีการประเมิน และติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.7 กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 กฎหมายแม่บทหรือกฎหมายปฐมภูมิ (Primary Legislation)

กฎหมายแม่บทหรือกฎหมายปฐมภูมิ (Primary Legislation) เป็นกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพของเทศบาลประกอบด้วยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายแม่บทที่รับรองสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยมาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ นอกจากนี้ มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 แล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องหรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขของกองทุน นอกจากนี้

(1.1) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้ 1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ 2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ 3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการถอดถอนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการ 6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40 7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับความเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41 8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข 11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน 12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายใน 6 เดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ 13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี 14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

(1.2) หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มาตรา 44 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ และมาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังนี้ 1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น 2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคมแก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ 4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย 5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

(1.3) หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดซึ่งต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อนและอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังนี้ 1) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4) 2) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร 3) คำนึงถึงความแตกต่างในการกิจของ

หน่วยบริการ และ 4) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

(1.4) **อำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** มาตรา 47 ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

(2) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายแม่บทที่บัญญัติขึ้นตามมาตรา 26 แห่งรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2560 เพื่อกำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สำคัญของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีดังนี้

(2.1) **นิยามศัพท์** มาตรา 3 ให้นิยามศัพท์เฉพาะตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ดังนี้

(2.1.1) “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในองค์กรรวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

(2.1.2) “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

(2.1.3) “หน่วยบริการ” หมายถึง 1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย 2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล 3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด

(2.1.4) “หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.1.5) “เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.1.6) “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” หมายถึง แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(2.1.7) “ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข” หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้หมายความรวมถึงบุคคลตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

(2.1.8) “คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด

(2.2) อำนาจหน้าที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาตรา 10 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

(2.2.1) เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ

(2.2.2) กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนตาม (2.1) รวมทั้งกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดังกล่าว

(2.2.3) เสนอแนวทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือระบบสุขภาพปฐมภูมิ และให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการออกประกาศและการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.2.4) ให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาต่อรัฐมนตรี หน่วยงานของรัฐ และพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.2.5) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้มีการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เพียงพอกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 รวมทั้งการวางแผนกำลังคน และการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

(2.2.6) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้มีการกำหนดค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เหมาะสมกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.2.7) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้มีการกำหนดมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

(2.2.8) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(2.2.9) ออกประกาศตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

(2.2.10) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิหรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีมอบหมาย

(2.3) การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กล่าวถึง สิทธิของบุคคลในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ (มาตรา 16) และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (มาตรา 17) และมีมาตราอื่นที่สำคัญดังนี้

(2.3.1) มาตรา 18 ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงการให้สิทธิรับบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกและความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้รับบริการอาจขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตนมีรายชื่อได้

(2.3.2) มาตรา 19 ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีสิทธิได้รับเงินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิตั้งต่อไปนี้จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1) ค่าใช้จ่ายประจำเพื่อการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2)

ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ 3) ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด อนึ่ง ในกรณีที่มีความจำเป็น คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิอาจทำความตกลงกับกระทรวงการคลังโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทที่มีกฎหมายจัดตั้ง หรือหน่วยงานของรัฐอื่นใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลหรือการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อขอรับเงินสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้ได้รับค่าใช้จ่ายดังกล่าว

(2.3.3) มาตรา 22 ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้นในสัดส่วนที่เหมาะสม

(2.4) หน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรา 20 กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(2.4.1) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา

(2.4.2) ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(2.4.3) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม ที่จะรับดูแลผู้รับบริการก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(2.4.4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(2.4.5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งการขอรับคำรักษายาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(2.4.6) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

(2.5) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มาตรา 24-29 กล่าวถึง บทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนด

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเรียกเก็บค่าบริการจากตนโดยไม่มีสิทธิ ให้ผู้รับบริการมีสิทธิร้องเรียนต่อผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการให้เหมาะสมและถูกต้องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ มาตรา 28 กำหนดไว้ว่า หากหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิกระทำความร้ายแรงหรือซ้ำหลายครั้ง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถ 1) สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น 2) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นในกรณีที่สถานพยาบาลตามกฎหมายดังกล่าว 3) แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบเพื่อให้มีการดำเนินการทางวินัยแก่ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นในกรณีที่สถานพยาบาลของรัฐ 4) แจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสอบสวนและวินิจฉัยชี้ขาดข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการกระทำของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น และให้มีการดำเนินการทางวินัยในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ

(2.6) การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

(2.6.1) มาตรา 30 เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยบูรณาการทรัพยากรในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิและติดตามดูแลการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งประสานให้เกิดเครือข่ายบริการรับ-ส่งต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในพื้นที่นั้นหรือพื้นที่อื่น

(2.6.2) มาตรา 31 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(2.6.3) มาตรา 32 คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมปรับปรุง และพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การรับฟังความคิดเห็นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด

2.7.2 กฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายลูก (Subordinate or Delegated Legislation)

กฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายลูก (Subordinate or Delegated Legislation) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การบังคับใช้กฎหมายแม่บทหรือกฎหมายปฐมภูมิเกิดผลสัมฤทธิ์ตามหลักการที่ฝ่ายนิติบัญญัติมอบหมายให้ฝ่ายบริหารใช้อำนาจด้านนิติบัญญัติด้วยการออกกฎของฝ่ายบริหารตามกรอบที่กฎหมายแม่บทหรือกฎหมายปฐมภูมิซึ่งเป็นกฎหมายที่ฝ่ายนิติบัญญัติได้กำหนดไว้ ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 และมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 กฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายลูก ได้แก่ พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ และข้อบังคับ

ในบริบทการจัดตั้งหน่วยบริการไต่เทียมของเทศบาลมีกฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายลูกจำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

(1) ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563

คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิอาศัยอำนาจตามมาตรา 10 วรรคหนึ่ง (9) และมาตรา 15 วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนดนิยามและขอบเขตการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

(1.1) **บริการสุขภาพแบบองค์รวม** หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างสมดุลในทุกด้าน โดยไม่ได้เน้นที่การเจ็บป่วยเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

(1.2) **บริการสุขภาพตั้งแต่แรก** หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลโดยมุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังแต่แรกมากกว่าที่จะรอให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์มากขึ้น แล้วค่อยหาทางแก้ไขรักษาพยาบาล หรือฟื้นฟูสุขภาพ

(1.3) **บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง** หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคนเดิมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิคนเดิม ความต่อเนื่องของการนัดหมาย และความต่อเนื่องของการดูแล เมื่อต้องส่งต่อผู้รับบริการเพื่อให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น หรือหน่วยบริการอื่น รวมถึงความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูล

บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

1) บริการสุขภาพแบบองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัด ขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุขทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน

3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์ แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนให้คำแนะนำที่จำเป็น เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

(2) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

กระทรวงมหาดไทยอาศัยอำนาจตามมาตรา 6 และมาตรา 76 แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 69 และมาตรา 77 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และมาตรา 5 และมาตรา 88 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ออกระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

(2.1) “เงินบำรุง” หมายถึง เงินที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับไว้เนื่องจากการดำเนินงานในกิจการของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขได้แก่

1) เงินที่โอนมาจากเงินทุนหมุนเวียนการรักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนการรักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์ พ.ศ. 2530

ส่วนท้องถิ่น

- 2) เงินที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขเรียกเก็บเป็นค่ารักษาพยาบาล
- 3) เงินที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) เงินรายได้จากทรัพย์สิน
- 5) เงินที่ได้รับจากการจัดสรรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 6) เงิน ดอกเบี้ย และผลประโยชน์อื่นใดที่เกิดจากเงินบำรุง
- 7) เงินอื่น ๆ เช่น เงินบริจาค หรือเงินที่มีผู้อุทิศให้

(2.2) “การสาธารณสุข” หมายความว่า การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันและกำจัดโรค การศึกษาวิจัยค้นคว้า การขึ้นสูตรและการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ตลอดจนการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

(2.3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งงบประมาณเป็นเงินบำรุงให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น โดยคำนึงถึงสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

(2.4) การดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ โดยใช้จ่ายจากเงินบำรุงให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบเกี่ยวกับการพัสดุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติอยู่ เว้นแต่กรณีดังต่อไปนี้

1) การซื้อหรือการจ้างโดยใช้จ่ายจากเงินบำรุง ให้ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจสั่งซื้อสั่งจ้าง

2) การซื้อหรือการจ้างโดยใช้จ่ายจากเงินบำรุงครั้งหนึ่งในวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท ผู้บริหารท้องถิ่นอาจมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขได้

(2.5) การซื้อยาโดยปกติให้จัดซื้อตามชื่อสามัญ (Generic Name) ในบัญชียาหลักแห่งชาติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ในกรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องจัดซื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข เสนอเหตุผลความจำเป็นต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(2.6) การรับส่งเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน การตรวจเงิน การจัดทำบัญชี ทะเบียนและรายงานการเงิน ให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขจัดทำบัญชี ทะเบียน และรายงานการเงินตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด

(2.7) การดำเนินการเกี่ยวกับการสาธารณสุขเรื่องใดที่ไม่มีกำหนดไว้ในระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบหรือหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องนั้นโดยอนุโลม และให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

(2.8) การใช้จ่ายเงินบำรุงให้จ่ายได้เพื่อการสาธารณสุขและการบริหารจัดการโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ดังนี้

- 1) ค่ายาและเวชภัณฑ์
- 2) ค่าวัสดุทางการแพทย์และวัสดุอื่นใดของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข
- 3) ค่าตอบแทนทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนอื่นซึ่งไม่ใช่ข้าราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) ค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการอื่น
- 5) ค่าครุภัณฑ์ ค่าที่ดิน และค่าสิ่งก่อสร้างของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข
- 6) ค่าใช้สอย
- 7) ค่าสาธารณูปโภค
- 8) ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน หรือรายคาบ
- 9) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข
- 10) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการและการเข้ารับการฝึกอบรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข
- 11) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข

การใช้จ่ายค่าวัสดุทางการแพทย์และวัสดุอื่นใดของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ค่าตอบแทนทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนอื่นซึ่งไม่ใช่ข้าราชการ ลูกจ้าง หรือพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการอื่น และค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน หรือรายคาบให้นำหลักเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขมาใช้บังคับโดยอนุโลม

การใช้จ่ายค่าครุภัณฑ์ ค่าที่ดิน และค่าสิ่งก่อสร้างของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ให้เสนอผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเห็นชอบแล้วเสนอให้สภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอนุมัติ

(2.9) การใช้จ่ายเงินบำรุงจะต้องมีเงินบำรุงคงเหลืออยู่ในบัญชีโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อใช้จ่ายในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน สำหรับโรงพยาบาลต้องมีเงินบำรุงคงเหลือไม่น้อยกว่า 500,000 บาทและหน่วยบริการสาธารณสุขต้องมีเงินบำรุงคงเหลือไม่น้อยกว่า 200,000 บาท

(2.10) ให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการตามอัตราที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด แต่ต้องไม่เกินอัตราที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในกรณีคนไข้ผู้ยากไร้ซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ให้อยู่ในดุลพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขที่จะไม่คิดค่าใช้จ่าย และรายงานผู้บริหารท้องถิ่นทราบ ทั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขจะกำหนดหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขเกี่ยวกับการไม่คิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ได้

(3) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562

กระทรวงมหาดไทยอาศัยอำนาจตามมาตรา 6 วรรคหนึ่ง มาตรา 74 (9) และมาตรา 76 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 67 (9) แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2505 มาตรา 69 และมาตรา 77 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 มาตรา 5 วรรคหนึ่ง มาตรา 85 (10) และมาตรา 88 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มีสาระสำคัญดังนี้

(3.1) “เจ้าหน้าที่” หมายความว่า บุคลากรขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่ง และได้รับคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ ในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือนอกหน่วยบริการสาธารณสุข หรือต่างหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้การบริการ สนับสนุนด้านบริการ หรือร่วมให้บริการแก่ประชาชน ได้แก่ 1) นายแพทย์ 2) ทันตแพทย์ 3) เภสัชกร 4) พยาบาล และพยาบาลเทคนิค 5) นักวิทยาศาสตร์ และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6) นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 7) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 8) เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นที่ได้รับคำสั่งหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน และ 9) ลูกจ้างและพนักงานจ้างที่ได้รับคำสั่งหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

(3.2) “เงินค่าตอบแทน” หมายความว่า เงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในเวลาราชการหรือนอกเวลาราชการในหน่วยบริการสาธารณสุข หรือนอกหน่วยบริการสาธารณสุข หรือต่างหน่วยบริการสาธารณสุข หมายความว่า 1) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 2) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ 3) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานเวรหรือผลัดบ่ายหรือผลัดดึกของพยาบาล 4) ค่าตอบแทนใน

การปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพ 5) ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ 6) ค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน 7) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว 8) ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข 9) ค่าตอบแทนอื่นที่ไม่ได้กำหนดในระเบียบนี้ให้นำค่าตอบแทนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาใช้โดยอนุโลม

(3.3) แนวปฏิบัติอื่น ๆ

(3.3.1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งงบประมาณรายจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ ตามความเหมาะสม โดยให้คำนึงถึงสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3.3.2) ให้ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3.3.3) การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุข ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้นำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และอัตราตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด มาใช้บังคับโดยอนุโลม

(3.3.4) ให้ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ 1) คณะกรรมการพิจารณาตรวจคำขอการรับเงินค่าตอบแทน 2) คณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทน 3) คณะกรรมการติดตามและประเมินผลการจ่ายเงินค่าตอบแทน

(3.3.5) การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ยื่นคำขอรับเงินค่าตอบแทนต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นเพื่อเสนอให้ผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณา โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

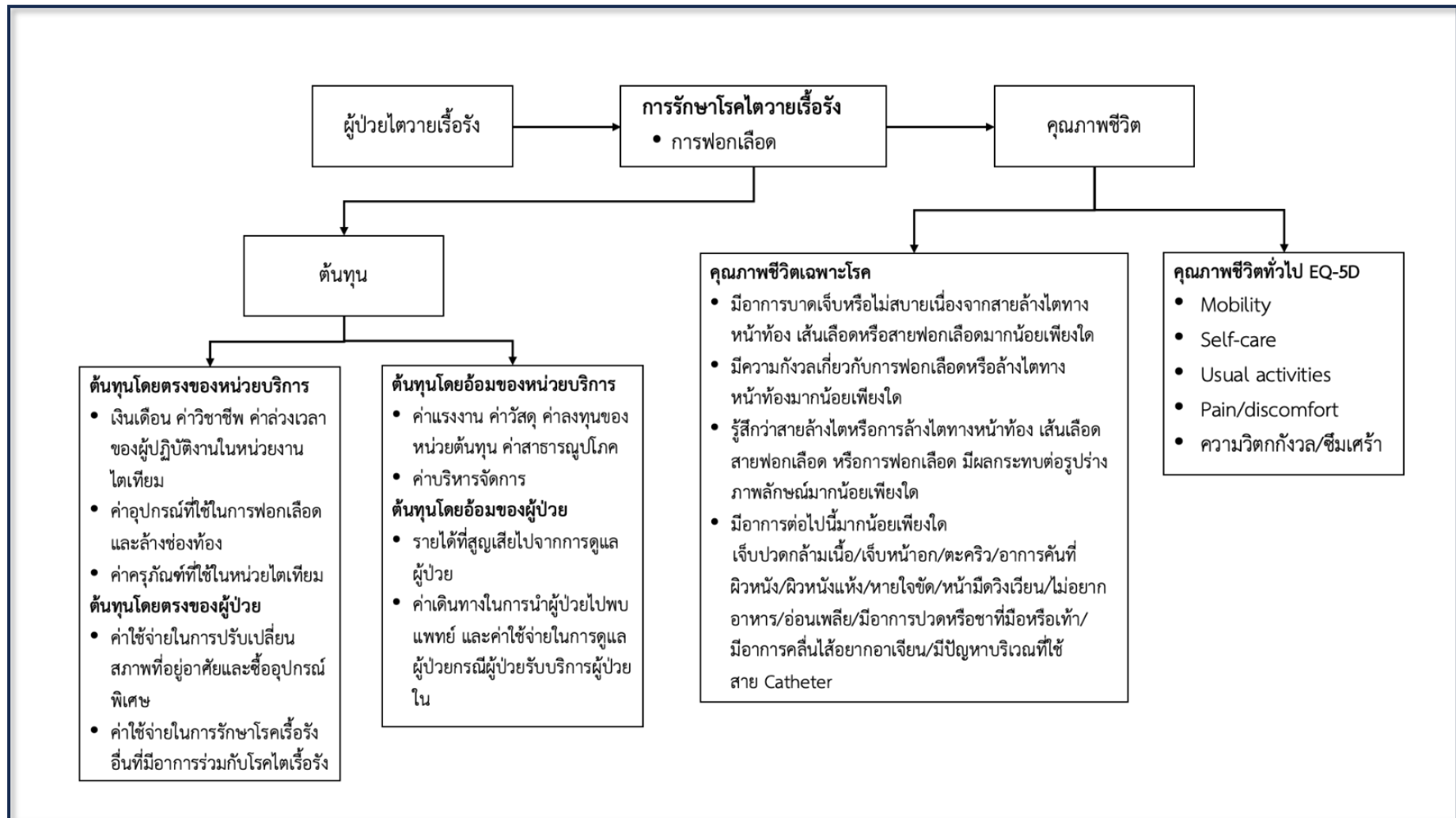
2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการป้องกัน ชะลอ ควบคุม และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู นอกจากนี้ยังมุ่งวิเคราะห์ภาระของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวทั้งในเชิงเศรษฐศาสตร์และการดำรงชีวิตทั่วไป และต้นทุนต่อหน่วยในการจัดการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาระยะที่ 1 (ภาพที่ 1) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การศึกษาต้นทุนในการชะลอไตเสื่อมและบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยที่ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมแบ่งเป็นต้นทุนของหน่วยบริการและต้นทุนของผู้ป่วย

นอกจากนี้ กรอบแนวคิดในการศึกษาระยะที่ 1 ยังมุ่งวิเคราะห์และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีสมมุติฐานคือ โรคเรื้อรังเป็นโรคทางสังคม (Social Disease) ที่เกิดจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงในชีวิตประจำวัน และเมื่อบุคคลเป็นโรคเรื้อรังแล้วก็จะประสบปัญหาอุปสรรคในชีวิตประจำวันในระยะยาว ส่งผลกระทบทั้งในมิติสภาพจิตใจและมิติเชิงสังคมด้วย ทั้งนี้ ประเด็นคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

(1) **คุณภาพชีวิตเฉพาะโรค** ประกอบด้วย อาการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ความวิตกกังวล ปัญหาที่เกิดจากสายล้างไตทางหน้าท้อง เส้นเลือด สายฟอกเลือด หรือการฟอกเลือด ผลกระทบต่อรูปร่าง ภาวะโภชนาการ กล้ามเนื้อ

(2) **คุณภาพชีวิตทั่วไป** ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) การดูแลตนเอง (Self-care) การทำกิจวัตรประจำวัน (Daily Activity) ความเจ็บปวด/ความไม่สบายใจ (Pain/Discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

นอกจากนี้ การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปูยังอาศัยกรอบแนวคิด “รากฐานของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (The “Building Blocks” Framework)” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ

(1) **การให้บริการ (Service)** หมายถึง การจัดการบริการรักษาและบำบัดโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลันที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

(2) **บุคลากรด้านสุขภาพ (Health Personnel)** หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการรักษาและบำบัดโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) บุคลากรสายวิชาชีพ คือ แพทย์อายุรกรรมโรคไต พยาบาลโรคไต พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานดูแลคนไข้ พนักงานเปเล และ (2) บุคลากรสายสนับสนุน ได้แก่ เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่ธุรการ และเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์

(3) **ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Record)** หมายถึง ระบบข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน รวมทั้งระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไปในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่ได้จากการคัดกรองโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

(4) **การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น** หมายถึง การเตรียมความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องการให้บริการรักษาและบำบัดโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

(5) **รูปแบบการเงินในระบบสุขภาพ (Financing Model)** หมายถึง แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ การจัดเก็บรายได้จากการบริการรักษาและบำบัดโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

(6) **ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)** หมายถึง โครงสร้างการบริหารระบบบริการสุขภาพเทศบาลตำบลบางปูที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนด้านยุทธศาสตร์ ความต่อเนื่องของระบบบริการ และคุณภาพของการบริการรักษาและบำบัดโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้ คือ

(1) ประชาชนที่มีพำนักรอาศัยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่ได้รับการคัดกรองภาวะการทำงานของไตและพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยจากข้อมูลที่ได้จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีประชากรที่เป็นไตเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 1,148 คน

(2) ประชาชนทั่วไปที่มีพำนักรอาศัยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยจากข้อมูลของเทศบาลตำบลบางปู (2566) ประชากรในเขตเทศบาลตำบลบางปูมีจำนวน 119,488 คน

(3) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.1.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Random Sampling) จากประชาชนที่มีพำนักรอาศัยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่ได้รับการคัดกรองภาวะการทำงานของไตและพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยคณะที่ปรึกษาใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจากประชากรที่นับได้ (Finite Population) คือ

$$n = \frac{\frac{Z^2 \times p(1-p)}{\epsilon^2}}{1 + \frac{Z^2 \times p(1-p)}{\epsilon^2 N}}$$

โดยที่ Z = z-score (2.58)

ϵ = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of Error = 0.05)

N = จำนวนประชากร

p = ค่าสัดส่วนของประชากร (50%)

เมื่อใช้สูตรข้างต้นคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 289 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะที่ปรึกษาลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจริง กลุ่มตัวอย่างที่คณะที่ปรึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีจำนวนเท่ากับ 419 คน ซึ่งทำให้ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.0374 หรือ ร้อยละ 3.74

(2) การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตัวแทนประชาชนทั่วไปที่พำนักอาศัยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งตัวแทนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และตัวแทนผู้นำชุมชนสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู โดยตามขอบเขตการจ้างที่ปรึกษากำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มไว้ที่ 30 คน แต่ในการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม คณะที่ปรึกษาได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง 60 คน

(3) การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีลักษณะคล้ายกับเทศบาลตำบลบางปูและมีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 คน และผู้บริหารคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกับเทศบาลตำบลบางปู จำนวน 1 คน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้แบ่งตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยได้ดังนี้

3.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data Collection) ประกอบด้วย (1) การสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลัน และสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลโดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม (2) การสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียมและมีลักษณะทั่วไปและบริบทพื้นที่คล้ายกับเทศบาลตำบลบางปู คือ เมืองพัทยาและเทศบาลนครนนทบุรี และคลินิกฟอกไตเอกชนในพื้นที่ จ.ระยอง เพื่อสำรวจต้นทุนต่อหน่วยในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (3) การจัดเวทีสาธารณะ (Public Forum) เพื่อระดมความคิดเห็นตัวแทนประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูต่อ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู และ (4) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของตัวแทนชุมชนตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ซึ่งหากแบ่งตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาจะได้รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4 แหล่งข้อมูลปฐมภูมิและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย	แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ
1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่	■ การสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติ และสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลโดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อจัดทำแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู	■ การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของตัวแทนชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ■ การจัดเวทีสาธารณะ (Public Forum) เพื่อระดมความคิดเห็นตัวแทนประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูต่อ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	■ การสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียมและมีลักษณะทั่วไปและบริบทพื้นที่คล้ายกับเทศบาลตำบลบางปูและคลินิกฟอกไตภาคเอกชน

อนึ่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิด้วยการสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติ และสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลด้วยแบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม โดยแบ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 วิธี คือ

(1) การลงพื้นที่สำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกครัวเรือนในพื้นที่ โดยคณะที่ปรึกษาและอาสาสมัครลงพื้นที่ตำบลท้ายบ้านใหม่ (หมู่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9) ตำบลท้ายบ้าน (หมู่ 2, 5, 6, 7) ตำบลบางปู (หมู่ 1) และตำบลบางปูใหม่ (3, 4, 8, 10) รวมทั้งสิ้น 4 ตำบล 17 หมู่

(2) การเก็บรวบรวมข้อมูลทางโทรศัพท์ โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รับบริการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องและโดยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลสมุทรปราการซึ่งเป็นแม่ข่ายของเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่อำเภอเมือง รวมทั้งโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางบ่อ จ.สมุทรปราการ

3.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Collection) ประกอบด้วย (1) การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากมาตรฐานหน่วยไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และ (3) เอกสารทางราชการและวิชาการ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและป้องกันโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 แหล่งข้อมูลทุติยภูมิและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย	แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ
1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การอุบัติของโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังในพื้นที่	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566
2. เพื่อจัดทำแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู	เอกสารทางราชการและวิชาการ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและป้องกันโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายเฉียบพลัน
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยการศึกษาความเป็นไปได้ รูปแบบที่เหมาะสม อาคาร สถานที่ ความคุ้มค่า และความพร้อมของเทศบาลตำบลบางปูในการดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	- มาตรฐานหน่วยไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย - เอกสารทางราชการและวิชาการ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและป้องกันโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายเฉียบพลัน

วิธีการศึกษาวิจัยของโครงการศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ รหัสโครงการที่ SSTU-EC 197/2566¹

3.3 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยนี้² ประกอบด้วย

3.3.1 แบบสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติผู้ป่วยในครอบครัวญาติ และผู้ดูแลโดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อของท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม³ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

- (1) ข้อมูลทั่วไป (8 คำถาม)
- (2) ข้อมูลรายละเอียดต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติในชีวิตประจำวัน (5 คำถาม)
- (3) กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ไม่ Admit) เช่น พบแพทย์ตามนัดหมายหรือพบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เป็นต้น (4 คำถาม)
- (4) กรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน (Admit) เช่น เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบค้างคืนที่โรงพยาบาล เป็นต้น (6 คำถาม)
- (5) ต้นทุนอื่น ๆ ของผู้ป่วย (1 คำถาม)
- (6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (2 คำถาม)
- (7) ผลกระทบอื่นที่มีต่อผู้ป่วย (3 คำถาม)

3.3.2 ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียมและคลินิกฟอกไตภาคเอกชน⁴ ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

(1) กรุณาให้ความคิดเห็นต่อประเด็นต่อไปนี้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 ประเด็น คือ 1) รูปแบบและระบบบริการ 2) กำลังคน 3) ระบบข้อมูลสุขภาพ 4) การบริหารการเงิน งบประมาณ และพัสดุของหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5) การบริหารยาและเวชภัณฑ์ 6) ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

¹ ภาคผนวก 1

² ภาคผนวก 2-4

³ ภาคผนวก 2

⁴ ภาคผนวก 3

(2) กรุณาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของเทศบาลตำบลบางปู

3.3.3 ประเด็นคำถามประเด็นคำถามในการระดมความคิดเห็นตัวแทนประชาชนและตัวแทนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการจัดทำ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู⁵ ประกอบด้วย 5 คำถาม คือ

(1) ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ 10 ปี (สถานการณ์โรคไตในเทศบาลตำบลบางปูจะเป็นอย่างไรใน 10 ปีข้างหน้า)

(2) สิทธิของประชาชนเกี่ยวกับเรื่องโรคไต (ประชาชนควรมีสสิทธือะไรบ้างเกี่ยวกับภาวะไตเรื้อรัง)

(3) หน้าที่ของประชาชนเกี่ยวกับเรื่องโรคไต

(4) หน้าที่ของเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐ

(5) หน้าที่ของภาคเอกชน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและญาติผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) นอกจากนี้ ในการประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอนาคตเป็นสิ่งที่ท้าทายเนื่องจากโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Disease: NCD) มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น กรรมพันธุ์ อายุ พฤติกรรมการดำรงชีวิต สารพิษ เป็นต้น โดยในปัจจุบันสามารถคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้เพียง ในเชิง “ความเสี่ยง (Risk)” ที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเท่านั้น สำหรับโรคไตเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพศ และอายุ โดยเฉพาะหากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดร่วมกัน (Comorbidity) ก็จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

3.3.2 คณะที่ปรึกษาได้ดำเนินการออกแบบอาคารหน่วยไตเทียมเทศบาลตำบลบางปูตามหลักวิศวกรรมศาสตร์และใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น อัตราผลตอบแทนการลงทุน (Return on Investment: ROI) เป็นต้น

3.3.3 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียมและคลินิกฟอกไตภาคเอกชน และการระดมความคิดเห็นตัวแทนประชาชนและตัวแทนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการจัดทำ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู คณะที่ปรึกษาได้ดำเนินการประมวลผล

⁵ ภาคผนวก 4

ข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด “รากฐานของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (The “Building Blocks” Framework)” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และกรอบแนวคิด SWOT (Strength-Weakness-Opportunity-Threat) เพื่อจัดทำ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับเทศบาลตำบลบางปูในการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทที่ 4

ผลการศึกษา (ตอนที่ 1)

ในบทนี้จะนำเสนอผลการศึกษา (ตอนที่ 1) โครงการจ้างที่ปรึกษาศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

(1) จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบัน และคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า

(2) ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในการเข้าถึงบริการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจและภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันและญาติหรือผู้ดูแล โดยการใช้การสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ญาติและผู้ดูแล จำนวนไม่น้อยกว่า 400 คน) ด้วยแบบสอบถาม

(3) วิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดตั้งคลินิกฟอกไตเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

4.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบันและในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า

4.1.1 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปัจจุบัน (พ.ศ. 2562-2566)

จากข้อมูลที่ได้จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีประชากรที่เป็นไตเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 1,148 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 9.58) ระยะที่ 2 จำนวน 277 คน (ร้อยละ 24.13) ระยะที่ 3 จำนวน 537 คน (ร้อยละ 46.78) ระยะที่ 4 จำนวน 130 คน (ร้อยละ 11.32) และระยะที่ 5 จำนวน 94 คน (ร้อยละ 8.19) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดเพื่อนำของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายมีจำนวน 224 คน (ร้อยละ 19.51) ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ซึ่งมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่าง 15-29 มิลลิลิตร/นาที และน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที ตามลำดับ โดยถือว่าเป็นระยะที่ไตถูกทำลายอย่างรุนแรงและการทำงานของไตลดลงอย่างมาก นำไปสู่การสะสมของสารพิษและของเหลวในร่างกาย ทั้งนี้ ข้อสังเกตอื่นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีดังต่อไปนี้

(1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะก่อนที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดมีจำนวนมากที่สุด คือ 537 คน คิดเป็นร้อยละ 46.78 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในพื้นที่เทศบาล

ตำบล บางปูในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทั้งนี้ แม้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะยังไม่ใช้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟอกเลือด แต่ก็จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ยกตัวอย่างเช่น การให้ยาในกลุ่ม Angiotensin-converting (ACE) inhibitors กลุ่ม Angiotensin-receptor blockers (ARBs) และกลุ่ม sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT-2) ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต ได้แก่ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในระดับปานกลาง การเลิกสูบบุหรี่ และจำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

(2) ภาพที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมือง จ.สมุทรปราการ ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 โดยเส้นตรงประສິแดง (Trend Line) แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะอื่น ซึ่งหากไม่ดูแลชะลอไตเสื่อมให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 อย่างมีคุณภาพ ก็จะก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นแก่ระบบสาธารณสุขในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูและอำเภอเมืองสมุทรปราการอย่างมีนัยยะสำคัญ

(3) ตามนโยบายรัฐบาลนายเศรษฐา ทวีสินที่ต้องการขับเคลื่อนให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่หน่วยบริการภาครัฐทุกแห่งโดยใช้บัตรประชาชน แม้จะเป็นนโยบายที่มุ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ก็จะทำให้หน่วยบริการสุขภาพสังกัดภาครัฐ ได้แก่ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อมรองรับประชาชนนอกพื้นที่ ทั้งนี้ หากเทศบาลตำบลบางปูมีนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรองรับประชาชนจากพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใกล้เคียง ยกตัวอย่างเช่น ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการ ซึ่งจากเส้นตรงประສິแดง (Trend Line) ในภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคล้ายกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูและพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยระยะที่ 3 และผู้ป่วยระยะที่ 4-5⁶ ทั้งนี้ เทศบาลตำบลบางปูอาจพิจารณาจัดบริการป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อ.บางบ่อ ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การจัดทำบริการร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2558 เพื่อกระจายสถานที่ตั้งของคลินิกชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยระยะที่ 1-3 และหน่วยบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยระยะที่ 4-5 รวมทั้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดคณะผู้ให้บริการชะลอไตเสื่อม (Kidney Care Team) ที่จะทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

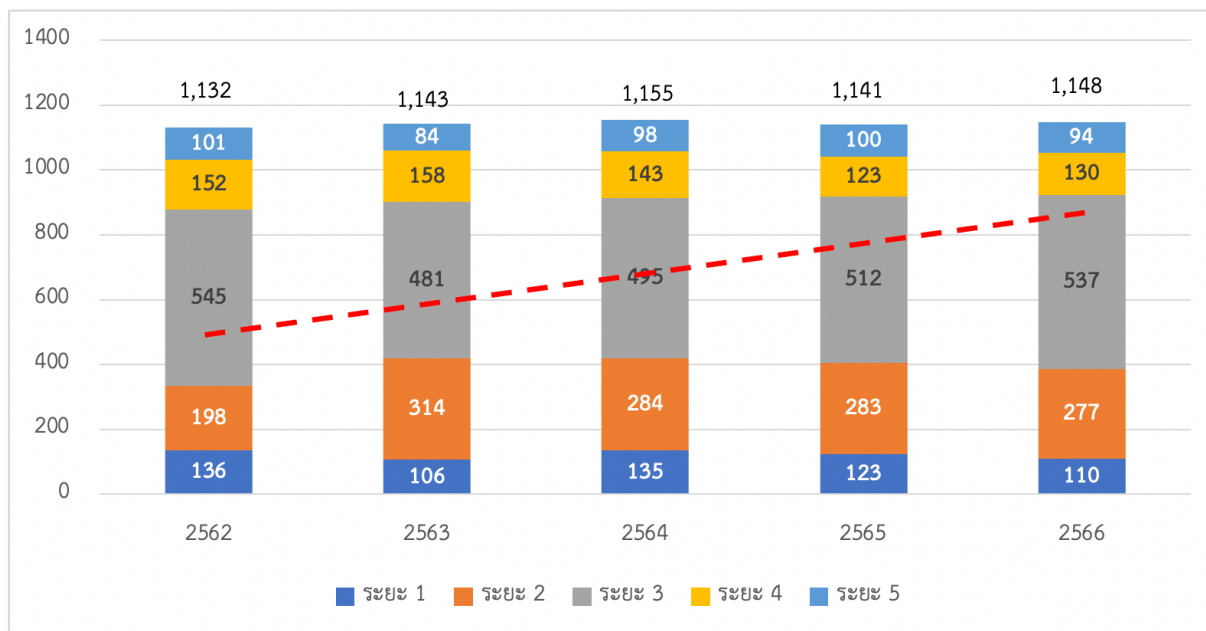
⁶ พิจารณาได้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ อ.บางบ่อในภาคผนวก 3 ในปี พ.ศ. 2562 (128 คน) พ.ศ. 2563 (131 คน) พ.ศ. 2564 (109 คน) พ.ศ. 2565 (120 คน) และ พ.ศ. 2566 (134 คน)

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

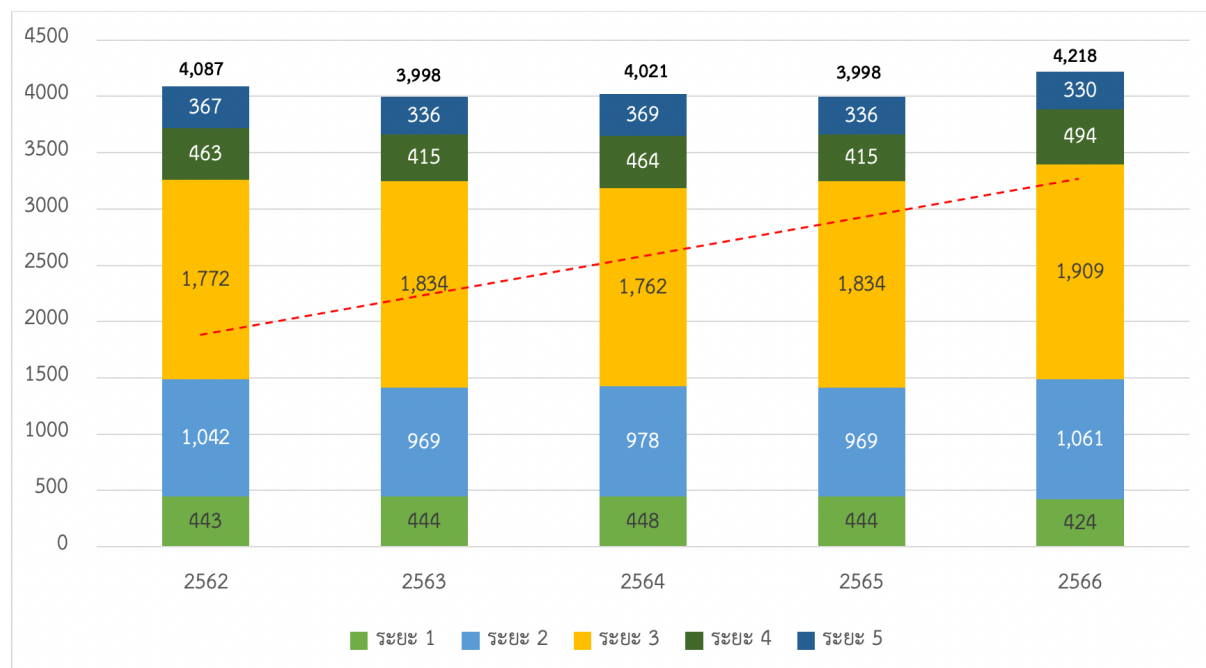
ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางปู	8	10.26	22	28.21	38	48.72	6	7.69	4	5.13	78
บางปูใหม่	25	8.68	79	27.43	121	42.01	40	13.89	23	7.99	288
ท้ายบ้าน	29	10.86	52	19.48	127	47.57	37	13.86	22	8.24	267
ท้ายบ้านใหม่	48	9.32	124	24.08	251	48.74	47	9.13	45	8.74	515
รวม	110	9.58	277	24.13	537	46.78	130	11.32	94	8.19	1,148

หมายเหตุ: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

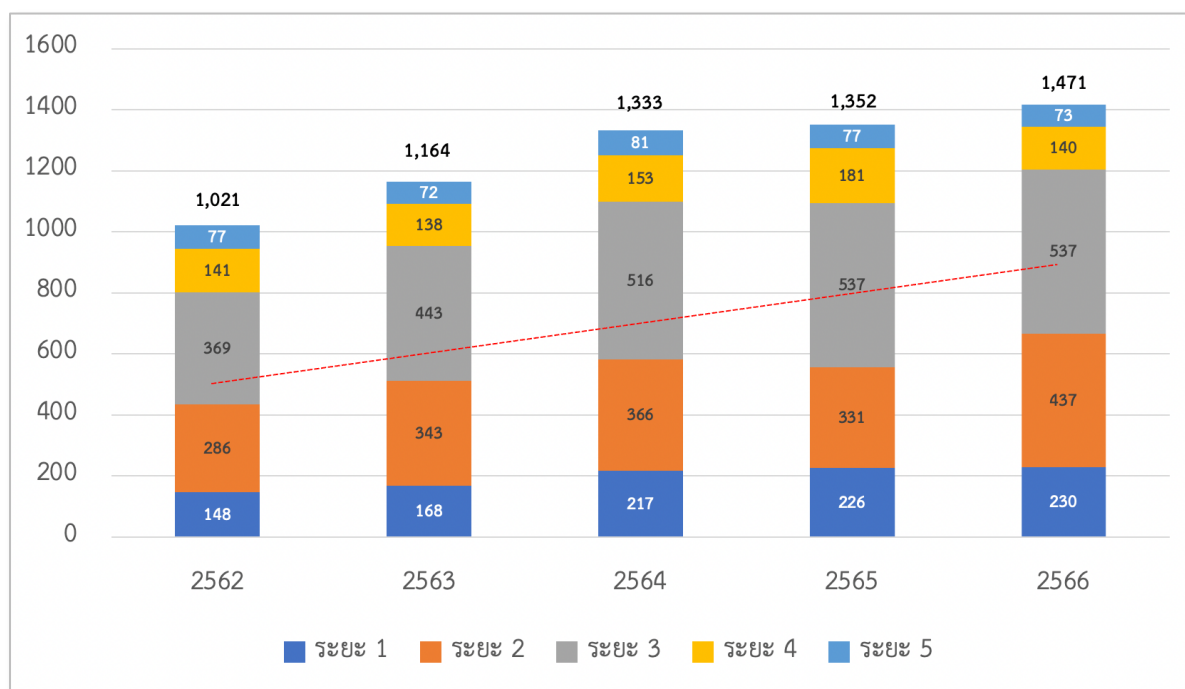
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ



จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมือง จ.สมุทรปราการ



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูกับพื้นที่อำเภอเมือง จ.สมุทรปราการ (จำแนกระยะ) ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จ.สมุทรปราการ (จำแนกระยะ) ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566

4.1.2 สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576)

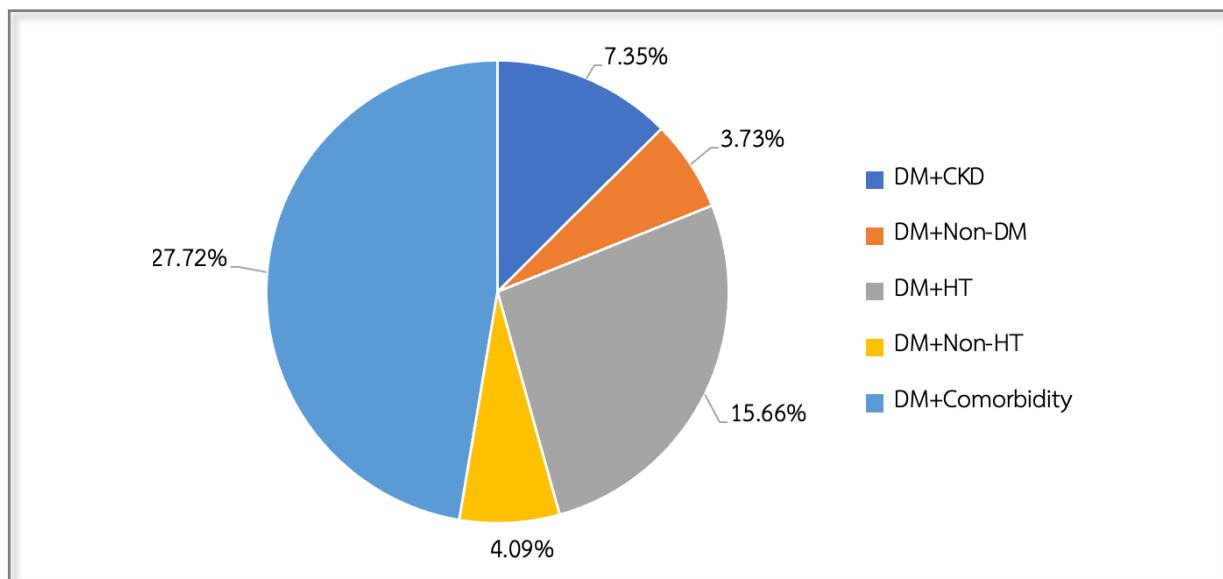
การประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอนาคตเป็นสิ่งที่ท้าทายเนื่องจากโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Disease: NCD) มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น กรรมพันธุ์ อายุ พฤติกรรมการดำรงชีวิต สารพิษ เป็นต้น โดยในปัจจุบันสามารถคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้เพียงในเชิง “ความเสี่ยง (Risk)” ที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเท่านั้น สำหรับโรคไตเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพศ และอายุ โดยเฉพาะหากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดร่วมกัน (Comorbidity) ก็ จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)⁷

ในการศึกษานี้ คณะที่ปรึกษาได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) โดยพิจารณาอัตราความเสี่ยงการเป็นโรคไตเรื้อรังประกอบกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุและเพศ พบว่า ในปี พ.ศ.2576 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 18,121 คนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ซึ่งสามารถพิจารณาตามแต่ละปัจจัย (ตารางที่ 7) ได้ดังนี้

(1) **เพศ** แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย 10,134 คนและผู้ป่วยเพศหญิง 7,988 คน ที่จะเป็นโรคไตเรื้อรังใน 10 ข้างหน้า (พ.ศ. 2576)

⁷ อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า บุคคลที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงจะไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคไตเรื้อรัง

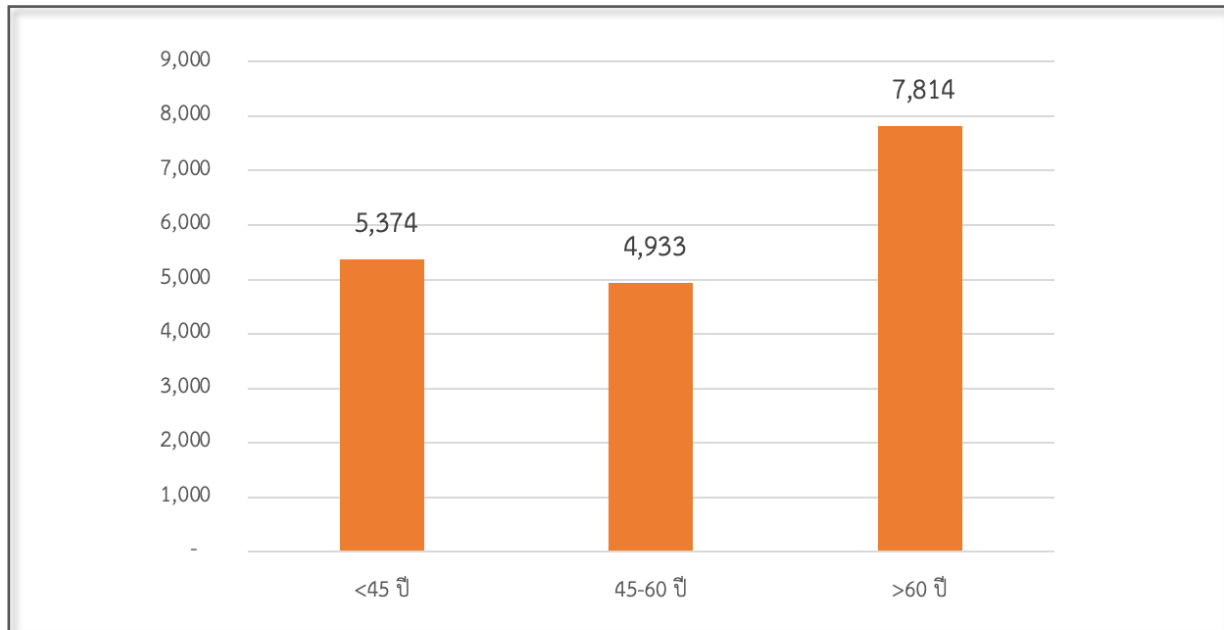
(2) **โรคเรื้อรัง** กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีจำนวนมากที่สุด 6,662 คน รองลงมาอันดับสอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4,317 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนมากเป็นอันดับสองเนื่องจากประชากรเพศชายที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานมีอัตราความเสี่ยงจะเป็นโรคไตเรื้อรังสูงมากถึงร้อยละ 15 ใน 10 ปีข้างหน้า ในทำนองเดียวกัน กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากอันดับสาม คือ ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรวมด้วย (Comorbidity) จำนวน 3,302 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วน (ร้อยละ) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า จำแนกตามกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 27.72 รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.66) และผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.35) ตามลำดับ (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

หมายเหตุ: CKD = โรคไตเรื้อรัง, DM = โรคเบาหวาน, Non-DM = ไม่เป็นโรคเบาหวาน, HT = โรคความดันโลหิตสูง, Non-HT = ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, DM+HT = เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

(3) **อายุ** ใน 10 ข้างหน้า (พ.ศ. 2576) พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 7,814 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 5,374 คน และกลุ่มอายุระหว่าง 45-60 ปี จำนวน 4,933 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 5) ข้อมูลดังกล่าวฉายภาพให้เห็นความท้าทายที่เกิดจากปรากฏการณ์สังคมสูงวัยที่เทศบาลตำบลบางปู หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และสังคม ต้องตระหนักรู้และเตรียมพร้อมรองรับ โดยแนวทางการเตรียมความพร้อมที่ดีที่สุดที่จะช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนและช่วยประหยัดงบประมาณของระบบสาธารณสุข คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจและสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิต รวมทั้งคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมและจัดเตรียมบริการสุขภาพด้านการชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นระบบเข้าถึงได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 5 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

ตารางที่ 7 คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576)

เพศ	ช่วงอายุ	จำนวนประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2576	DM	CKD+DM	CKD+ Non-DM	HT	CKD+HT	CKD+ Non-HT	DM+HT	CKD+ DM+HT	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2576
ชาย	<45 ปี	30,822	740	48	1,504	6,842	1,026	719	586	117	3,415
	45-60 ปี	11,654	1,130	113	842	4,801	1,056	445	746	224	2,680
	>60 ปี	9,140	1,005	151	691	5,658	1,414	348	3,583	1,433	4,038
	รวม	51,616	2,876	312	3,037	17,302	3,497	1,513	4,914	1,774	10,134
หญิง	<45 ปี	35,563	854	21	521	7,895	671	692	676	54	1,959
	45-60 ปี	23,685	2,297	94	214	9,758	976	696	1,516	273	2,253
	>60 ปี	12,258	1,348	115	545	7,588	1,518	397	4,805	1,201	3,776
	รวม	71,506	4,499	230	1,280	25,241	3,164	1,785	6,997	1,528	7,988

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลและค่าพารามิเตอร์สำหรับคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576) ปรากฏในภาคผนวก 6

2. CKD = โรคไตเรื้อรัง, DM = โรคเบาหวาน, Non-DM = ไม่เป็นโรคเบาหวาน, HT = โรคความดันโลหิตสูง, Non-HT = ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง, DM+HT = เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในการเข้าถึงบริการฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจและภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันและญาติหรือผู้ดูแล

ขณะที่ปรึกษาได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันตลอดจนสมาชิกในครอบครัว ญาติและผู้ดูแลด้วยแบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

(2.1) การลงพื้นที่สำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกครัวเรือนในพื้นที่ โดยขณะที่ปรึกษาและอาสาสมัครลงพื้นที่ตำบลท้ายบ้านใหม่ (หมู่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9) ตำบลท้ายบ้าน (หมู่ 2, 5, 6, 7) ตำบลบางปู (หมู่ 1) และตำบลบางปูใหม่ (3, 4, 8, 10) รวมทั้งสิ้น 4 ตำบล 17 หมู่

(2.2) การเก็บรวบรวมข้อมูลทางโทรศัพท์ โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รับบริการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องและโดยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลสมุทรปราการซึ่งเป็นแม่ข่ายของเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่อำเภอเมือง รวมทั้งโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลบางบ่อ จ.สมุทรปราการ

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 419 คน โดยมีข้อมูลทั่วไปดังต่อไปนี้

(1) สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 310 คน คิดเป็นร้อยละ 73.94 และผู้ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 109 คน คิดเป็นร้อยละ 26.06

(2) เพศ แบ่งเป็นชาย 251 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และหญิง 168 คิดเป็นร้อยละ 40

(3) อายุ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยอายุ 59.80 ปี โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุสูงสุดคือ 87 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 25 ปี

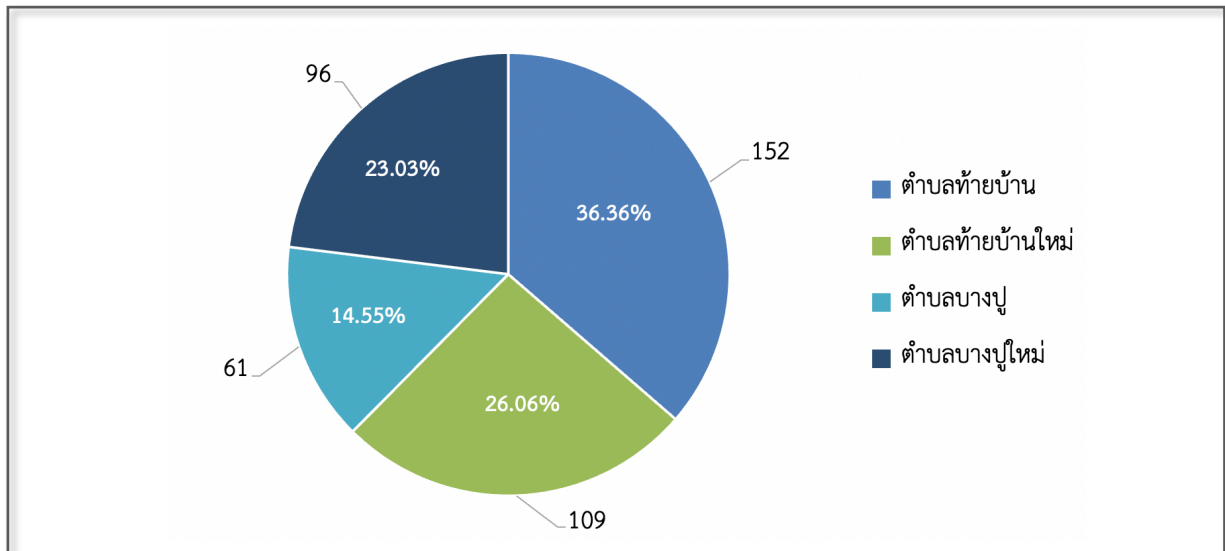
(4) สถานภาพสมรส แบ่งเป็นโสด 79 คน (ร้อยละ 18.90) คู่สมรส 230 คน (ร้อยละ 54.88) หย่า/แยกกันอยู่ 56 คน (ร้อยละ 13.41) และหม้าย 54 คน (ร้อยละ 12.80)

(5) ระดับการศึกษา แบ่งเป็นไม่ได้เรียน 40 คน (ร้อยละ 9.55) ประถมศึกษา 162 คน (ร้อยละ 38.66) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 118 คน (ร้อยละ 28.13) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 100 คน (ร้อยละ 23.75) และสูงกว่าปริญญาตรี 13 คน (ร้อยละ 3.13)

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (N = 419)

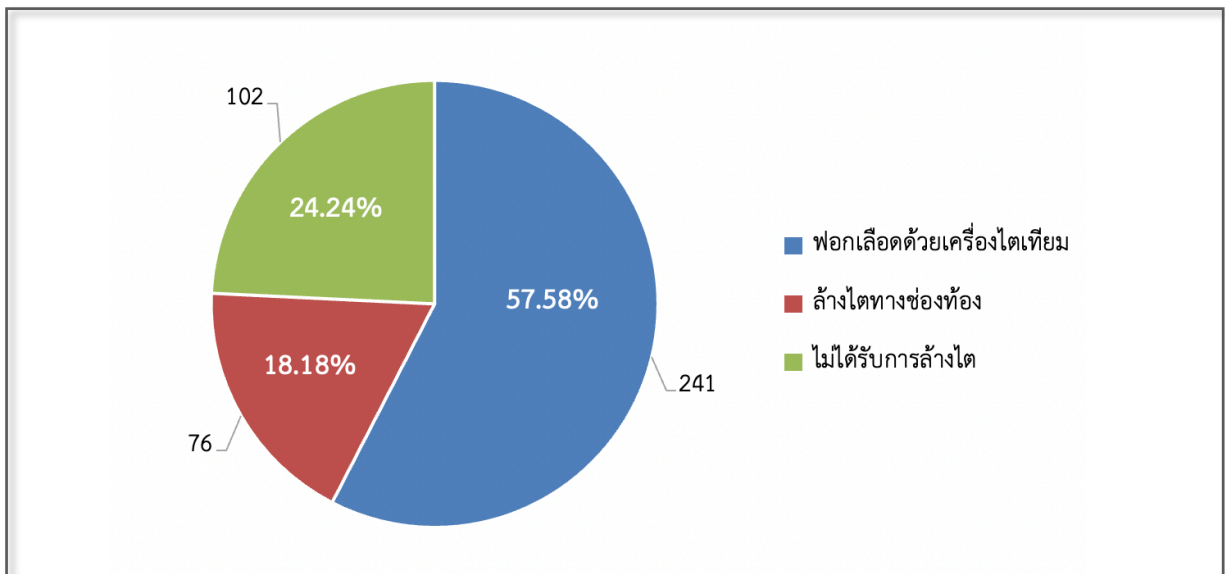
ตัวแปร	สถิติ
1. สถานะ	■ ผู้ป่วย (310 คน คิดเป็นร้อยละ 73.94) ■ ไม่ใช่ผู้ป่วย (109 คน คิดเป็นร้อยละ 26.06)
2. เพศ	■ ชาย (251 คน คิดเป็นร้อยละ 60) ■ หญิง (168 คน คิดเป็นร้อยละ 40)
3. อายุ	■ ค่าเฉลี่ย 59.80 ปี ■ ค่าสูงสุด 87 ปี ■ ค่าต่ำสุด 25 ปี
4. สถานภาพสมรส	■ โสด (79 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90) ■ คู่สมรส (230 คน คิดเป็นร้อยละ 54.88) ■ หย่า/แยกกันอยู่ (56 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41) ■ หม้าย (54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.80)
5. ระดับการศึกษา	■ ไม่ได้เรียน (40 คน คิดเป็นร้อยละ 9.55) ■ ประถมศึกษา (162 คน คิดเป็นร้อยละ 38.66) ■ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (118 คน คิดเป็นร้อยละ 28.13) ■ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (100 คน คิดเป็นร้อยละ 23.75) ■ สูงกว่าปริญญาตรี (13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13)

นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 4 ตำบลโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 419 คน ดังภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมาจากตำบลท้ายบ้าน จำนวน 152 คน รองลงมาคือ ตำบลท้ายบ้านใหม่ จำนวน 109 คน ตำบลบางปูใหม่ จำนวน 96 คน และตำบลบางปู จำนวน 61 คน



ภาพที่ 6 จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ (จำแนกตามพื้นที่) (N = 419)

ในกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจทั้งหมด ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวนมากที่สุด 241 คน (ร้อยละ 57.58) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการล้างไต 102 คน (ร้อยละ 24.24) และผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง 76 คน (ร้อยละ 18.18) (ภาพที่ 7)



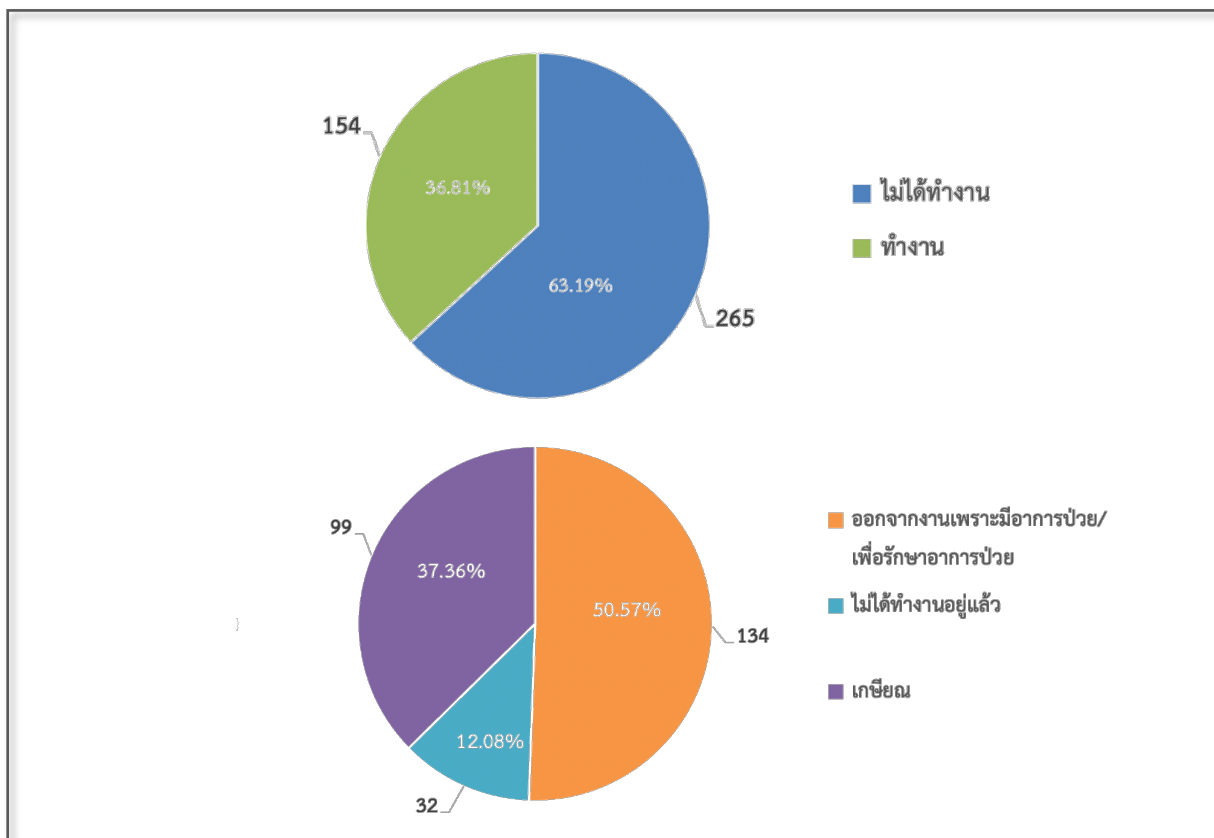
ภาพที่ 7 จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ (จำแนกตามรูปแบบการได้รับบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง) (N = 419)

4.2.2 ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวในชีวิตประจำวัน

(1) ภาวะการทำงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการสำรวจภาวะการทำงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู พบว่า ร้อยละ 36.81 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ตอบแบบสำรวจ หรือ 154 คน ยังคงทำงานแม้จะมีภาวะความผิดปกติของไต และร้อยละ 63.19 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ตอบแบบสำรวจ หรือ 265 คน ไม่ได้ทำงานหรือต้องลาออกจากงาน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ทำงานเพราะมีอาการป่วยหรือเพื่อรักษาอาการป่วยมีจำนวนมากที่สุด 134 คน (ร้อยละ 50.57) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ทำงานเนื่องจากเกษียณ 99 คน (ร้อยละ 37.36) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ทำงานอยู่แล้ว 32 คน (ร้อยละ 12.08) (ภาพที่ 8) ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาวะการทำงานของประชาชนอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 หรือควอร์ไทล์สูงสุด (65,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 47 คน หรือร้อยละ 35.70 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องลาออกจากงานเพราะอาการเจ็บป่วยหรือเพื่อรักษาตัวเอง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 1 หรือควอร์ไทล์ต่ำสุด (12,500 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 39 คน หรือร้อยละ 29.10 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดและรายได้ต่อเดือนต่ำสุด



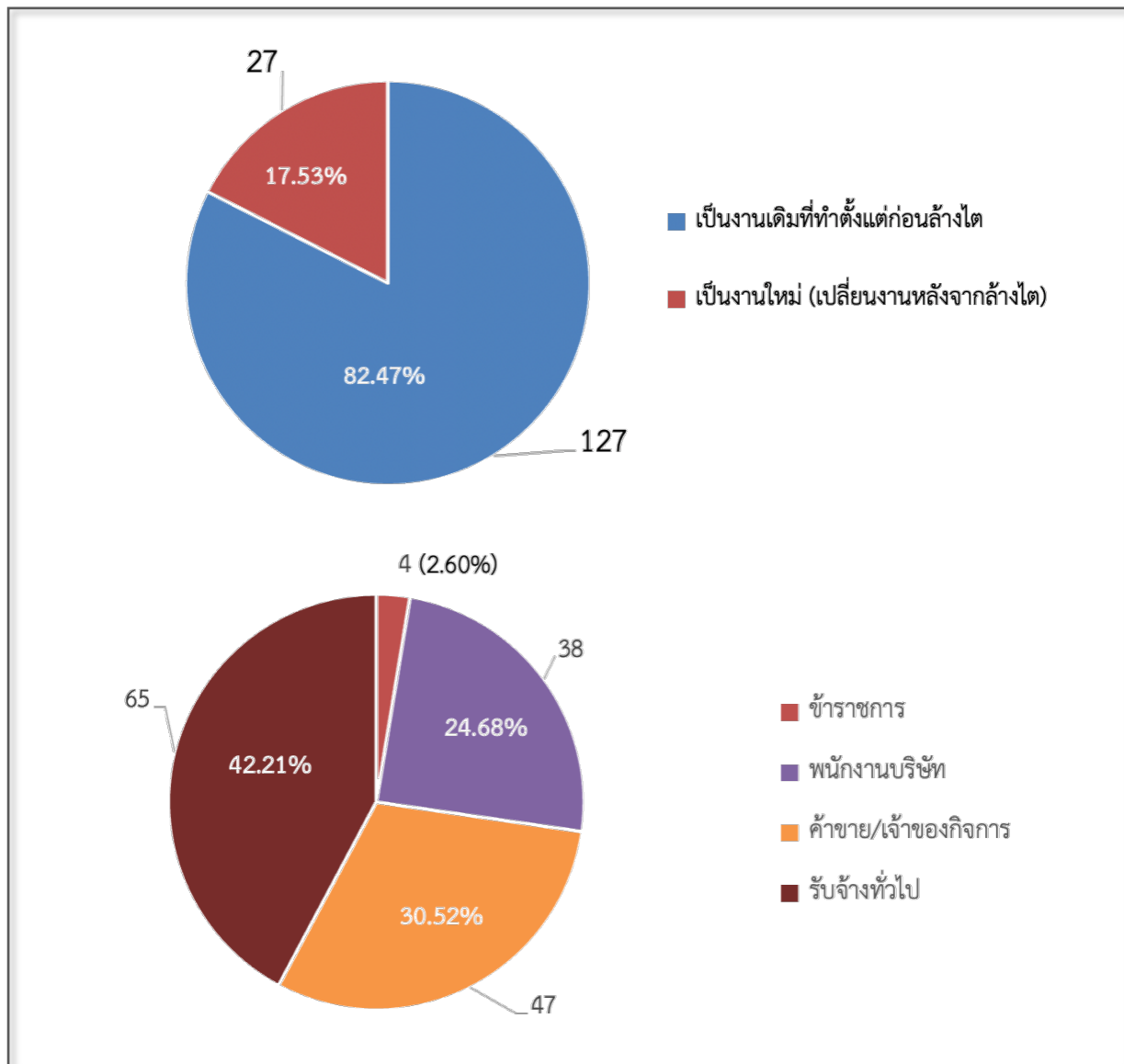
ภาพที่ 8 ภาวะการมีงานทำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

ตารางที่ 9 รายได้ต่อเดือนก่อนออกจากงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ลาออกจากงานเพราะมีอาการป่วยหรือเพื่อรักษาอาการป่วย (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 134)

ควอร์ไทล์ (Quartile)	รายได้ต่อเดือนในแต่ละควอร์ไทล์ (หน่วย: บาท)	จำนวน (ร้อยละ)
ควอร์ไทล์ที่ 1 (Quartile 1)	12,500	39 (29.10)
ควอร์ไทล์ที่ 2 (Quartile 2)	17,500	35 (26.12)
ควอร์ไทล์ที่ 3 (Quartile 3)	29,250	13 (9.70)
ควอร์ไทล์ที่ 4 (Quartile 4)	65,000	47 (35.70)

นอกจากนี้ ร้อยละ 82.47 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานหรือ 127 คนเป็นคนที่ยังทำงานเดิมที่ทำตั้งแต่ก่อนล้างไต ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิมแบ่งเป็นรับจ้างทั่วไป 65 คน (ร้อยละ 42.21) ค่าขาย/เจ้าของกิจการ 47 คน (ร้อยละ 30.52) พนักงานบริษัท 38 คน (ร้อยละ 24.68) และข้าราชการ 4 คน (ร้อยละ 2.60) (ภาพที่ 9) ทั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 2 (22,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 49 คน หรือร้อยละ 38.58 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิม รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 (76,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 37 คน หรือร้อยละ 29.13 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดและรายได้ต่อเดือนปานกลาง (ตารางที่ 10)

กรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่ ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่และมีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 2 (6,000 บาท/เดือน) จำนวน 19 คน (ร้อยละ 70.37) รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่และมีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 (76,000 บาท/เดือน) จำนวน 4 เดือน (ร้อยละ 14.81) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่และมีรายได้ต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 1 (3,000 บาท/เดือน) และควอร์ไทล์ที่ 3 (9,000 บาท/เดือน) จำนวนควอร์ไทล์ละ 2 คนหรือร้อยละ 7.41 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่



ภาพที่ 9 ภาวะมีงานทำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงาน (N = 154)

ตารางที่ 10 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิม (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 154)

ควอร์ไทล์ (Quartile)	รายได้ต่อเดือนในแต่ละควอร์ไทล์ (หน่วย: บาท)	จำนวน (ร้อยละ)
ควอร์ไทล์ที่ 1 (Quartile 1)	9,000	13 (10.24)
ควอร์ไทล์ที่ 2 (Quartile 2)	22,000	49 (38.58)
ควอร์ไทล์ที่ 3 (Quartile 3)	40,000	28 (22.05)
ควอร์ไทล์ที่ 4 (Quartile 4)	76,000	37 (29.13)

ตารางที่ 11 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำงานใหม่ (แบ่งตามควอร์ไทล์) (N = 27)

ควอร์ไทล์ (Quartile)	รายได้ต่อเดือนในแต่ละควอร์ไทล์ (หน่วย: บาท)	จำนวน (ร้อยละ)
ควอร์ไทล์ที่ 1 (Quartile 1)	3,000	2 (7.41%)
ควอร์ไทล์ที่ 2 (Quartile 2)	6,000	19 (70.37%)
ควอร์ไทล์ที่ 3 (Quartile 3)	9,000	2 (7.41%)
ควอร์ไทล์ที่ 4 (Quartile 4)	76,000	4 (14.81%)

(2) ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือด

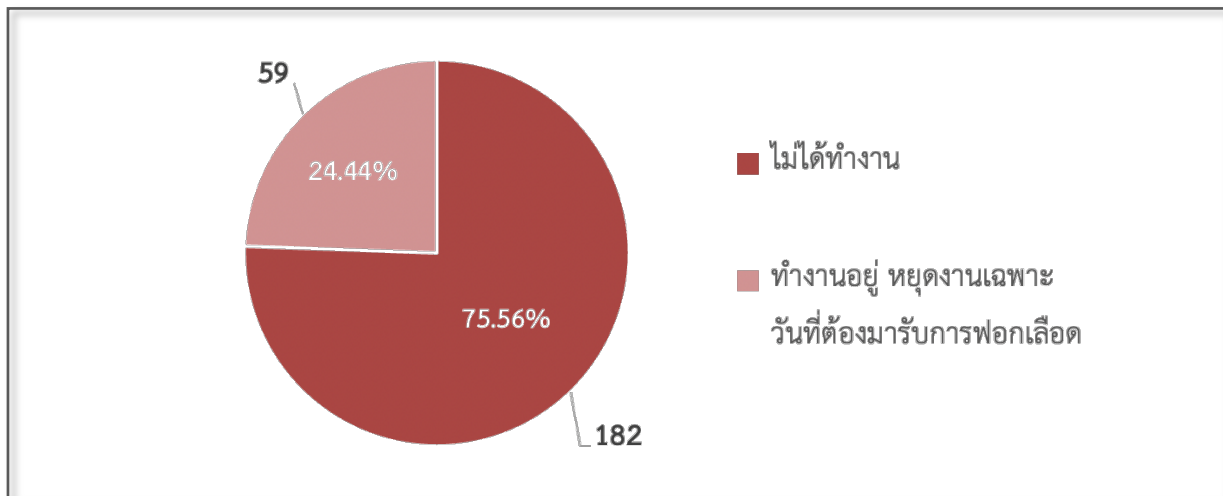
ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับการฟอกเลือดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (182 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56) และจำนวน 59 คน หรือร้อยละ 24.44 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยังทำงานและหยุดงานเฉพาะวันที่ต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ภาพที่ 10)

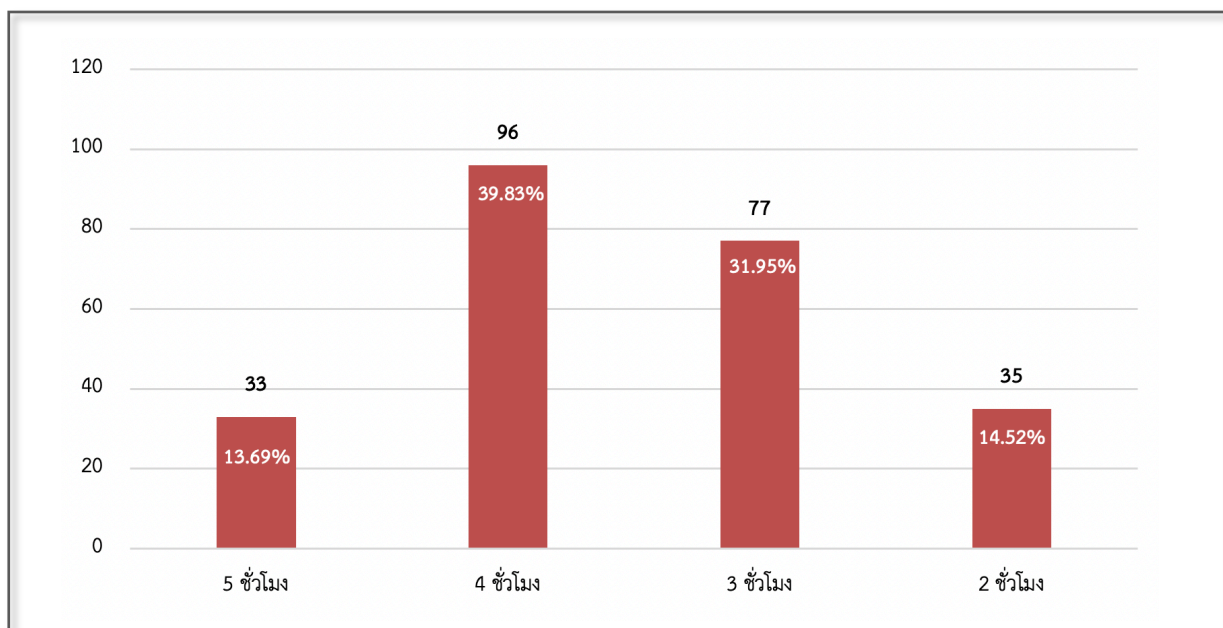
ตามภาพที่ 11 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 4 ชั่วโมงต่อครั้งมีจำนวนมากที่สุด คือ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 39.83 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 31.95) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 14.52) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 5 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 13.69)

นอกจากนี้ คณะที่ปรึกษายังได้สำรวจแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดทั้งที่เป็นารฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (241 คน) และการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง (102 คน) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน จำนวน 217

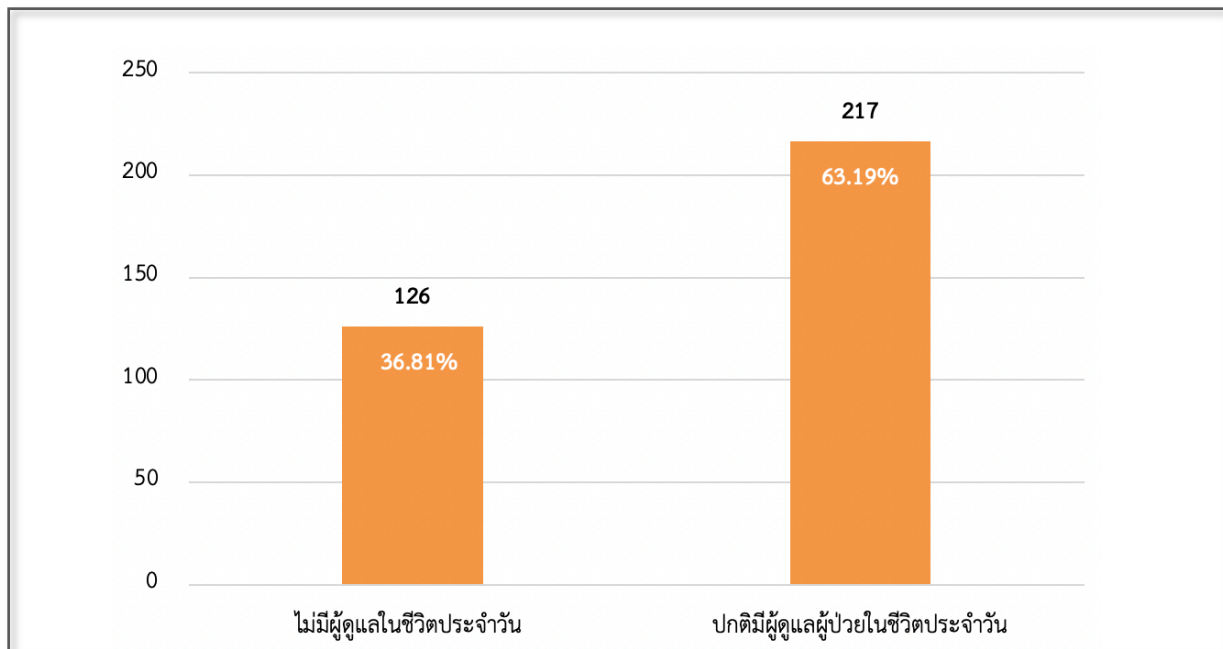
คน คิดเป็นร้อยละ 63.19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันมีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 36.81 (ภาพที่ 12)



ภาพที่ 10 ภาระการทำงานและการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 241)

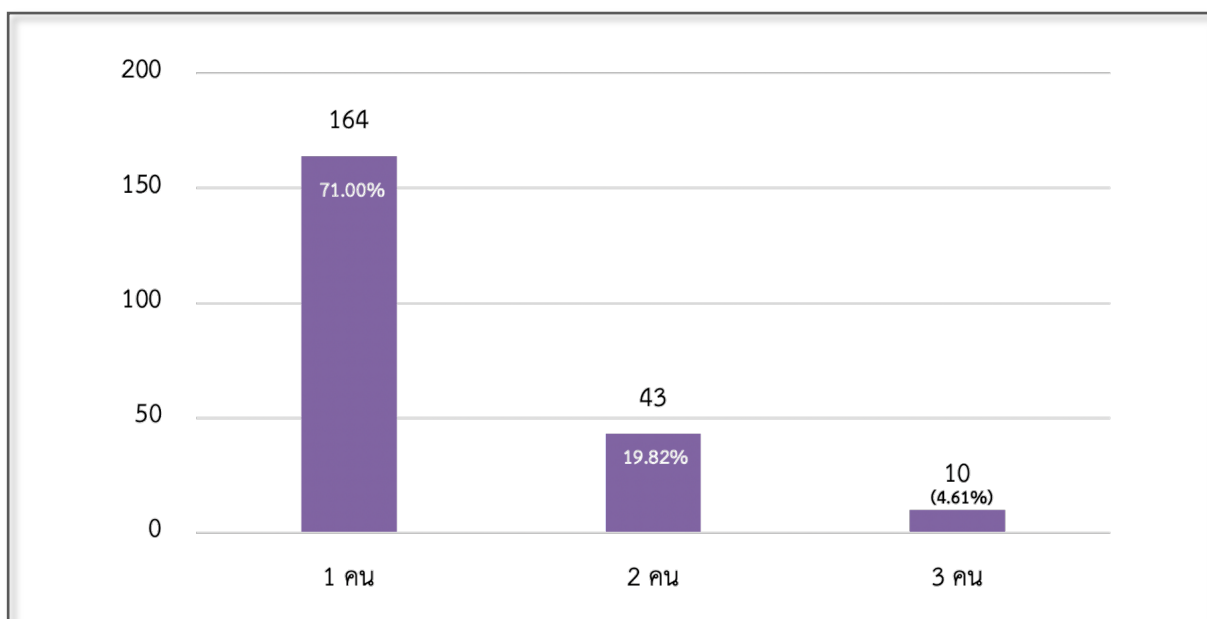


ภาพที่ 11 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อครั้ง) (N = 241)



ภาพที่ 12 การมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตผ่านเยื่อบุช่องท้อง (N = 343)

กรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันซึ่งมีจำนวน 217 คนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 1 คน มีจำนวน 164 (ร้อยละ 71.00) รองลงคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 2 คน มีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 24.68) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 3 คน มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.33) (ภาพที่ 13)



ภาพที่ 13 จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในชีวิตประจำวัน (N = 217)

(3) ภาวะของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากตารางที่ 12 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้มีจำนวน 280 คนซึ่งมีอายุเฉลี่ย 48.07 ปี อายุสูงสุด 86 ปี และอายุต่ำสุด 18 ปี แบ่งเป็นชาย 82 คน (ร้อยละ 29.41) หญิง 195 คน (ร้อยละ 69.61) และไม่ประสงค์ระบุเพศ 3 คน (ร้อยละ 0.98) ระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเฉลี่ย 10.39 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาสูงสุดที่ผู้ดูแลใช้ดูแลผู้ป่วย คือ 24 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาดำสุดคือ 1 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า เป็นบิดามารดา 41 คน (ร้อยละ 14.71) พี่น้องและญาติ 63 คน (ร้อยละ 22.55) และอื่น ๆ 176 คน (ร้อยละ 62.75)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาภาวะทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย 144 คน (ร้อยละ 51.55) รองลงมา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ 95 คน (ร้อยละ 34.02) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 9.28) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 5.15) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ข้อมูลลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 280)

ประเด็น	ผลการศึกษา
อายุ	ค่าเฉลี่ย 48.07 ปี ค่าสูงสุด 86 ปี ค่าต่ำสุด 18 ปี
เพศ	ชาย 82 คน (ร้อยละ 29.41) หญิง 195 คน (ร้อยละ 69.61) ไม่ประสงค์ระบุเพศ 3 คน (ร้อยละ 0.98)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมงต่อวัน)	ค่าเฉลี่ย 10.39 ชั่วโมง/วัน ค่าสูงสุด 24 ชั่วโมง/วัน ค่าต่ำสุด 1 ชั่วโมง/วัน
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บิดา มารดา 41 คน (ร้อยละ 14.71) พี่น้อง ญาติ 63 คน (ร้อยละ 22.55) อื่น ๆ 176 คน (ร้อยละ 62.75)
ภาวะทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วย	ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย 15 คน (ร้อยละ 5.35) ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ 95 คน (ร้อยละ 34.02) ไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย 144 คน (ร้อยละ 51.55) ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 9.28)

เมื่อพิจารณาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วยจำนวน 136 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากต้องออกจากงานที่มีค่าเฉลี่ยเงินเดือน (หรือรายได้ต่อเดือน) สูงสุด คือ 23,750 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,677 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างได้รับค่าจ้างโดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย (N = 136)

ประเด็น	ผลการศึกษา
■ เงินเดือนก่อนออกจากงานของผู้ดูแลที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยซึ่งมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.35)	ค่าเฉลี่ย 23,750 บาท ค่าสูงสุด 55,000 บาท ค่าต่ำสุด 8,000 บาท
■ รายได้ของผู้ดูแลที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งมีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 34.02)	ค่าเฉลี่ย 15,677 บาท ค่าสูงสุด 50,000 บาท ค่าต่ำสุด 1,000 บาท
■ ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย (กรณีได้รับค่าจ้าง) ซึ่งมีจำนวน 26 คน (ร้อยละ 9.28)	ค่าเฉลี่ย 10,000 บาท ค่าสูงสุด 20,000 บาท ค่าต่ำสุด 5,000 บาท

(4) ภาระเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

(4.1) การรับบริการผู้ป่วยนอก

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 17 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยเป็นการรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามนัดหมายแพทย์เฉลี่ย 14 ครั้ง และไม่ใช่นัดหมายแพทย์เฉลี่ย 10 ครั้ง การเดินทางไป-กลับคลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อรับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเดินทางเฉลี่ย 1,064.40 บาทต่อครั้ง ค่าเดินทางสูงสุด 9,600 บาทต่อครั้งและต่ำสุด 40 บาทต่อครั้ง

ในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องมีผู้ดูแลเดินทางด้วย 153 คน คิดเป็นร้อยละ 50.96 และไม่มีผู้ดูแลเดินทางมาด้วย 147 คน คิดเป็นร้อยละ 49.04 ทั้งนี้ ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วย มีผู้ดูแลติดตาม 1 คน จำนวน 149 คน (ร้อยละ 97.46) และมีผู้ดูแลติดตาม 2 คน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.62) และต้องใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการเดินทางไปกับผู้ป่วยเพื่อรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก 6.6 ชั่วโมงต่อครั้ง (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับบริการผู้ป่วยนอก (N = 300)

ประเด็น	ผลการศึกษา
■ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา <u>จำนวนครั้งที่ทั้งหมด</u>	ค่าเฉลี่ย 17 ครั้ง
■ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา <u>ตามนัดหมายแพทย์</u>	ค่าเฉลี่ย 14 ครั้ง
■ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา <u>โดยไม่ใช้ตามนัดหมายแพทย์</u>	ค่าเฉลี่ย 10 ครั้ง
■ ค่าเดินทางเฉลี่ยต่อครั้งในการเดินทางไป-กลับคลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	ค่าเฉลี่ย 1,064.40 บาท/ครั้ง ค่าสูงสุด 9,600 บาท/ครั้ง ค่าต่ำสุด 40 บาท/ครั้ง
■ ในการเดินทางไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วยหรือไม่	ไม่มี 147 คน (ร้อยละ 49.04) มี 153 คน (ร้อยละ 50.96)
■ (ในจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วย) มีผู้ดูแลติดตามมาด้วยจำนวนกี่คน	มีผู้ดูแลติดตาม 1 คน 149 คน (ร้อยละ 97.46) มีผู้ดูแลติดตาม 2 คน 4 คน (ร้อยละ 2.62)
■ ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้เดินทางไปกับผู้ป่วยเพื่อรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	ค่าเฉลี่ย 6.6 ชั่วโมง/ครั้ง

(4.2) การรับบริการผู้ป่วยใน

ตารางที่ 15 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในการศึกษานี้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 3 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และจำนวนวันต่อครั้งโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ 12.91 วันต่อครั้ง และจำนวนวันต่อครั้งสูงสุด คือ 60 วันต่อครั้ง และจำนวนวันต่อครั้งต่ำสุด คือ 1 วันต่อครั้ง

ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 3,726.84 บาทต่อครั้ง โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือ 35,000 บาทต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายต่ำสุด คือ 50 บาทต่อครั้ง นอกจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าอาหารและค่าใช้จ่ายอื่นที่เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ย 5,593.81 บาทต่อครั้ง (ค่าใช้จ่ายสูงสุด 28,500 บาทต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่ำสุด 120 บาทต่อครั้ง)

ตารางที่ 15 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับบริการผู้ป่วยใน (N = 47)

ประเด็น	ผลการศึกษา
■ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ค่าเฉลี่ย 3 ครั้ง
■ จำนวนวันต่อครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ค่าเฉลี่ย 12.91 วัน/ครั้ง ค่าสูงสุด 60 วัน/ครั้ง ค่าต่ำสุด 1 วัน/ครั้ง
■ ค่าเดินทางเฉลี่ยต่อครั้งในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	ค่าเฉลี่ย 3,726.84 บาท/ครั้ง ค่าสูงสุด 35,000 บาท/ครั้ง ค่าต่ำสุด 50 บาท/ครั้ง
■ ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายอื่นต่อครั้งที่เพิ่มขึ้นเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (รวมผู้ดูแล)	ค่าเฉลี่ย 5,593.81 บาท/ครั้ง ค่าสูงสุด 28,500 บาท/ครั้ง ค่าต่ำสุด 120 บาท/ครั้ง

(5) ภาระค่าใช้จ่ายอื่นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

(5.1) ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต

ตารางที่ 16 แสดงให้เห็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 และผู้ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 นอกจากนี้ หลังจากทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (406 คนหรือร้อยละ 96.88) ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 242 คนหรือร้อยละ 57.81 ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน โดยจากการสำรวจจำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย พบว่า

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,417 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 200,000 บาท และค่าต่ำสุด 400 บาท
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน ได้แก่ การต่อเติมบ้าน ปรับเปลี่ยนห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,428 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 100,000 บาท และค่าต่ำสุด 1,000 บาท
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินจ้างคนมาดำเนินการบางอย่างแทน เช่น ดูแลบิดามารดา ทำงานบ้าน ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 22,576 บาทและมีค่าสูงสุด คือ 75,000 บาท และค่าต่ำสุด 2,500 บาท

ตารางที่ 16 ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

ประเด็น	ผลการศึกษา
■ หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษหรือไม่	ต้องปรับเปลี่ยน 259 คน (ร้อยละ 61.82) ไม่ต้องปรับเปลี่ยน 160 คน (ร้อยละ 38.18)
■ หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 406 คน (ร้อยละ 96.88) ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 242 คน (ร้อยละ 57.81)
■ จำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก	ค่าเฉลี่ย 33,417 บาท ค่าสูงสุด 200,000 บาท ค่าต่ำสุด 400 บาท
■ จำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องใช้ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน	ค่าเฉลี่ย 33,428 บาท ค่าสูงสุด 100,000 บาท ค่าต่ำสุด 1,000 บาท
■ จำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องจ้างคนมาดำเนินการบางอย่างแทน	ค่าเฉลี่ย 22,576 บาท ค่าสูงสุด 75,000 บาท ค่าต่ำสุด 2,500 บาท

นอกจากนี้ ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมากที่สุด จำนวน 99 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 97.06 ของผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 154 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63.90 ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต พบว่า มีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษ 6 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.89 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่ได้รับการล้างไต (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต (N = 419)

ประเภทผู้ป่วย	ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษ	
	ไม่ได้ปรับเปลี่ยน	ปรับเปลี่ยน
■ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	87 (36.10%)	154 (63.90%)
■ ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง	3 (2.94%)	99 (97.06%)
■ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต	70 (92.11%)	6 (7.89%)

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละประเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยสูงสุด กล่าวคือ มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 73,750 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 65,500 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 35,800 บาท ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายทั้ง 3 รายการรองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 18,500 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 28,440 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 26,430 บาท (ตารางที่ 18)

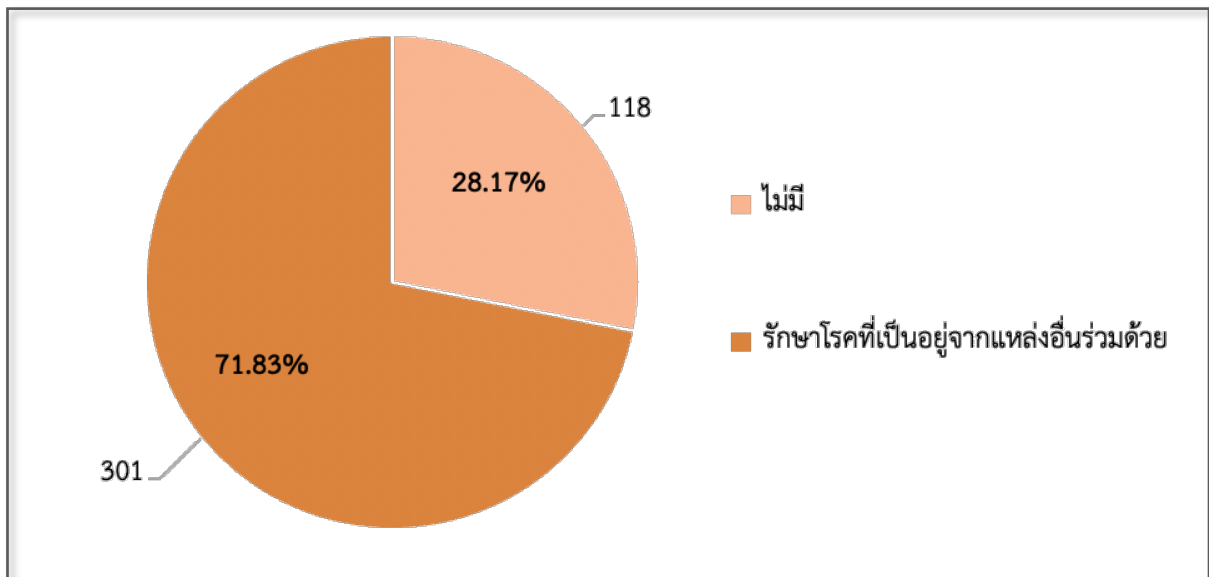
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (N = 419)

ประเภทผู้ป่วย	ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก	ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน	ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน
■ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	18,500 บาท	28,440 บาท	26,430 บาท
■ ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง	73,750 บาท	65,500 บาท	35,800 บาท
■ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต	8,000 บาท	6,345 บาท	5,500 บาท
รวม	33,417 บาท	33,428 บาท	22,576 บาท

(5.2) ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นร่วมด้วย

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 301 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.83 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดต้องรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งร่วมด้วย (ภาพที่ 14) และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่น (ตารางที่ 19) ดังนี้

- ค่ารักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น มีค่าเฉลี่ย 21,513 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 216,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 480 บาทต่อปี
- ค่ายาจากร้านยา ค่าเฉลี่ย 15,061 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี
- ค่ายาแผนโบราณหรือสมุนไพร ค่าเฉลี่ย 4,311 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 20,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี
- ค่าผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์อื่น ๆ เช่น อาหารเสริม เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 32,819 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 500 บาทต่อปี



ภาพที่ 14 ภาระในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นร่วมด้วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 301)

ค่ารักษาพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
▪ ค่ารักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น	21,513 บาท/ปี	216,000 บาท/ปี	480 บาท/ปี
▪ ค่ายาจากร้านยา	15,061 บาท/ปี	100,000 บาท/ปี	1,000 บาท/ปี
▪ ค่ายาแผนโบราณหรือสมุนไพร	4,311 บาท/ปี	20,000 บาท/ปี	1,000 บาท/ปี
▪ ค่าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์อื่น ๆ เช่น อาหารเสริม เป็นต้น	32,819 บาท/ปี	100,000 บาท/ปี	500 บาท/ปี

(6) สภาพปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 20 แสดงค่าคะแนนระดับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู พบว่า อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ

- อาการเจ็บหรือไม่สบาย (ร้อยละ 54.89)
- ปัญหาบริเวณที่ใส่สาย Catheter (ร้อยละ 47.26)
- ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 47.02)
- มีอาการคลื่นไส้ อายากอาเจียน (ร้อยละ 46.78)

- มีความกังวล (ร้อยละ 44.39)

อาการเจ็บป่วยที่ได้รับผลกระทบมากมีเพียง 1 อาการ คือ อาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า (ร้อยละ 25.78)

กรณีศึกษาปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมีปัญหาอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 57.76 รองลงมา คือ ความเจ็บปวดและความไม่สบายเนื้อสบายตัว (ร้อยละ 54.65) ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 54.18) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 51.31) และการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 51.07) (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 20 ระดับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

อาการเจ็บป่วย	มีผลกระทบมากที่สุด (4)	มีผลกระทบมาก (3)	มีผลกระทบปานกลาง (2)	มีผลกระทบน้อย (1)	ไม่มีผลกระทบเลย (0)
(1) อาการเจ็บหรือไม่สบาย	230 54.89%	77 18.38%	53 12.65%	46 10.98%	13 3.10%
(2) มีความกังวล	186 44.39%	91 21.72%	64 15.27%	43 10.26%	35 8.35%
(3) มีผลกระทบต่อรูปลักษณ์และรูปร่าง	173 41.29%	75 17.90%	61 14.56%	67 15.99%	43 10.26%
(4) เจ็บปวดกล้ามเนื้อ	169 40.33%	99 23.63%	87 20.76%	43 10.26%	21 5.01%
(5) เจ็บหน้าอก	149 35.56%	79 18.85%	58 13.84%	60 14.32%	73 17.42%
(6) เป็นตะคริว	177 42.24%	149 35.56%	35 8.35%	32 7.64%	26 6.21%
(7) อาการคันที่ผิวหนัง	152 36.28%	98 23.39%	84 20.05%	57 13.60%	28 6.68%
(8) ผิวหนังแห้ง	197 47.02%	108 25.78%	57 13.60%	41 9.79%	16 3.82%

ตารางที่ 20 ระดับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

อาการเจ็บป่วย	มีผลกระทบมากที่สุด (4)	มีผลกระทบมาก (3)	มีผลกระทบปานกลาง (2)	มีผลกระทบน้อย (1)	ไม่มีผลกระทบเลย (0)
(9) หายใจติดขัด	166 39.62%	134 31.98%	50 11.93%	37 8.83%	32 7.64%
(10) หน้ามืดวิงเวียน	151 36.04%	121 28.88%	68 16.23%	45 10.74%	34 8.11%
(11) เบื่ออาหาร	159 37.95%	111 26.49%	60 14.32%	67 15.99%	22 5.25%
(12) อ่อนเพลีย	166 39.62%	132 31.50%	76 18.14%	30 7.16%	15 3.58%
(13) มีอาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า	104 24.82%	108 25.78%	97 23.15%	68 16.23%	42 10.02%
(14) มีอาการคลื่นไส้ อายากอาเจียน	196 46.78%	81 19.33%	66 15.75%	48 11.46%	28 6.68%
(15) มีปัญหาบริเวณที่ใส่สาย Catheter	198 47.26%	78 18.62%	51 12.17%	23 5.49%	69 16.47%

ตารางที่ 21 สภาพปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N = 419)

ประเด็นคุณภาพชีวิต	มีปัญหาอย่างมาก (3)	มีปัญหาปานกลาง (2)	ไม่มีปัญหา (1)
(1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน	227	137	55
	54.18%	32.70%	13.13%
(2) การดูแลตนเอง	215	145	59
	51.31%	34.61%	14.08%
(3) การทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น)	214	135	70
	51.07%	32.22%	16.71%
(4) ความเจ็บปวด/ความไม่สบายเนื้อสบายตัว	229	143	47
	54.65%	34.13%	11.22%
(5) ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	242	119	58
	57.76%	28.40%	13.84%

4.3 วิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดตั้งคลินิกฟอกไตเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

4.3.1 ความเหมาะสมของทางภูมิศาสตร์และความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการของอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต เทศบาลตำบลบางปู

คณะที่ปรึกษาได้สำรวจ 4 พื้นที่ คือ (1) อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปูในเขตโรงเรียนเทศบาลตำบลบางปู (2) อาคารแพทย์แผนไทยเทศบาลตำบลบางปู (3) บริเวณอาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูเก่า และ (4) อาคารศูนย์การเรียนรู้เทศบาลตำบลบางปู ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมทางภูมิศาสตร์และความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการของทั้ง 4 พื้นที่มีดังนี้

(1) จุดที่ 1 อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปู

อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปูตั้งอยู่ในซอยเล็กคับแคบซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการฟอกเลือด (Dialysis-related Complications) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายโดยตรง หรือโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดแดง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล ข้อ (2) ในกรณีที่ไม่มียเตียงรับผู้ป่วยในนอนค้างคืน ต้องมีการจัดระบบการส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย และมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับในหน่วยไตเทียมปฏิบัติได้ โดยหน่วยไตเทียมต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่พร้อมแก้ไขและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือยังต้องมีการติดตามอาการหลังการแก้ไข

นอกจากนี้ หน่วยไตเทียมตามองค์ประกอบที่ 5 สถานที่ ข้อ (1) ต้องมีพื้นที่สำหรับการฟอกเลือดเฉลี่ยอย่างน้อย 4 ตารางเมตรต่อจุดฟอกเลือด โดยมีส่วนแคบที่สุดของพื้นที่ดังกล่าว ไม่น้อยกว่า 1.8 เมตร และมีระยะช่องว่างที่ปลายเตียงสำหรับสัญจรอย่างน้อย 2.0 เมตร โดยพบว่า อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลมีพื้นที่เล็กและคับแคบ อาจไม่สอดคล้องกับมาตรฐานดังกล่าวของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย



ภาพที่ 15 จุดที่ 1 อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปู

(2) จุดที่ 2 อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิม

ในทำนองเดียวกัน จุดที่ 2 อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิมประสบปัญหาคล้ายกับจุดที่ 1 อาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปู กล่าวคือ ตั้งอยู่ในบริเวณซอยคับแคบซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการฟอกเลือด (Dialysis-related Complications) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายโดยตรงหรือโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย องค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล ข้อ (2) ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า จุดที่ 2 อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิมมีพื้นที่คับแคบอาจไม่สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย องค์ประกอบที่ 5 สถานที่ ข้อ (1) ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยขณะที่ปรึกษาพิจารณาเห็นว่า เทศบาลตำบลบางปูควรดำเนินการจัดหาช่องทางออกที่สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยหรือพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการกายภาพบำบัดผสมผสานกับการแพทย์แผนไทยเพื่อให้บริการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แก่ประชาชน



ภาพที่ 16 จุดที่ 2 อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิม

(3) จุดที่ 3 พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่า

ขณะที่ปรึกษาพิจารณาแล้วเห็นว่า พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล ข้อ (2) และองค์ประกอบที่ 5 สถานที่ ข้อ (1) อย่างไรก็ตาม เทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องดำเนินการสร้างอาคารหน่วยบริการไตเทียมหลังใหม่ซึ่งคณะที่ปรึกษาจะได้นำเสนอในส่วนต่อไปของบทนี้



ภาพที่ 17 จุดที่ 3 พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่า

(4) จุดที่ 4 อาคารศูนย์การเรียนรู้เทศบาลตำบลบางปู

สำหรับอาคารศูนย์การเรียนรู้เทศบาลตำบลบางปูมีความเหมาะสมเช่นเดียวกับบริเวณจุดที่ 3 พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่า โดยเฉพาะสถานที่ตั้งซึ่งมีความสะดวกสบาย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่เนื่องจากเป็นอาคารที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประกอบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ทำให้ไม่ได้รับการออกแบบเพื่อรองรับการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงอาจมีความท้าทายในการเตรียมอาคารสถานที่และระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 7 ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์และน้ำยาไตเทียมเข้มข้น



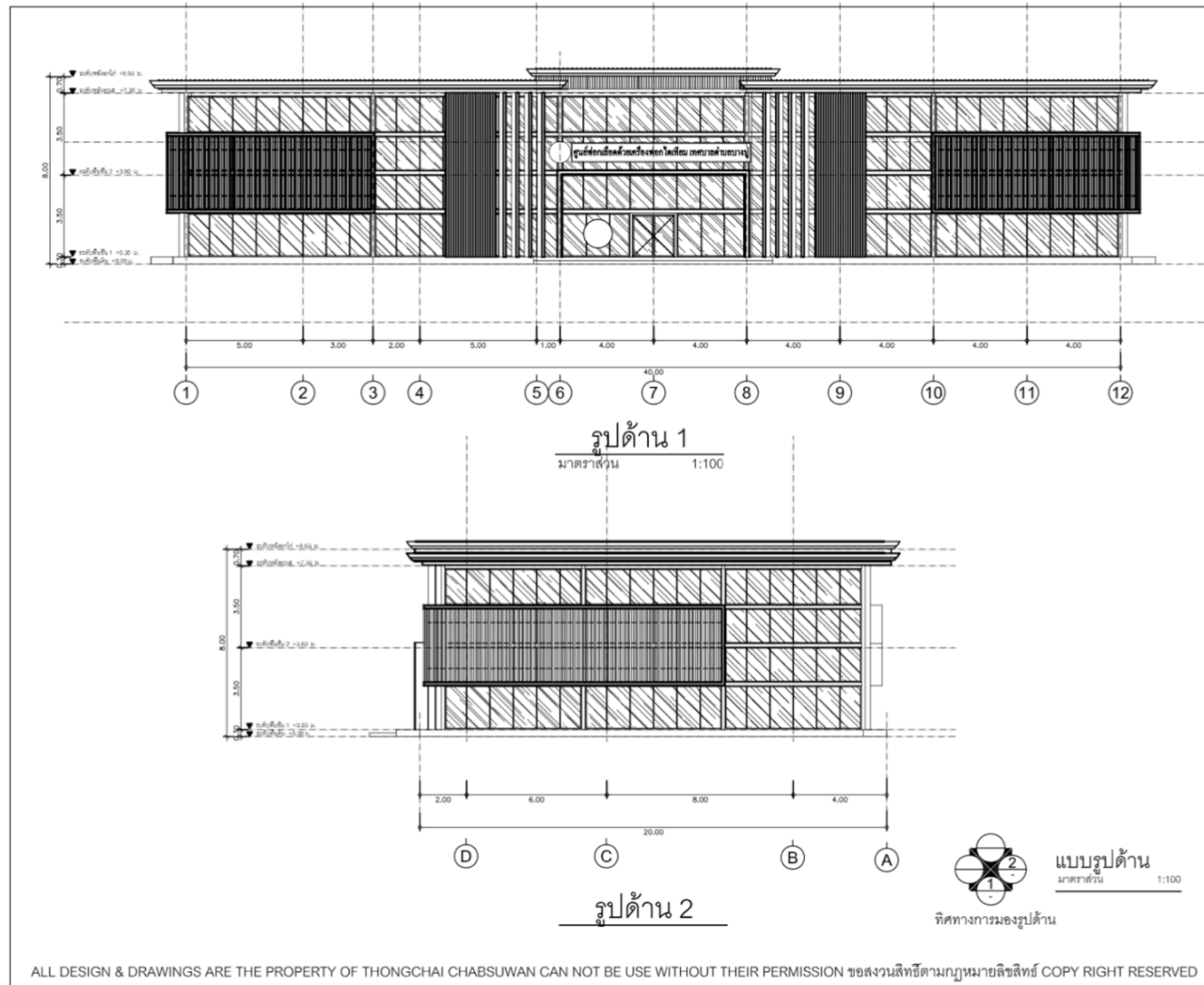
ภาพที่ 18 จุดที่ 4 อาคารศูนย์การเรียนรู้เทศบาลตำบลบางปู

4.3.2 รูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต รวมทั้งการออกแบบระบบน้ำ และระบบบริการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นไปตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

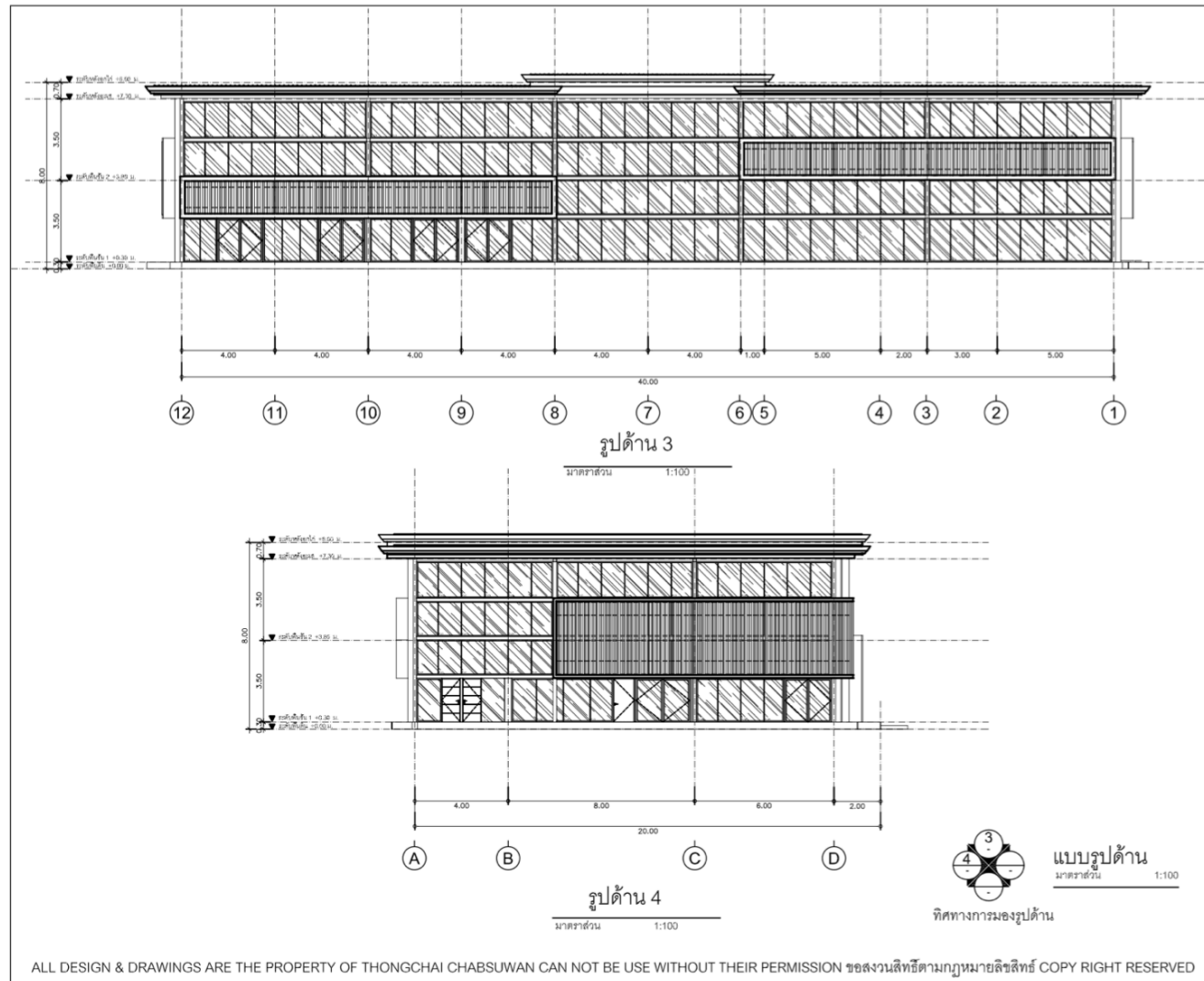
คณะที่ปรึกษาได้ออกแบบรูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะระบบบริการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบ อาคารเป็นอาคาร 2 ชั้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พิการหรือสูงอายุ มีห้องพักรักษา การทางการแพทย์อย่างเป็นสัดส่วน และมีห้องฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังมี โถงพักคอยเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว (ภาพที่ 19) และ รายละเอียดอื่นดังนี้

1. โถงรอฟอกเลือดจะเป็นจุดที่รับคนไข้และญาติคนไข้ จำนวน 50 คน ที่จะรอรับการฟอกเลือดในรถไป ประมาณ 15-30 นาที เพื่อเตรียมตัว และใช้เป็นพื้นที่สำหรับคนไข้ที่ฟอกเลือดเรียบร้อยแล้ว รอญาติมารับกลับบ้าน
2. นอกจากห้องน้ำสำหรับชายและหญิงแล้ว ต้องมีห้องสำหรับคนพิการและคนใช้รถเข็นด้วย โดยจำนวนห้องน้ำต่อผู้ใช้บริการสำหรับคนไข้ จำนวน 50 คน และเจ้าหน้าที่ จำนวน 35 คน ได้แก่ พยาบาล 13 คน ผู้ช่วยพยาบาล 13 คน แม่บ้าน และพนักงานเปเล
3. ห้องสังเกตอาการขนาดใหญ่ (12 เมตร x 8 เมตร) เป็นพื้นที่ที่กดเลือดให้หยุดหลังฟอกเลือดเรียบร้อยแล้วและถอนเข็มออกจากเส้นเลือดซึ่งจะต้องกดเลือดและสังเกตอาการ ประมาณ 30 นาที
4. ห้องสำหรับอ่างล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ 50 เตียง และอ่างคนที่ไม่มิตัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวนทั้งหมด 6-8 อ่าง ประกอบด้วยอ่างล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ไวรัสตับอักเสบบี 1 อ่าง คนไข้ไวรัสตับอักเสบบี 1 อ่าง และอ่างสำหรับล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ปกติ 4-6 อ่าง โดยอ่างมีขนาด 0.9 เมตร x 0.9 เมตร และห้องสำหรับล้างตัวกรองจะต้องมีประตูเข้า-ออกแยกกัน (ประตูสำหรับนำตัวกรองที่ใช้แล้วเข้ารับการล้าง และประตูสำหรับนำตัวกรองที่ได้รับล้างแล้วออกไปยังห้องเก็บตัวกรองไม่ปะปนกัน และต้องมีที่ดูดอากาศ ดูดสารเคมีจากห้องนี้ออกด้านนอก
5. ในห้องเก็บตัวกรอง ควรมีอ่างเตรียมตัวกรอง 1 อ่างเพื่อล้างน้ำยาที่เคลือบก่อนใช้
6. ห้องเก็บน้ำยาฟอกเลือดสำหรับคนไข้ 50 เตียง ต้องใช้พื้นที่มาก (ประมาณ 8 เมตร x 4 เมตร) และต้องอยู่ใกล้ประตูภายนอกสำหรับการขนย้าย โดยไม่ต้องผ่านห้องฟอกเลือด
7. ควรมีห้องหรือเคาน์เตอร์สำหรับเตรียมยาที่มีอ่างล้างมือและตู้เย็นเก็บยาเย็นสำหรับเตรียมยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดแดง
8. หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีถังเก็บน้ำดิบ ความจุรวม 18,000 ลิตร เพื่อรองรับน้ำประปาไม่ไหลได้ 4 ชั่วโมง และควรมีห้องเครื่องปั่นไฟในกรณีไฟดับ

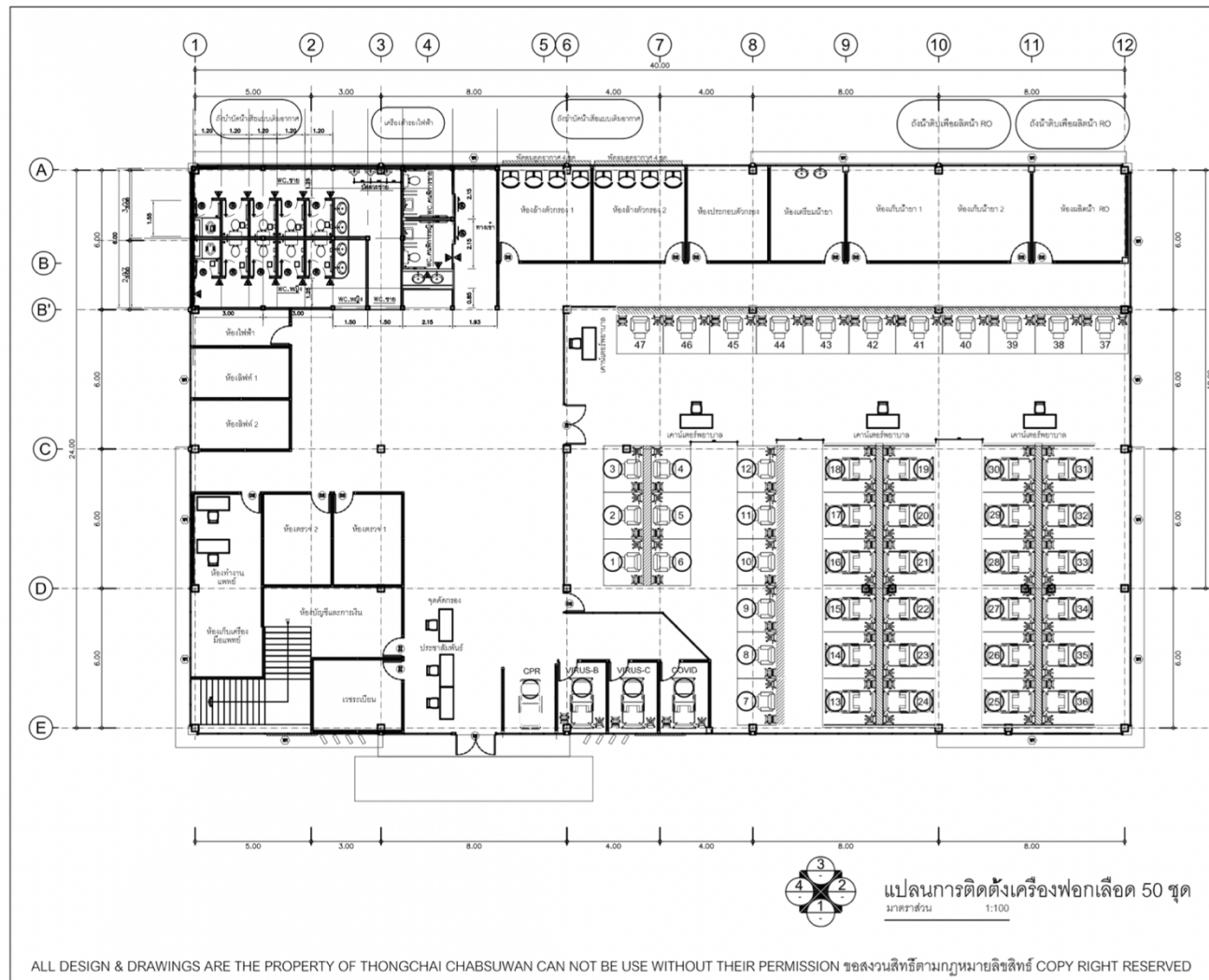
9. หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีถังบำบัดน้ำเสียสำหรับรองรับน้ำทิ้งจากการฟอกเลือดแยกออกจากน้ำสาธารณสุขโรค
10. หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีห้องอเนกประสงค์สำหรับพับผ้าปูโซฟา ห่ออุปกรณ์ทำแผล และอบ autoclave)
11. ขนาดเตียงต้องมีพื้นที่ 2 เมตร X 2 เมตร และมีพื้นที่หน้าเตียง 2 เมตร สำหรับรถเข็นกรณีเหตุฉุกเฉิน)
12. ควรมีห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกเป็นเอกเทศจากห้องฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยปกติ และต้องมีระบบระบายอากาศออกด้านนอกและอยู่ไกลทางออก
13. หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีห้องประชุมและห้องให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วย



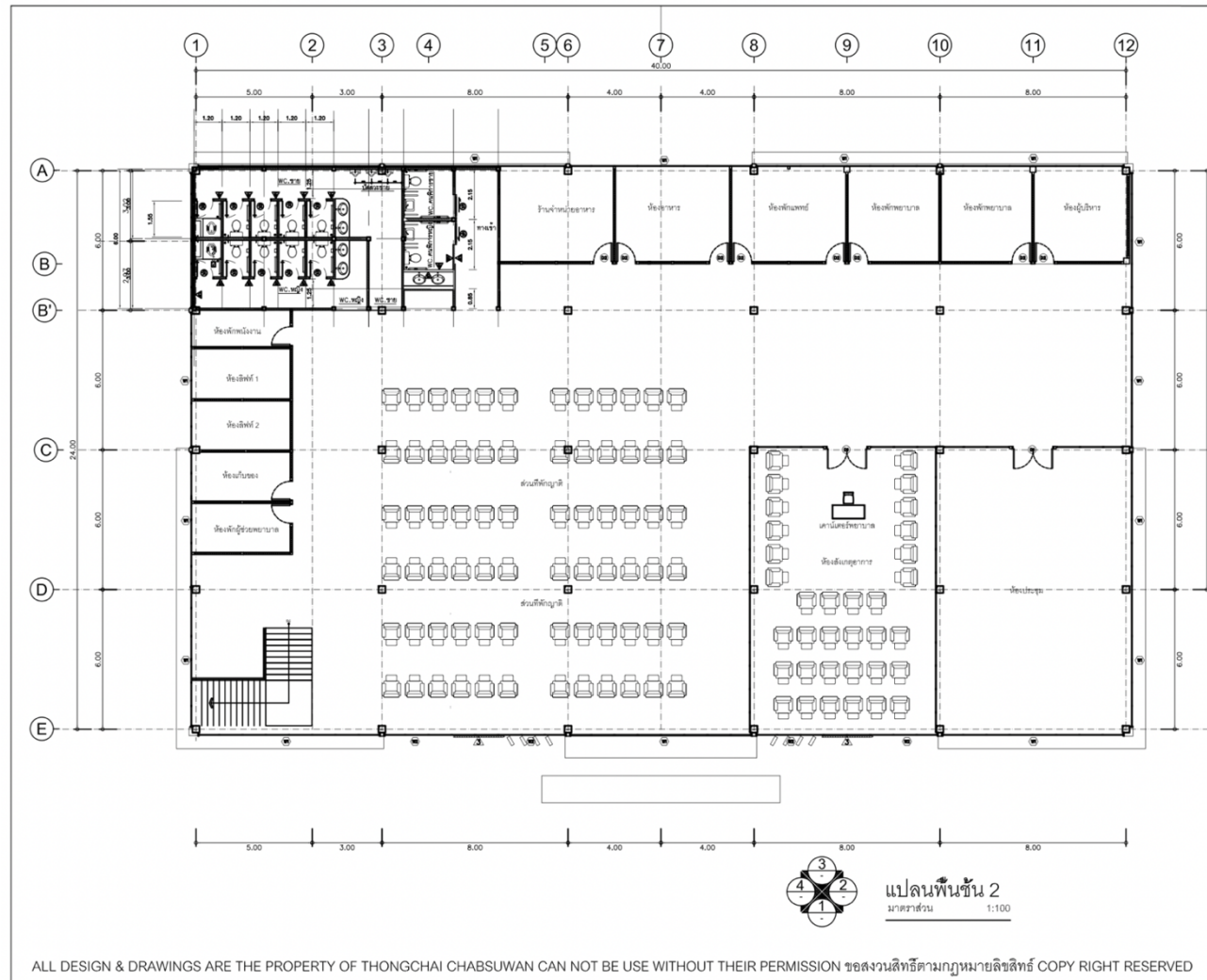
ภาพที่ 19 แบบแปลนสถานที่ตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เทศบาลตำบลบางปู (ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา)



ภาพที่ 19 แบบแปลนสถานที่ตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เทศบาลตำบลบางปู (ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา)



ภาพที่ 19 แบบแปลนสถานที่ตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เทศบาลตำบลบางปู (ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา)



ภาพที่ 19 แบบแปลนสถานที่ตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เทศบาลตำบลบางปู (ข้อเสนอของคณะที่ปรึกษา)

4.3.3 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันของคลินิกฟอกไตเทศบาลตำบลบางปู โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับศูนย์ไตหรือโรงพยาบาลที่มีศูนย์ฟอกไต รวมถึงคลินิกโรคเรื้อรังและระบบบริการเพิ่มเติมในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการหรือพื้นที่อื่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับเทศบาลตำบลบางปู จำนวนอย่างน้อย 2 แห่ง

การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของเทศบาลตำบลบางปูมีสมมติฐานในการคำนวณรายรับ-รายจ่าย ดังนี้

(1) เครื่องไตเทียม 1 เครื่อง ให้บริการได้วันละ 3 รอบ โดยให้บริการเฉพาะวันจันทร์-ศุกร์ จะได้ 24 วันต่อเดือน หากเทศบาลตำบลบางปูใช้เครื่องไตเทียม 50 เครื่อง ภายในระยะเวลา 1 เดือน จะสามารถให้บริการได้ $50 \times 3 \times 24 = 3,600$ ครั้ง

(2) หน่วยไตเทียมเทศบาลตำบลบางปูเป็นหน่วยงานภายในเทศบาลที่เลี้ยงตนเอง หมายถึงดูแลรับผิดชอบเงินเดือนบุคลากร ค่าสาธารณูปโภค และค่าบริหารจัดการ ในฐานะหน่วยบริการที่บริหารเงินนอกงบประมาณตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษา และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2547 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง พ.ศ. 2566 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

(3) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยไม่นำงบลงทุนมาพิจารณา ประมาณการงบลงทุน ได้แก่

(2.1) เติงคนไข้ 7,000 บาทต่อเตียง จำนวน 50 เตียง มูลค่ารวมทั้งสิ้น 350,000 บาท

(2.2) ระบบน้ำ (Reverse Osmosis) มูลค่า 2 – 2.5 ล้านบาท

(2.3) ค่าแบบแปลนก่อสร้าง มูลค่า 350,000 บาท

(2.4) อุปกรณ์และพัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ มูลค่า 2.5 – 3 ล้านบาท

(2.5) เครื่องไตเทียม มูลค่า 640,000 บาทต่อเครื่อง

(2.6) ค่าวัสดุและแรงงานในการก่อสร้างอาคาร มูลค่า 26.12 ล้านบาท

ตารางที่ 22 ต้นทุนต่อหน่วยโดยประมาณในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยไตเทียมเทศบาลตำบลบางปูต่อเดือน

รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
รายรับ				
การบริการฟอกเลือดเครื่องไตเทียม	3,600	ครั้ง	1,500	5,400,000
รายรับต่อเดือน				5,400,000
รายจ่าย				
1. เงินเดือนบุคลากร				
1.1 ผู้จัดการศูนย์ฟอกไต	1	อัตรา	50,000	50,000
1.2 แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมโรคไต	1	อัตรา	80,000	80,000
1.3 พยาบาลโรคไต	13	อัตรา	50,000	500,000
1.4 ผู้ช่วยพยาบาล	13	อัตรา	15,000	150,000
2. ค่าสาธารณูปโภค 3% ของรายรับ				162,000
3. ค่าบริหารอื่น 2% ของรายรับ				108,000
4. วัสดุสิ้นเปลืองต่อการให้บริการ 1 ครั้ง	3,600	ครั้ง	455	1,637,640
5. ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อคนไข้	220	คน	3,900	858,000
6. ค่าบำรุงรักษาเครื่องไตเทียม	50	เครื่อง	1,500	75,000
7. ค่ายา 3% ของรายรับ				162,000
รายจ่ายต่อเดือน				3,782,640
รายรับ-รายจ่าย				1,617,360
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการ 1 ครั้ง				1,050.73
อัตราผลตอบแทนการลงทุน (%)				29.95

จากการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยไตเทียมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. (จ.ชลบุรี) และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. (จ.นนทบุรี)⁸ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับบริบทพื้นที่แบบเขตเมืองของเทศบาลตำบลบางปู อย่างไรก็ตาม หน่วยไตเทียมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 15 เครื่อง โดยหน่วยไตเทียมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. มีต้นทุนต่อหน่วย 1,091.10 บาท รายรับมากกว่ารายจ่าย (กำไร) 441,608 บาทต่อเดือน และอัตราผลตอบแทนการลงทุนร้อยละ 27.26 สำหรับหน่วยไตเทียมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. มีต้นทุนต่อหน่วย 982.77 บาท รายรับมากกว่ารายจ่าย (กำไร) 558,608 บาทต่อเดือน และอัตราผลตอบแทนการลงทุนร้อยละ 34.48 นอกจากนี้ ยังได้เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของคลินิกไตเทียมเอกชนแห่งหนึ่งใน จ.ชลบุรี

⁸ คณะที่ปรึกษาจำเป็นต้องใช้อักษรย่อในการกล่าวถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่งที่คณะที่ปรึกษาใช้เป็นกรณีศึกษาตามมาตรฐานการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ด้านสังคมศาสตร์

ซึ่งให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5 เครื่อง โดยคลินิกไตเทียมเอกชนแห่งนี้มีต้นทุนต่อหน่วย 926.29 บาท รายรับมากกว่ารายจ่าย (กำไร) 333,364 บาทต่อเดือน และอัตราผลตอบแทนการลงทุน ร้อยละ 38.25

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยไตเทียมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. (จ.ชลบุรี) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. (จ.นนทบุรี)

รายการ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก. (จ.ชลบุรี) (15 เครื่อง)				องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข. (จ.นนทบุรี) (15 เครื่อง)				คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จ.ชลบุรี (5 เตียง)			
	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อ หน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อ หน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อ หน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
รายรับ												
การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1,080	ครั้ง	1,500	1,620,000	1,080	ครั้ง	1,500	1,620,000	360	ครั้ง	1,500	540,000
รายรับต่อเดือน				1,620,000				1,620,000				540,000
รายจ่าย												
1. เงินเดือนบุคลากร												
1.1 ผู้จัดการศูนย์ฟอกไต	1	อัตรา	50,000	50,000	1	อัตรา	50,000	50,000	-	อัตรา	-	-
1.2 แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมโรคไต	-	อัตรา		-	-	อัตรา		-	-	อัตรา	-	-
1.3 พยาบาลโรคไต	1	อัตรา	50,000	50,000	1	อัตรา	50,000	50,000	1	อัตรา	50,000	50,000
1.4 ผู้ช่วยพยาบาล	3	อัตรา	15,000	45,000	3	อัตรา	15,000	45,000	2	อัตรา	15,000	30,000
2. ค่าสาธารณูปโภค 3% ของรายรับ				48,600				48,600				16,200
3. ค่าบริหารอื่น 2% ของรายรับ				32,400				32,400				10,800
4. วัสดุสิ้นเปลืองต่อการให้บริการ 1 ครั้ง*	1,080	ครั้ง	455	491,292	1,080	ครั้ง	455	491,292	360	ครั้ง	455	163,764
5. ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อคนไข้	100	คน	3,900	390,000	70	คน	3,900	273,000	10	คน	3,900	39,000
6. ค่าบำรุงรักษาเครื่องไตเทียม	15	เครื่อง	1,500	22,500	15	เครื่อง	1,500	22,500	5	เครื่อง	1,500	7,500
7. ค่ายา 3% ของรายรับ				162,000				162,000				16,200
รายจ่ายต่อเดือน				1,178,392				1,061,392				333,464
รายรับ-รายจ่าย				441,608				558,608				206,536
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการ 1 ครั้ง				1,091.10				982.77				926.29
อัตราผลตอบแทนการลงทุน (%)				27.26				34.48				38.25

หมายเหตุ: * เช็ม 1 คู่, น้ำยาล้างไต, น้ำยาล้างเครื่อง, Heparin, Normal Saline, Peracetic acid, ถังมือยาง, ผ้าก๊อซ, ตัวกรองเลือด, ค่าเสื่อมราคาเครื่องฟอกไต

บทที่ 5

ผลการศึกษา (ตอนที่ 2)

ในบทนี้จะนำเสนอผลการศึกษา (ตอนที่ 2) โครงการจ้างที่ปรึกษาศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

(1) จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

(2) ความเสี่ยงด้านกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการที่สามารถร่วมให้บริการในคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูตามมาตรฐานทางวิชาชีพและมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

(3) รูปแบบการบริหารคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบลบางปู

(4) แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู ที่ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

(4.1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ที่ใช้ยารักษาโรคเป็นระยะเวลายาวนาน และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นโรคไตเรื้อรัง

(4.2) ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

(4.3) ความคิดเห็นของตัวแทนชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์ และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

5.1 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

5.1.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปู

การวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปูเป็นไปตามกรอบแนวคิด “รากฐานของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (The “Building Blocks” Framework)” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยอาศัยข้อมูลจากมาตรฐานการจัดบริการคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่งที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้แทนคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากภาคเอกชน⁹

ผลการศึกษาสามารถจำแนกได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านการบริการสุขภาพ (Health Services)

1.1) จุดแข็ง พบว่า เทศบาลตำบลบางปูมีประสบการณ์จัดบริการสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งมีจำนวน 2 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยบริการประจำแม่ข่ายเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ รวมทั้งหน่วยบริการรับส่งต่ออื่นในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

1.2) จุดอ่อน พบว่า ประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปูทั้ง 2 แห่งเป็นการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยมีการบริการที่โดดเด่น คือ การบริการทันตกรรมและการบริการแพทย์แผนไทย แต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการจัดบริการผู้ป่วยนอกในระดับทุติยภูมิ (Secondary Out-patient Service) ซึ่งเป็นการบริการที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีประสบการณ์ ทักษะ และความเชี่ยวชาญสูงกว่าระดับปฐมภูมิ¹⁰ นอกจากนี้ ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีความจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งมารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน เนื่องจากศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิเพื่อรับการรักษายาบาลอย่างทันท่วงที¹¹ ซึ่งในปัจจุบันเทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน

⁹ บันทึกสรุปข้อมูลสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก 8

¹⁰ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

¹¹ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

2.1) จุดแข็ง พบว่า เทศบาลตำบลบางปูมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้มแข็งสามารถช่วยเหลือบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนทางด้านสุขภาพและการคัดกรองโรคและอาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องอาศัยเทคนิคทางวิชาการขั้นสูง โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจถือเป็นหัวใจสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไตเรื้อรัง รวมทั้งการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น เป็นเครื่องมือตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญสำหรับผู้บริหารหน่วยบริการในการวางแผนงานและโครงการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรัง¹²

2.2) จุดอ่อน พบว่า เทศบาลตำบลบางปูไม่มีแพทย์อยู่ประจำเทศบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และยังไม่มีแผนการวางแผนบรรจุอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป หรือกุมารแพทย์ทั่วไป และพยาบาลที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Record)

3.1) จุดแข็ง พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ของเทศบาลตำบลบางปูขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและบุคลากรมีความคุ้นเคยกับระบบข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) และระบบ e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูลสำคัญในการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹³

3.2) จุดอ่อน พบว่า เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีข้อมูลประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยจากภาวะไตเรื้อรัง รวมทั้งข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการวางแผนงานและโครงการสำหรับการชะล ฟื้นฟู และบำบัดรักษาประชาชนที่มีภาวะไตเรื้อรังหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะไตเรื้อรัง¹⁴

¹² ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

¹³ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566 และคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

¹⁴ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

4) การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น

4.1) จุดแข็ง พบว่า เทศบาลตำบลบางปูมีระบบบริหารจัดการพัสดุที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรมีกระบวนการเรียนรู้ที่รวดเร็วสามารถปรับตัวและเรียนรู้การจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็ว

4.2) จุดอ่อน พบว่า เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มี การวางระบบคลังยาและระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Laboratory) ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยังจำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรฐานทางวิชาชีพเภสัชกรรม และเทคนิคการแพทย์ อย่างไรก็ตาม เทศบาลตำบลบางปูสามารถใช้รูปแบบการบริหารจัดการอื่นที่ไม่ใช่การบริหารจัดการด้วยตนเอง (In-house Management) ในการบริหารคลังยาและห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เช่น การจ้างเหมาบริการเอกชน เป็นต้น¹⁵

5) รูปแบบการเงินในระบบสุขภาพ (Financing Model)

5.1) จุดแข็ง พบว่า เทศบาลตำบลบางปูมีรายได้ที่จัดเก็บเองสูงและในภาพรวมมีเสถียรภาพทางการเงินการคลังสูงเหมือนเปรียบเทียบกับเทศบาลตำบลโดยทั่วไป ทำให้สามารถสนับสนุนการจัดบริการคลินิกไตเรื้อรังและคลินิกโรคเรื้อรังได้ในอนาคต หากมีเหตุจำเป็นเกิดขึ้น

5.2) จุดอ่อน พบว่า เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการระบบการเงินด้านสุขภาพโดยเฉพาะระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้หลักสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยบริการของเทศบาลตำบลบางปูที่จะต้องรับผิดชอบประชากรที่อยู่ในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁶

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

6.1) จุดแข็ง พบว่า ผู้บริหารทั้งฝ่ายการเมือง (นายกเทศมนตรีและคณะผู้บริหาร) และผู้บริหารฝ่ายประจำ (ปลัดเทศบาลและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ของเทศบาลตำบลบางปูมีภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ และเจตคติที่ดีต้องงานสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

6.2) จุดอ่อน พบว่า การจัดการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมี “ผู้จัดการ (Manager)” ที่เป็นแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์¹⁷ ซึ่งเทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์ดังกล่าว

¹⁵ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

¹⁶ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

¹⁷ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

ตารางที่ 24 จุดแข็ง (Strength) – จุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกพอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
1. บริการสุขภาพ (Health Services)	- เทศบาลตำบลบางปูมีประสบการณ์จัดบริการสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุข - เทศบาลตำบลบางปูมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยบริการประจำแม่ข่ายและหน่วยบริการรับส่งต่อในพื้นที่	- ประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปูเป็นการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แต่การพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการจัดบริการผู้ป่วยนอกในระดับทุติยภูมิ (Secondary OPD Service) - ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางปูกับหน่วยบริการรับส่งต่อในเครือข่ายยังไม่มี ความชัดเจน - เทศบาลตำบลบางปูยังขาดระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินที่จะมีความจำเป็นในกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้มแข็งสามารถช่วยเหลือบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนทางด้านสุขภาพและการคัดกรองโรคและอาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องอาศัยเทคนิคทางวิชาการขั้นสูง	เทศบาลตำบลบางปูไม่มีแพทย์อยู่ประจำเทศบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และยังไม่มีการวางแผนบรรจุอายุรแพทย์โรคไต หรือกุมารแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ทั่วไป หรือกุมารแพทย์ทั่วไป และพยาบาลที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Record)	หน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ของเทศบาลตำบลบางปูขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและบุคลากรมีความคุ้นเคยกับระบบข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีข้อมูลประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยจากภาวะไตเรื้อรัง รวมทั้งข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 24 จุดแข็ง (Strength) – จุดอ่อน (Weakness) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
4. การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น	เทศบาลตำบลบางปูมีระบบบริหารจัดการพัสดุที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรมีกระบวนการเรียนรู้ที่รวดเร็ว สามารถปรับตัวและเรียนรู้การจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็ว	เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีมีการวางระบบคลังยาและระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Laboratory) หรือการวางแผนบริหารจัดการในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่การสร้างและจัดการคลังยาและห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้วยเทศบาลเอง
5. รูปแบบการเงินในระบบสุขภาพ (Financing Model)	เทศบาลตำบลบางปูมีรายได้ที่จัดเก็บเองสูงและในภาพรวมมีเสถียรภาพทางการเงินการคลังสูงเหมือนเปรียบเทียบกับเทศบาลตำบลโดยทั่วไป	เทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการระบบการเงินด้านสุขภาพโดยเฉพาะระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรัง
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)	ผู้บริหารทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายประจำของเทศบาลตำบลบางปูมีภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ และเจตคติที่ดีต่องาน สร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	การจัดบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมี “ผู้จัดการ (Manager)” ที่เป็นแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ ซึ่งเทศบาลตำบลบางปูยังไม่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์ดังกล่าว

5.1.2 การวิเคราะห์โอกาส (Opportunity) และภาวะคุกคาม (Threat) ของเทศบาลตำบลบางปู

การวิเคราะห์โอกาส (Opportunity) และภาวะคุกคาม (Threat) ของเทศบาลตำบลบางปู เป็นไปตามกรอบแนวคิด “รากฐานของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (The “Building Blocks” Framework)” ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness) โดยอาศัยข้อมูลจากมาตรฐานการจัดบริการคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้แทนคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากภาคเอกชน

1) ด้านการบริการสุขภาพ (Health Services)

1.1) โอกาส พบว่า รัฐบาลให้ความสำคัญกับการเปิดศูนย์ฟอกเลือดด้วยไตเทียม โดยประกาศเป็นนโยบายรัฐบาลต่อรัฐสภาและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงการคลัง บรรจุบริการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรังเป็นสวัสดิการของรัฐ¹⁸ นอกจากนี้ ประชาชนยังมีความตื่นรู้เกี่ยวกับภาวะไตเรื้อรังมากขึ้นและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการ “สร้างน้ำซอม” เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นตนเองประสบกับภาวะไตวาย¹⁹

1.2) ภาวะคุกคาม พบว่า คลินิกเอกชนบางแห่งและสื่อสังคมออนไลน์ให้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนไปจากข้อเท็จจริง ทำให้ประชาชนหลงเชื่อและซื้อบริการ สินค้า หรือยาสมุนไพรที่ทำให้ภาวะไตเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น²⁰ นอกจากนี้ การที่รัฐบรรจุบริการบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังให้เป็นสวัสดิการของรัฐแก่ประชาชน ทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่มีแรงจูงใจที่จะรักษาและสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง²¹ อย่างไรก็ตาม พบว่า ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวายไม่สามารถเข้าถึงบริการฟอกไตได้เนื่องจากไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังศูนย์²²

¹⁸ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566 และคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

¹⁹ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

²⁰ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

²¹ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

²² ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

2.1) โอกาส พบว่า ภาคเอกชนในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพมากขึ้น สามารถร่วมกับเทศบาลตำบลบางปูจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ประสบภาวะไตเรื้อรัง²³

2.2) ภาวะคุกคาม พบว่า การผลิตและฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับโรคไตต้องใช้ระยะเวลายาวนาน อาจจะไม่เท่าทันต่อสถานการณ์และความจำเป็นของพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู รวมทั้งการแข่งขันในตลาดด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรังและไตวาย ทำให้เกิดการแย่งชิงบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลด้านโรคไต²⁴

3) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Record)

3.1) โอกาส พบว่า ในปัจจุบันมีแพลตฟอร์มฐานข้อมูลมากมายที่สามารถรองรับข้อมูลด้านสุขภาพได้²⁵ และสถาบันการศึกษาทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนเปิดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ²⁶

3.2) ภาวะคุกคาม พบว่า ภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยของระบบข้อมูลดิจิทัลจากอาชญากรไซเบอร์²⁷ รวมทั้งความเสี่ยงการหยุดชะงักของระบบฐานข้อมูลดิจิทัลซึ่งอาจกระทบต่อการจัดบริการของคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู²⁸

²³ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

²⁴ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

²⁵ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

²⁶ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

²⁷ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566 คำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

²⁸ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

4) การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น

4.1) โอกาส พบว่า ภาคเอกชนและภาคการศึกษาในปัจจุบันสามารถร่วมกับเทศบาลตำบลบางปูจัดหาและวางระบบคลังยา ระบบจัดการเวชภัณฑ์และเครื่องมือการแพทย์ ในลักษณะการบริการทางวิชาการหรือการจ้างเหมาบริการ²⁹

4.2) ภาวะคุกคาม พบว่า เนื่องจากผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพ³⁰

5) รูปแบบการเงินในระบบสุขภาพ (Financing Model)

5.1) โอกาส พบว่า ประชาชนในปัจจุบันประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวายมากขึ้น และประชาชนที่มีรายได้ปานกลาง รายได้ปานกลางค่อนข้างสูง และรายได้สูง มีความพึงพอใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรัง หากบริการเป็นที่น่าพึงพอใจ³¹

5.2) ภาวะคุกคาม พบว่า เนื่องจากในปัจจุบัน ภาครัฐจำเป็นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังและไตวายมากขึ้นทำให้เป็นภาระแก่กองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ทำให้ภาครัฐอาจยุติการสนับสนุนหรือลดอัตราการสนับสนุนบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังและไตวายได้ในอนาคต³²

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

6.1) โอกาส พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกษียณอายุราชการ/อายุทำงานมีจำนวนมากขึ้น และยังสามารถทำงานหลังวัยเกษียณได้ ทำให้เทศบาลตำบลบางปูมีทางเลือกมากขึ้นในการเชิญมาร่วมงานกับเทศบาลตำบลบางปูในฐานะที่ปรึกษา นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเข้าใจในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น และเลือกที่จะรับราชการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังเช่นกรณีเทศบาลเมืองชัยภูมิ เทศบาลนครนนทบุรี เทศบาลนครอุดรธานี เป็นต้น³³

²⁹ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

³⁰ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

³¹ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

³² ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

³³ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566

6.2) ภาวะคุกคาม พบว่า หากเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐในภาพรวมไม่ปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงาน อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถไม่ต้องการทำงานให้แก่ภาครัฐ และหันไปทำงานให้แก่ภาคเอกชน³⁴

³⁴ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาคเอกชน เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

ตารางที่ 25 โอกาส (Opportunity) – ภาวะคุกคาม (Threat) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

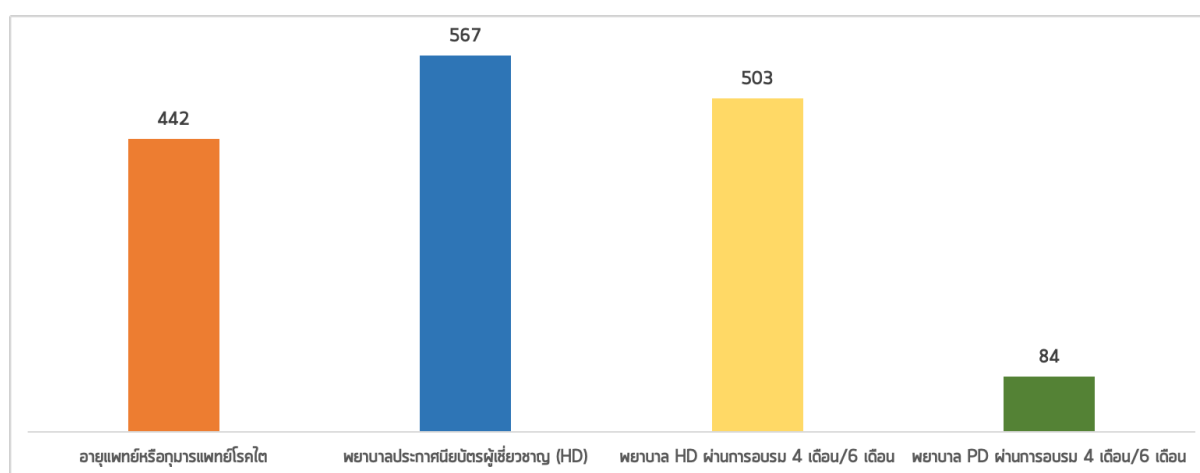
องค์ประกอบ	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
1. บริการสุขภาพ (Health Services)	■ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการเปิดศูนย์ฟอกเลือดด้วยไตเทียม โดยประกาศเป็นนโยบายรัฐบาลต่อรัฐสภาและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงการคลัง บรรจุบริการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรังเป็นสวัสดิการของรัฐ ■ ประชาชนมีความตื่นรู้เกี่ยวกับภาวะไตเรื้อรังมากขึ้นและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการ “สร้างน้ำขอม” เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองประสบกับภาวะไตวาย	■ คลินิกเอกชนบางแห่งและสื่อสังคมออนไลน์ให้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนไปจากข้อเท็จจริง ทำให้ประชาชนหลงเชื่อและซื้อบริการ สินค้า หรือยาสมุนไพรที่ทำให้ภาวะไตเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ■ การที่รัฐบรรจุบริการบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังให้เป็นสวัสดิการของรัฐแก่ประชาชน ทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่มีแรงจูงใจที่จะรักษาและสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ■ ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวายไม่สามารถเข้าถึงบริการฟอกไตได้เนื่องจากไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังศูนย์
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	■ ภาคเอกชนในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพมากขึ้น สามารถร่วมกับเทศบาลตำบลบางปูจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ประสบภาวะไตเรื้อรัง	■ การผลิตและฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับโรคไตต้องใช้ระยะเวลายาวนาน อาจจะไม่เท่าทันต่อสถานการณ์และความจำเป็นของพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ■ การแข่งขันในตลาดด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรังและไตวาย ทำให้เกิดการแย่งชิงบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลด้านโรคไต
3. ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Record)	■ ในปัจจุบันมีแพลตฟอร์มฐานข้อมูลมากมายที่สามารถรองรับข้อมูลด้านสุขภาพได้ และสถาบันการศึกษาทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนเปิดหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ	■ ภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยของระบบข้อมูลดิจิทัลจากอาชญากรไซเบอร์ รวมทั้งความเสี่ยงการหยุดชะงักของระบบฐานข้อมูลดิจิทัลซึ่งอาจกระทบต่อการจัดบริการของคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปู

ตารางที่ 25 โอกาส (Opportunity) – ภาวะคุกคาม (Threat) ของเทศบาลตำบลบางปูที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

องค์ประกอบ	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
4. การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น	ภาคเอกชนและภาคการศึกษาในปัจจุบันสามารถร่วมกับเทศบาลตำบลบางปูจัดหาและวางระบบคลังยา ระบบจัดการเวชภัณฑ์และเครื่องมือการแพทย์ ในลักษณะการบริการทางวิชาการหรือการจ้างเหมาบริการ	เนื่องจากผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพ
5. รูปแบบการเงินในระบบสุขภาพ (Financing Model)	ประชาชนในปัจจุบันประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวายมากขึ้น และประชาชนที่มีรายได้ปานกลาง รายได้ปานกลางค่อนข้างสูง และรายได้สูง มีความพึงพอใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการบำบัดรักษาภาวะไตเรื้อรัง หากบริการเป็นที่น่าพึงพอใจ	เนื่องจากในปัจจุบัน ภาครัฐจำเป็นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังและไตวายมากขึ้นทำให้เป็นภาระแก่กองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ทำให้ภาครัฐอาจยุติการสนับสนุนหรือลดอัตราการสนับสนุนบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังและไตวายได้ในอนาคต
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)	- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกษียณอายุราชการ/อายุทำงานมีจำนวนมากขึ้น และยังสามารถทำงานหลังวัยเกษียณได้ ทำให้เทศบาลตำบลบางปูมีทางเลือกมากขึ้นในการเชิญมาร่วมงานกับเทศบาลตำบลบางปูในฐานะที่ปรึกษา - บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเข้าใจในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น และเลือกที่จะรับราชการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังเช่นกรณีเทศบาลเมืองชัยภูมิ เทศบาลนครนนทบุรี เทศบาลนครอุดรธานี เป็นต้น	หากเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐในภาพรวมไม่ปฏิรูประบบและโครงสร้างการทำงาน อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถไม่ต้องการทำงานให้แก่ภาครัฐ และหันไปทำงานให้แก่ภาคเอกชน

5.2 ความเสี่ยงด้านกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถร่วมให้บริการในคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูตามมาตรฐานทางวิชาชีพและมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

จากข้อมูลที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้รวบรวมไว้เมื่อปี พ.ศ. 2565 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับภาวะไตเรื้อรังและภาวะไตวายมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังและภาวะไตวายทั่วประเทศ กล่าวคือ มีอายุแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต จำนวน 442 คน พยาบาลประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 567 คน พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ที่ผ่านการอบรม 4 เดือน/6 เดือน จำนวน 503 คน และพยาบาลฟอกเลือดผ่านเยื่อช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) จำนวน 84 คน



ภาพที่ 20 จำนวนแพทย์และพยาบาลโรคไตในประเทศไทย พ.ศ. 2565

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2565)

จากข้อมูลข้างต้น ประเทศไทยและพื้นที่ จ.สมุทรปราการ จึงมีความเสี่ยงด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับสูงในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการดูแลรักษาและประคับประคองผู้ป่วยที่ประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวาย หากเทศบาลตำบลบางปูมีนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงไม่ควรดำเนินการจัดบริการด้วยตนเอง แต่ควรร่วมกับเอกชน หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพที่จำเป็นในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อายุแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต พยาบาลประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และพยาบาลฟอกเลือดผ่านเยื่อช่องท้อง³⁵

³⁵ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

5.3 รูปแบบการบริหารคลินิกฟอกไตและคลินิกโรคเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบลบางปู

เนื่องจากเทศบาลตำบลบางปูเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ดังนั้น การดำเนินการจัดบริการสาธารณะใดจะต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายและคำแนะนำและข้อกำหนดของส่วนราชการและหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณะด้านนั้นโดยตรง ทั้งนี้ ในรายงานความก้าวหน้าระยะที่ 1 คณะที่ปรึกษาได้นำเสนอมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นสภาวิชาชีพของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไต นอกจากนี้ ยังมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีหน้าที่และอำนาจกำกับดูแลหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม³⁶ ทั้งนี้ หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0207.11/872 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566 เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติการขอเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระดับเขตเป็นผู้พิจารณาอนุมัติการขอเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่ ซึ่งข้อมูลที่จะพิจารณามีดังต่อไปนี้

- โรงพยาบาลที่จะเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเปิดบริการล้างไตทางช่องท้องหรือไม่
- จำนวนผู้ป่วยคาดการณ์ที่จะเข้ารับบริการในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่ และจำนวนผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดิม
- โครงสร้างทางภูมิศาสตร์ในการเดินทาง และความต้องการของพื้นที่
- มีเครือข่ายและบุคลากรทางการแพทย์ที่เตรียมให้บริการในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่ตามมาตรฐานคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือตามมาตรฐานประกาศกระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- การจัดพื้นที่หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามมาตรฐานคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือตามมาตรฐานประกาศกระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่ใช่อำนาจบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเครื่องการันตีคุณภาพการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย โดยเทศบาลตำบลบางปูอาจเลือกที่จะดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยตนเองตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและมาตรฐานสมาคม

³⁶ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

โรคไตแห่งประเทศไทย หรือจ้างเหมาบริการเอกชนมาดำเนินการ³⁷ ไม่ว่าเทศบาลตำบลบางปูจะเลือกการบริหารคลินิกฟอกไตในรูปแบบใดก็ตาม คลินิกฟอกไตเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541³⁸ ดังนี้

1) ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จะต้องรับผิดชอบหรือจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1.1) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา ในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง

1.2) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อผู้ป่วยที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4 คน ในแต่ละช่วงเวลาและมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานร่วมด้วยในสัดส่วนเดียวกัน

2) นอกจากผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ควรจัดให้มีนักโภชนาการและนักจิตวิทยาให้คำแนะนำ ปรีกษาในการดูแลผู้ป่วย

3) ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ต้องจัดให้มีระบบควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้

3.1) ห้องให้บริการฟอกเลือด ต้องเป็นเขตกึ่งปลอดเชื้อ

3.2) การใช้และปฏิบัติงานในเขตห้องบริการฟอกเลือดถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ

3.3) มาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้องอุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

4) สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกราย โดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจาก

³⁷ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

³⁸ ประมวลจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้แทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566

การให้บริการทุกด้านให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอมและต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไป ทุก 6 เดือน

5) กรณีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ต้องมีระบบในการเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งจะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่มีบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่ให้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

อนึ่ง เอกชนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ้างเหมาบริการเพื่อดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องปฏิบัติตามตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพทุก 3 เดือน ดังนี้

1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Sp KT/V น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 1.2 สำหรับการฟอก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่าหรือเท่ากับ 1.8 สำหรับการฟอก 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ URR น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65

3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dL

4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 10.2 mg/dL

5) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum phosphorus มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5.0 mg/dL

6) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 10-11.5 g/dL

7) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ hemoglobin มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 10-11.5 g/dL

8) ปริมาณ bacteria ในระบบน้ำบริสุทธิ์ โดยค่าผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 cfu/mL

9) จำนวนผู้ป่วยที่เกิด cardiac arrest ที่หน่วยไตเทียม โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 0 ราย

ด้วยกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันและผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามในข้อ 4.1.1 ของบทนี้ รูปแบบการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เหมาะสมสำหรับ

เทศบาลตำบลบางปู คือ การจ้างเหมาบริการเอกชน ซึ่งแม้ว่าเทศบาลตำบลบางปูจะสามารถโอนภาระและความเสี่ยงในการจัดบริการให้แก่เอกชน แต่ผู้ประกอบการเอกชนก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังนั้นเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องวางแผนระบบการกำกับดูแลเอกชนที่รับจ้างเหมาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรจุหรือจ้างแพทย์ที่มีประสบการณ์ ความรู้ และความเชี่ยวชาญเพื่อบริหารจัดการและกำกับดูแลการบริการของเอกชนในภาพรวม

5.4 แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เทศบาลตำบลบางปู

5.4.1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูซึ่งประกอบด้วยตำบลท้ายบ้าน ตำบลท้ายบ้านใหม่ ตำบลบางปู และตำบลบางปูใหม่ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,326 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6,086 คน โดยเมื่อคำนวณเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดในแต่ละตำบล พบว่า ตำบลท้ายบ้านมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานสูงสุด คือ ร้อยละ 18.55 และร้อยละ 9.71 ตามลำดับ โดยตำบลที่มีสัดส่วนประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสุดอันดับสอง คือ ตำบลบางปู (ร้อยละ 13.46) และตำบลท้ายบ้านใหม่ (ร้อยละ 13.09) และตำบลบางปูใหม่ (ร้อยละ 10.56) สำหรับตำบลที่มีสัดส่วนประชากรเป็นโรคเบาหวานสูงสุดอันดับสอง คือ ตำบลท้ายบ้านใหม่ (ร้อยละ 7.19) ตำบลบางปู (ร้อยละ 7.17) และตำบลบางปูใหม่ (ร้อยละ 5.63)

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ตำบล	ความดันโลหิตสูง		เบาหวาน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท้ายบ้าน	2,518	18.55%	1,318	9.71%
ท้ายบ้านใหม่	4,582	13.09%	2,517	7.19%
บางปู	883	13.46%	470	7.17%
บางปูใหม่	3,343	10.56%	1,781	5.63%
รวม	11,326		6,086	

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (2567)

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงภาวะไตเรื้อรัง ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังอย่างยั่งยืนในอนาคต

5.4.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

1) วิสัยทัศน์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

“สร้าง” คู่ “ซ่อม” สู่การดูแลสุขภาพประชาชนที่ยั่งยืนโดยไม่ทอดทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

2) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

2.1) ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังไม่เกินร้อยละ 5

2.2) ประชาชนกลุ่มเปราะบางในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูทุกคนที่เจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังสามารถเข้าถึง

3) ประเด็นยุทธศาสตร์และตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

3.1) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนเชิงรุกในชุมชน มีตัวอย่างมาตรการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

- การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพชุมชนในระดับตำบลเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ
- การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนเพื่อลดภาวะโรคอ้วนและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในโรงเรียน
- การพัฒนาเครือข่ายนักบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3.2) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การคัดกรองโรคเรื้อรัง ภาวะทำงานของไตเชิงรุก และการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพการทำงานของไต มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การคัดกรองโรคเรื้อรังและภาวะทำงานของไตแบบปูพรมทั้งพื้นที่เทศบาล
- การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 เพื่อป้องกันภาวะไตวาย
- การสุ่มตรวจระดับความเค็มของอาหารในร้านอาหารและร้านสะดวกซื้อในชุมชน

3.3) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไตวาย มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเทศบาลตำบลบางปู

- การอำนวยความสะดวกประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาลในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.4) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อป้องกัน และ/หรือ ประคับประคองอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะไตเรื้อรัง

- การส่งเสริมการออกกำลังกายและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

4) มาตรการที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

4.1) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

- **หลักการและเหตุผล** เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นการยืดระยะเวลาการเสื่อมของไตให้ช้าลง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการล้าง ไตเร็วเกินความจำเป็น เทศบาลตำบลบางปูจึงควรทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืน และมุ่งหวังในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

■ **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของตนเอง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

4. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ไม่เกินร้อยละ 20

4.2) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

■ **หลักการและเหตุผล** สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยเฉพาะสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดัน โลหิตสูง นำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งส่วนสำคัญในการจัดการ ปัญหาสุขภาพดังกล่าวคือการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อให้มี คุณภาพ และมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมเข้าถึงผู้รับบริการ ทั้งนี้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่ออีกด้วย

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
6. เพื่อให้มีเครือข่ายการประสานงานดูแลสุขภาพของญาติ/ผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
7. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20

4.3) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนลงพุง

■ **หลักการและเหตุผล** ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากเป็นปัญหา หนึ่งซึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่องสุขภาพเศรษฐกิจและปัญหาทางจิตสังคมอย่างชัดเจน โรคที่เป็นผลกระทบจาก ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนต่อสุขภาพ ที่พบในผู้ใหญ่ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต ความดัน โลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง

ลำไส้ โรคซินเคร้า เป็นต้น และยังพบว่าการตายในผู้ที่อายุระหว่าง 20-74 ปีว่าครึ่งหนึ่ง มีผลมาจากความอ้วนซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังเป็นสาเหตุการตายของคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 25 ล้านคน

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถลดรอบเวลาย่อยเกินมาตรฐานอย่างน้อย

ร้อยละ 20

3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงโรคอ้วน

ลงพุงของผู้นำชุมชน

4. เพื่อให้มีเครือข่ายการประสานงานดูแลสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงโรคอ้วน

ลงพุงในชุมชน

4.4) โครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง

■ **หลักการและเหตุผล** โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และถือว่าเป็น “ภัยเงียบ” เพราะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการ และเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนในอวัยวะสำคัญหลายระบบของร่างกาย เช่น ตา ไต หลอดเลือด ในประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในแต่ละปีเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูงมาก

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเสี่ยงโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง

2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง

วิสัยทัศน์



“สร้าง” คู่ “ซ่อม”

สู่การดูแลสุขภาพประชาชน
ที่ยั่งยืน โดยไม่ทอดทิ้ง
ใครไว้เบื้องหลัง



ภาพที่ 21 วิสัยทัศน์และประเด็นยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

4.4.3 ความคิดเห็นของตัวแทนชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

- การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูนั้นนับเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากโรคไตเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงและต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องได้รับการฟอกไต แบบฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม หรือฟอกเลือดทางช่องท้องที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตมักประสบปัญหาในการเข้ารับการรักษา โดยการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย อาหารเสริม เครื่องปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต แลหรือค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือการรักษา รวมถึงประชาชนจะได้รับความรู้ในการดูแลรักษาโรคไตได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

- เทศบาลตำบลบางปูควรจัดตั้งศูนย์ให้บริการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตแบบครบวงจรในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยจัดตั้งเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างครบวงจรตั้งแต่การตรวจ วินิจฉัย และติดตามอาการทั่วไป ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 5 ที่ต้องมีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน ตลอดจนทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต

- เทศบาลตำบลบางปู ควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจต้องเผชิญภาวะความเครียดและความกดดันจากโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงญาติและผู้ดูแลที่ต้องออกจากงานหรือต้องประกอบอาชีพเพื่อนำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายค่ารักษาผู้ป่วย โดยมี การจัดตั้งสายด่วนสุขภาพจิตประจำเทศบาล และจัดหาทีมผู้ชำนาญในการดูแล รักษาและให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักดนตรีบำบัด เป็นต้น

- เทศบาลตำบลบางปู ควรจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประจำปีเพื่อให้บริการตรวจสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและประเมินภาวะสุขภาพจิต ให้กับประชาชนในพื้นที่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับคนที่ไม่สะดวกเดินทางไปตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเบื้องต้น และทำให้ตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคไตได้เร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางไปยังศูนย์ฟอกไตได้ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง

- เห็นชอบกับการจัดตั้งศูนย์ฟอกไต โดยคาดหวังว่าจะมีการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตให้ครอบคลุมพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประชาชนในพื้นที่สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ดี มาตรการเร่งด่วนที่เทศบาลตำบลบางปูควรดำเนินการในการแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การจัดหาทรัพยากร-ส่งผู้ป่วยโรคไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเบื้องต้น และการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้จะช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้

- เทศบาลตำบลบางปู ควรให้การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้องที่บ้าน โดยการจัดทำห้องปลอดเชื้อให้กับผู้ป่วยและจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการล้างไต รวมถึงเทศบาลตำบลบางปู การจัดหาทรัพยากร-ส่งสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกไต ด้วย

- เทศบาลตำบลบางปู ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังให้แก่ประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์และการจัดทำสื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเบื้องต้นให้กับประชาชนทั่วไป โดยการใช้ช่องทางการสื่อสารที่น่าสนใจเข้าถึงประชาชนได้ทั่วถึง เช่น LINE, Facebook, YouTube เป็นต้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอเชิงนโยบาย

6.1 สรุปผลการศึกษาและแผนแม่บทและธรรมเนียมปฏิบัติส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรังเทศบาลตำบลบางปู

6.1.1 สรุปการศึกษา

(1) จากข้อมูลที่ได้จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลบางปู มีประชากรที่เป็นไตเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 1,148 คน แบ่งเป็นระยะที่ 1 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 9.58) ระยะที่ 2 จำนวน 277 คน (ร้อยละ 24.13) ระยะที่ 3 จำนวน 537 คน (ร้อยละ 46.78) ระยะที่ 4 จำนวน 130 คน (ร้อยละ 11.32) และระยะที่ 5 จำนวน 94 คน (ร้อยละ 8.19)

(2) หากเทศบาลตำบลบางปูมีนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรองรับประชาชนจากพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใกล้เคียง ยกตัวอย่างเช่น ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการ ทั้งนี้ เทศบาลตำบลบางปูอาจพิจารณาจัดบริการป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อ.บางบ่อ ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การจัดทำบริการร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2558 เพื่อกระจายสถานที่ตั้งของคลินิกชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยระยะที่ 1-3 และหน่วยบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยระยะที่ 4-5 รวมทั้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดคณะผู้ให้บริการชะลอไตเสื่อม (Kidney Care Team) ที่จะทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

(3) คณะที่ปรึกษาได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2576) โดยพิจารณาอัตราความเสี่ยงการเป็นโรคไตเรื้อรังประกอบกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุและเพศ พบว่า ในปี พ.ศ.2576 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 18,121 คนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

(4) ใน 10 ข้างหน้า (พ.ศ. 2576) พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 7,814 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 5,374 คน และกลุ่มอายุระหว่าง 45-60 ปี จำนวน 4,933 คน ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวฉายภาพให้เห็นความท้าทายที่เกิดจากปรากฏการณ์สังคมสูงวัยที่เทศบาลตำบลบางปู หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและสังคมต้องตระหนักรู้และเตรียมพร้อมรองรับ โดยแนวทางการเตรียมความพร้อมที่ดีที่สุดที่จะช่วยสร้างคุณภาพ

ชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนและช่วยประหยัดงบประมาณของระบบสาธารณสุข คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจ และสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต รวมทั้งคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ครอบคลุมและจัดเตรียมบริการสุขภาพด้านการชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นระบบ เข้าถึงได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ

(5) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 หรือควอร์ไทล์สูงสุด (65,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 47 คน หรือร้อยละ 35.70 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องลาออกจากงานเพราะอาการเจ็บป่วยหรือเพื่อรักษาตัวเอง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 1 หรือ ควอร์ไทล์ต่ำสุด (12,500 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 39 คน หรือร้อยละ 29.10 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้น้อยต่อเดือนสูงสุดและรายได้น้อยต่อเดือนต่ำสุด

(6) ร้อยละ 82.47 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานหรือ 127 คนเป็นคนที่ยังทำงานเดิม ตั้งแต่ก่อนล้างไต ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิมแบ่งเป็นรับจ้างทั่วไป 65 คน (ร้อยละ 42.21) ค้าขาย/เจ้าของกิจการ 47 คน (ร้อยละ 30.52) พนักงานบริษัท 38 คน (ร้อยละ 24.68) และข้าราชการ 4 คน (ร้อยละ 2.60) ทั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบต่อภาวะการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 2 (22,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 49 คน หรือร้อยละ 38.58 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังทำงานเดิม รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้น้อยต่อเดือนในควอร์ไทล์ที่ 4 (76,000 บาท/เดือน) ซึ่งมีจำนวน 37 คน หรือร้อยละ 29.13 รวมทั้ง 2 ควอร์ไทล์แสดงให้เห็นว่า โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งประชาชนที่มีรายได้น้อยต่อเดือนสูงสุดและรายได้น้อยต่อเดือนปานกลาง

(7) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับการฟอกเลือดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่อง

(7.1) กรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (182 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56) และจำนวน 59 คน หรือร้อยละ 24.44 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยังทำงานและหยุดงานเฉพาะวันที่ต้องมารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(7.2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 4 ชั่วโมงต่อครั้ง มีจำนวนมากที่สุด คือ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 39.83 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 31.95) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 14.52) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 5 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 13.69)

(8) คณะที่ปรึกษาได้สำรวจแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดทั้งที่เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (241 คน) และการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง (102 คน) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน จำนวน 217 คน คิดเป็น

ร้อยละ 63.19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันมีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 36.81 กรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันซึ่งมีจำนวน 217 คนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 1 คน มีจำนวน 164 (ร้อยละ 71.00) รองลงคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 2 คน มีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 24.68) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือดที่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน 3 คน มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.33)

(9) เมื่อพิจารณาภาวะทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย 144 คน (ร้อยละ 51.55) รองลงมาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ 95 คน (ร้อยละ 34.02) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 9.28) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 5.15) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ที่ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วย จำนวน 136 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากต้องออกจากงานที่มีค่าเฉลี่ยเงินเดือน (หรือรายได้ต่อเดือน) สูงสุด คือ 23,750 บาทต่อเดือน รองลงมาคือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปกติทำงานอยู่ที่บ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,677 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับค่าจ้างได้รับค่าจ้างโดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทต่อเดือน

(10) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 17 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยเป็นการรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามนัดหมายแพทย์เฉลี่ย 14 ครั้ง และไม่ใช่นัดหมายแพทย์เฉลี่ย 10 ครั้ง การเดินทางไป-กลับคลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อรับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าเดินทางเฉลี่ย 1,064.40 บาทต่อครั้ง ค่าเดินทางสูงสุด 9,600 บาทต่อครั้งและต่ำสุด 40 บาทต่อครั้ง

(11) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในการศึกษานี้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ย 3 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และจำนวนวันต่อครั้งโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ 12.91 วันต่อครั้ง และจำนวนวันต่อครั้งสูงสุด คือ 60 วันต่อครั้ง และจำนวนวันต่อครั้งต่ำสุด คือ 1 วันต่อครั้ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 3,726.84 บาทต่อครั้ง โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือ 35,000 บาทต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่ำสุด คือ 50 บาทต่อครั้ง นอกจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าอาหารและค่าใช้จ่ายอื่นที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 5,593.81 บาทต่อครั้ง (ค่าใช้จ่ายสูงสุด 28,500 บาทต่อครั้งและค่าใช้จ่ายต่ำสุด 120 บาทต่อครั้ง)

(12) หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 และผู้ที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมีจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 นอกจากนี้ หลังจากทราบว่าตนเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (406 คน หรือร้อยละ 96.88) ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 242 คนหรือร้อยละ 57.81

ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน โดยจากการสำรวจจำนวนเงินที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยพบว่า

(12.1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,417 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 200,000 บาท และค่าต่ำสุด 400 บาท

(12.2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน ได้แก่ การต่อเติมบ้าน ปรับเปลี่ยนห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 33,428 บาท และมีค่าสูงสุด คือ 100,000 บาท และค่าต่ำสุด 1,000 บาท

(12.3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้ใช้จ่ายเงินจ้างคนมาดำเนินการบางอย่างแทน เช่น ดูแลบิดามารดา ทำงานบ้าน ฯลฯ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 22,576 บาทและมีค่าสูงสุด คือ 75,000 บาท และค่าต่ำสุด 2,500 บาท

(12.4) ในจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษมากที่สุด จำนวน 99 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 97.06 ของผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 154 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63.90 ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการล้างไต พบว่า มีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษ 6 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.89 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่ได้รับการล้างไต

(12.5) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละประเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยสูงที่สุด กล่าวคือ มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 73,750 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 65,500 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 35,800 บาท ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายทั้ง 3 รายการรองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก 18,500 บาท ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน 28,440 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการจ้างคนดำเนินการบางอย่างแทน 26,430 บาท

(13) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 301 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.83 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดต้องรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งรวมด้วย และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่น ดังนี้

(13.1) ค่ารักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น มีค่าเฉลี่ย 21,513 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 216,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 480 บาทต่อปี

(13.2) ค่ายาจากร้านยา ค่าเฉลี่ย 15,061 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี

(13.3) ค่ายาแผนโบราณหรือสมุนไพร ค่าเฉลี่ย 4,311 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 20,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี

(13.4) ค่าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์อื่น ๆ เช่น อาหารเสริม เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 32,819 บาทต่อปี ค่าสูงสุด 100,000 บาทต่อปี และค่าต่ำสุด 500 บาทต่อปี

(14) อาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับผลกระทบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการเจ็บหรือไม่สบาย (ร้อยละ 54.89) ปัญหาบริเวณที่ใส่สาย Catheter (ร้อยละ 47.26) ผิวน้ำแห้ง (ร้อยละ 47.02) มีอาการคลื่นไส้ อายากอาเจียน (ร้อยละ 46.78) และมีความกังวล (ร้อยละ 44.39) อาการเจ็บป่วยที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดมีเพียง 1 อาการ คือ อาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า (ร้อยละ 25.78) กรณีสภาพปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมีปัญหาอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 57.76 รองลงมา คือ ความเจ็บปวดและความไม่สบายเนื้อสบายตัว (ร้อยละ 54.65) ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 54.18) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 51.31) และการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 51.07)

6.1.2 แผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรังเทศบาลตำบลบางปู

จากผลการศึกษาข้างต้น ภาวะไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลันส่งผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพและเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในอีก 10 ปีข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญ หากหน่วยงานภาครัฐและเทศบาลตำบลบางปูไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ดังนั้น คณะที่ปรึกษาจะได้เสนอแผนแม่บทและธรรมนูญส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง³⁹ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

(1) แผนแม่บทป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู

(1.1) วิสัยทัศน์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

“สร้าง” คู่ “ซ่อม” สู่การดูแลสุขภาพประชาชนที่ยั่งยืนโดยไม่ทอดทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

³⁹ ภาคผนวก 10

(1.2) เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

1) ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังไม่เกิน ร้อยละ 5

2) ประชาชนกลุ่มเปราะบางในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูทุกคนที่เจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังสามารถเข้าถึง

(1.3) ประเด็นยุทธศาสตร์และตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นฟู และชะลอโรคไตเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

1) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนเชิงรุกในชุมชน
มีตัวอย่างมาตรการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

- การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพชุมชนในระดับตำบลเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ

- การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนเพื่อลดภาวะโรคอ้วนและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในโรงเรียน

- การพัฒนาเครือข่ายนักบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

2) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การคัดกรองโรคเรื้อรัง ภาวะทำงานของไตเชิงรุก และการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพการทำงานของไต มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การคัดกรองโรคเรื้อรังและภาวะทำงานของไตแบบปูพรมทั้งพื้นที่เทศบาล

- การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 เพื่อป้องกันภาวะไตวาย

- การสุ่มตรวจระดับความเค็มของอาหารในร้านอาหารและร้านสะดวกซื้อในชุมชน

3) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไตวาย มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเทศบาลตำบลบางปู

- การอำนวยความสะดวกประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาลในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อป้องกัน และ/หรือ ประคับประคองอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง มีมาตรการสำคัญดังนี้

- การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ถูกสุขลักษณะเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะไตเรื้อรัง
- การส่งเสริมการออกกำลังกายและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

(2) มาตรการที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

(2.1) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นการยืดระยะเวลาการเสื่อมของไตให้ช้าลง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการล้าง ไตเร็วเกินความจำเป็น เทศบาลตำบลบางปูจึงควรทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืน และมุ่งหวังในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

(2.2) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยเฉพาะสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดัน โลหิตสูง นำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าวคือการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพและมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมเข้าถึงผู้รับบริการ ทั้งนี้ เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่ออีกด้วย

(2.3) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนลงพุง ภาวะโภชนาการเกิน และโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากเป็นปัญหา หนึ่งซึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจและปัญหาทางจิตสังคมอย่างชัดเจน โรคที่เป็นผลกระทบจากภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนต่อสุขภาพที่พบในผู้ใหญ่ ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต ความดัน โลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มะเร็งลำไส้ โรคซินส์ร่า เป็นต้น และยังพบว่าการตายในผู้ที่อายุระหว่าง 20-74 ปีกว่าครึ่งหนึ่งมีผลมาจากความอ้วนซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นสาเหตุการตายของคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 25 ล้านคน

(2.4) โครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และถือว่าเป็น “ภัยเงียบ” เพราะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการ และเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนในอวัยวะสำคัญหลายระบบของร่างกาย เช่น ตา ไต หลอดเลือด ในประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในแต่ละปีเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูงมาก

(3) สาระสำคัญของธรรมนูญส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรังเทศบาลตำบลบางปู

(3.1) ภาพพึงประสงค์

- ภายในปี พ.ศ. 2576 พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะปลอดประชาชนที่เป็นโรคไตเรื้อรังในทุกระยะ
- ประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตามจะสามารถเข้าถึงบริการชะลอไตเสื่อมและการบริการฟอกเลือดที่มีมาตรฐาน คุณภาพ สะดวกสบาย และครอบคลุมทั่วถึง
- พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีระบบหรือกลไกหรือนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สามารถตอบสนองต่อการจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมือง และความจำเป็นในการดำรงชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและชะลอโรคไตเสื่อม
- ประชาชนและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ มีส่วนร่วม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง
- สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของชุมชนทุกรูปแบบในเทศบาลตำบลบางปูได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและสะดวกสบายในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยการดำเนินการของชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

(3.2) หมวด 1 หน้าที่และสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและชุมชน

- บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการและกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” อย่างครบวงจร โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
- บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันและบำบัดรักษาโรคเรื้อรัง

- บุคคลและชุมชนมีสิทธิได้รับการป้องกัน ควบคุม และคัดกรองโรคอย่างมีมาตรฐาน โดยเฉพาะโรคไข้อีดำริ้วและโรคไข้อีดำริ้วที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไข้อีดำริ้ว โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
- บุคคลและชุมชนมีสิทธิได้รับโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและชะลอโรคไข้อีดำริ้ว
- บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและบำบัดรักษาโรคไข้อีดำริ้ว โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
- บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการร่วมออกแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดโรคไข้อีดำริ้ว ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู
- บุคคลมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้อีดำริ้ว
- บุคคลมีหน้าที่แสวงหาและตรวจสอบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้ห่างไกลโรคไข้อีดำริ้วและโรคไข้อีดำริ้วที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไข้อีดำริ้ว
- บุคคลมีหน้าที่ให้ความร่วมมือแก่ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ควบคุม และคัดกรองโรค ตลอดจนมีหน้าที่ให้ความร่วมมือแก่ทุกภาคส่วนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ

(3.3) หมวดที่ 2 หน้าที่ของเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

- เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ดำเนินการจัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไข้อีดำริ้วแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” อย่างครบวงจร โดยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ
- เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่สนับสนุน ดูแล และจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไข้อีดำริ้วที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับการบริการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไข้อีดำริ้ว และการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่สนับสนุนระบบส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการอย่างเต็มที่และโปร่งใส

- เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่พัฒนาและจัดการระบบข้อมูลข่าวสารและมีศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้อี้อหิวาต์อย่างมีประสิทธิภาพเท่าทันสถานการณ์ และสามารถทำงานเชื่อมโยงกับพื้นที่ใกล้เคียงได้

(3.4) หมวดที่ 3 หน้าที่ของภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

- ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมและโครงการเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไข้อี้อหิวาต์อย่างเต็มที่ในทุกโอกาส

- ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีหน้าที่ให้ความร่วมมือเทศบาลตำบลบางปูและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและการปรับพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไข้อี้อหิวาต์

(3.5) หมวดที่ 4 การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเพื่อป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไข้อี้อหิวาต์

- ให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางปูเป็นกลไกหลักในการประสานและจัดสรรทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

- ให้เทศบาลตำบลบางปูพิจารณาเร่งรัดจัดตั้งหน่วยบริการชะลอไตเสื่อมและหน่วยบริการฟอกเลือดที่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” ให้แก่ประชาชน และเร่งรัดพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนให้เป็นผู้จัดการผู้ช่วยดูแลคนไข้ในระดับชุมชนโดยทำงานภายใต้การควบคุมของบุคลากรด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลบางปูและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

6.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเฉียบพลันในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

(1) พื้นที่อาคารสำนักงานเทศบาลตำบลบางปูหลังเก่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 1 สถานพยาบาล ข้อ (2) และองค์ประกอบที่ 5 สถานที่ นอกจากนี้ อาคารแพทย์แผนไทยหลังเดิมก็มีความเหมาะสมเช่นกัน หากเทศบาลตำบลบางปูดำเนินการจัดหาช่องทางออกที่สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

(2) ประเทศไทยและพื้นที่ จ.สมุทรปราการ จึงมีความเสี่ยงด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับสูงในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการดูแลรักษาและประคับประคองผู้ป่วยที่ประสบภาวะไตเรื้อรังและไตวาย หากเทศบาลตำบลบางปูมีนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงไม่ควรดำเนินการจัดบริการด้วยตนเอง แต่ควรร่วมกับเอกชน หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพที่จำเป็นในการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์โรคไต พยาบาลประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและพยาบาลฟอกเลือดผ่านเยื่อช่องท้อง สิ่งสำคัญ คือ การทำความเข้าใจอย่างใกล้ชิดกับอายุรแพทย์โรคไตและกุมารแพทย์โรคไตซึ่งต้องรับผิดชอบการเปิดเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือด และดูแลรักษาคนไข้ในกรณีฉุกเฉิน

(3) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการร่วมกับเอกชนควรเป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2562 และเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องดำเนินการให้หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสุขภาพตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เนื่องจากในปัจจุบัน เทศบาลยังไม่สามารถมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานอื่นดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจแทนได้ แม้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในมาตรา 22 จะกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถมอบหมายให้เอกชนดำเนินการจัดบริการสาธารณะแทนได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ระบุไว้ในกฎกระทรวง เนื่องจากยังไม่มีกฎกระทรวงดังกล่าว

(4) เนื่องจากเทศบาลตำบลบางปูเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ดังนั้น การดำเนินการจัดบริการสาธารณะใดจะต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายและคำแนะนำและข้อกำหนดของส่วนราชการและหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณะด้านนั้นโดยตรง ทั้งนี้ คณะที่ปรึกษาได้นำเสนอมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นสภาวะวิชาชีพของบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไต นอกจากนี้ ยังมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีหน้าที่และอำนาจกำกับดูแลหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งนี้ หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0207.11/872 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566 เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติการขอเปิด

หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระดับเขตเป็นผู้พิจารณาอนุมัติการขอเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่ ซึ่งข้อมูลที่จะพิจารณามีดังต่อไปนี้

1) โรงพยาบาลที่จะเปิดหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเปิดบริการล้างไตทางช่องท้องหรือไม่

2) จำนวนผู้ป่วยคาดการณ์ที่จะเข้ารับบริการในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่และจำนวนผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดิม

3) โครงสร้างทางภูมิศาสตร์ในการเดินทาง และความต้องการของพื้นที่

4) มีเครือข่ายและบุคลากรทางการแพทย์ที่เตรียมให้บริการในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแห่งใหม่ตามมาตรฐานคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือตามมาตรฐานประกาศกระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

5) การจัดพื้นที่หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามมาตรฐานคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือตามมาตรฐานประกาศกระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(5) แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่ใช้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเครื่องการันตีคุณภาพการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย โดยเทศบาลตำบลบางปูอาจเลือกที่จะดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยตนเองตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขและมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หรือจ้างเหมาบริการเอกชนมาดำเนินการ ไม่ว่าเทศบาลตำบลบางปูจะเลือกการบริหารคลินิกฟอกไตในรูปแบบใดก็ตาม คลินิกฟอกไตเทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ดังนี้

1) ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จะต้องรับผิดชอบหรือจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1.1) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคไต หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง

1.2) ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ได้ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากสถาบันที่คณะกรรมการสถานพยาบาลรับรอง โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่า

1 คน ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4 คน ในแต่ละช่วงเวลาและมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยปฏิบัติงานร่วมด้วยในสัดส่วนเดียวกัน

2) นอกจากผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ควรจัดให้มีนักโภชนาการและนักจิตวิทยาให้คำแนะนำ ปรีกษาในการดูแลผู้ป่วย

3) ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ต้องจัดให้มีระบบควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้

3.1) ห้องให้บริการฟอกเลือด ต้องเป็นเขตกึ่งปลอดเชื้อ

3.2) การใช้และปฏิบัติงานในเขตห้องบริการฟอกเลือดถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ

3.3) มาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้องอุปกรณ์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

4) สถานพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกทุกราย โดยสถานพยาบาลจะต้องชี้แจงขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้านให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ความยินยอมและต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในครั้งต่อไปทุก 6 เดือน

5) กรณีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ต้องมีระบบในการเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งจะนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่มีบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามที่ได้มีข้อตกลงกันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

(6) เอกชนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ้างเหมาบริการเพื่อดำเนินการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องปฏิบัติตามตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตสุขภาพทุก 3 เดือน ดังนี้

1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Sp KT/V น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 1.2 สำหรับการฟอก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่าหรือเท่ากับ 1.8 สำหรับการฟอก 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ URR น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65

- 3) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dL
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 10.2 mg/dL
- 5) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum phosphorus มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5.0 mg/dL
- 6) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 10-11.5 g/dL
- 7) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ hemoglobin มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 10-11.5 g/dL
- 8) ปริมาณ bacteria ในระบบน้ำปัสสาวะ โดยค่าผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 cfu/mL
- 9) จำนวนผู้ป่วยที่เกิด cardiac arrest ที่หน่วยไตเทียม โดยค่าผ่านเกณฑ์เท่ากับ 0 ราย

(7) ด้วยกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันและผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม รูปแบบการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เหมาะสมสำหรับเทศบาลตำบลบางปู คือ การจ้างเหมาบริการเอกชน ซึ่งแม้ว่าเทศบาลตำบลบางปูจะสามารถโอนภาระและความเสี่ยงในการจัดบริการให้แก่เอกชน แต่ผู้ประกอบการเอกชนก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ดังนั้น เทศบาลตำบลบางปูจำเป็นต้องวางแผนระบบการกำกับดูแลเอกชนที่รับจ้างเหมาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรจุหรือจ้างแพทย์ที่มีประสบการณ์ ความรู้ และความเชี่ยวชาญเพื่อบริหารจัดการ และกำกับดูแลการบริการของเอกชนในภาพรวม

(8) คณะที่ปรึกษาได้ออกแบบรูปแบบและแบบแปลนอาคารคลินิกดูแลรักษาและฟอกไต ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเฉพาะระบบบริการทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบอาคารเป็นอาคาร 2 ชั้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พิการหรือสูงอายุ มีห้องพักบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นสัดส่วน และมีห้องฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และรายละเอียดอื่นดังนี้

- 1) โถงรอฟอกเลือดจะเป็นจุดที่รับคนไข้และญาติคนไข้ จำนวน 50 คน ที่จะรอรับการฟอกเลือดในรอบถัดไป ประมาณ 15-30 นาที เพื่อเตรียมตัว และใช้เป็นพื้นที่สำหรับคนไข้ที่ฟอกเลือดเรียบร้อยแล้วรอญาติมารับกลับบ้าน

2) นอกจากห้องน้ำสำหรับชายและหญิงแล้ว ต้องมีห้องสำหรับคนพิการและคนใช้รถเข็นด้วย โดยจำนวนห้องน้ำต่อผู้ใช้บริการสำหรับคนไข้ จำนวน 50 คน และเจ้าหน้าที่ จำนวน 35 คน ได้แก่ พยาบาล 13 คน ผู้ช่วยพยาบาล 13 คน แม่บ้าน และพนักงานเปล

3) ห้องสังเกตอาการขนาดใหญ่ (12 เมตร x 8 เมตร) เป็นพื้นที่กักเลือดให้หยุดหลังพอกเลือดเรียบร้อยแล้วและถอนเข็มออกจากเส้นเลือดซึ่งจะต้องกักเลือดและสังเกตอาการ ประมาณ 30 นาที

4) ห้องสำหรับอ่างล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ 50 เตียง และอ่างคนที่ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ จำนวนทั้งหมด 6-8 อ่าง ประกอบด้วยอ่างล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ไวรัสตับอักเสบบี 1 อ่าง คนไข้ไวรัสตับอักเสบบี 1 อ่าง และอ่างสำหรับล้างตัวกรองสำหรับคนไข้ปกติ 4-6 อ่าง โดยอ่างมีขนาด 0.9 เมตร x 0.9 เมตร และห้องสำหรับล้างตัวกรองจะต้องมีประตูเข้า-ออกแยกกัน (ประตูสำหรับนำตัวกรองที่ใช้แล้วเข้ารับการล้างและประตูสำหรับนำตัวกรองที่ได้รับล้างแล้วออกไปยังห้องเก็บตัวกรองไม่ปะปนกัน และต้องมีที่ดูดอากาศ ดูดสารเคมีจากห้องนี้ออกด้านนอก

5) ในห้องเก็บตัวกรอง ควรมีอ่างเตรียมตัวกรอง 1 อ่างเพื่อล้างน้ำยาที่เคลือบก่อนใช้

6) ห้องเก็บน้ำยาพอกเลือดสำหรับคนไข้ 50 เตียง ต้องใช้พื้นที่มาก (ประมาณ 8 เมตร x 4 เมตร) และต้องอยู่ไกลประตูภายนอกสำหรับการขนย้าย โดยไม่ต้องผ่านห้องพอกเลือด

7) ควรมีห้องหรือเคาน์เตอร์สำหรับเตรียมยาที่มีอ่างล้างมือและตู้เย็นเก็บยาเย็นสำหรับเตรียมยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดแดง

8) หน่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีถังเก็บน้ำดิบ ความจุรวม 18,000 ลิตร เพื่อรองรับน้ำประปาไม่ไหลได้ 4 ชั่วโมง และควรมีห้องเครื่องปั่นไฟในกรณีไฟดับ

9) หน่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีถังบำบัดน้ำเสียสำหรับรองรับน้ำทิ้งจากการพอกเลือดแยกออกจากน้ำสาธารณสุขโรค

10) หน่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีห้องอเนกประสงค์สำหรับพับผ้าปูโซฟา ห่ออุปกรณ์ทำแผล และอบ autoclave)

11) ขนาดเตียงต้องมีพื้นที่ 2 เมตร X 2 เมตร และมีพื้นที่หน้าเตียง 2 เมตร สำหรับรถเข็นกรณีเหตุฉุกเฉิน)

12) ควรมีห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกเป็นเอกเทศจากห้องพอกเลือดสำหรับผู้ป่วยปกติ และต้องมีระบบระบายอากาศออกด้านนอกและอยู่ไกลทางออก

13) หน่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรมีห้องประชุมและห้องให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วย

6.3 สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะและการประชุมชี้แจงผลการศึกษาวิจัยและแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปู

6.3.1 สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะวันที่ 7 มีนาคม 2567

คณะที่ปรึกษาได้ดำเนินการจัดการประชุมเวทีสาธารณะเพื่อชี้แจงผลการศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูให้แก่ตัวแทนประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จำนวน 200 คน เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2567 เวลา 13.30 – 15.00 น. ห้องประชุมใหญ่เทศบาลตำบลบางปู

คณะที่ปรึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบายต่อเทศบาลตำบลบางปูให้แก่ตัวแทนประชาชนที่เข้าร่วมการประชุมเวทีสาธารณะ หลังจากนั้น จึงเปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนแสดงความคิดเห็นและสอบถามประเด็นต่าง ๆ ที่ยังมีข้อสงสัย ทั้งนี้ ตัวแทนประชาชนได้เสนอความคิดเห็นดังต่อไปนี้

- เห็นด้วยกับการที่เทศบาลตำบลบางปูมีแผนจัดตั้งศูนย์ให้บริการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตแบบครบวงจรในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยเทศบาลควรจัดตั้งเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างครบวงจรตั้งแต่การตรวจ วินิจฉัย และติดตามอาการทั่วไป ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 5 ที่ต้องมีการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน ตลอดจนทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต

- เห็นด้วยกับการจัดตั้งศูนย์ฟอกไต โดยคาดหวังว่าจะมีการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตให้ครอบคลุมพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประชาชนในพื้นที่สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ใด ๆ ก็ดี มาตรการเร่งด่วนที่เทศบาลตำบลบางปูควรดำเนินการในการแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การจัดหาทรัพยากร-ส่งผู้ป่วยโรคไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเบื้องต้น และการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้จะช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้

- เทศบาลตำบลบางปู ควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจต้องเผชิญภาวะความเครียดและความกดดันจากโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงญาติและผู้ดูแลที่ต้องออกจากงานหรือต้องประกอบอาชีพเพื่อนำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายค่ารักษาผู้ป่วย โดยมีการจัดตั้งสายด่วนสุขภาพจิตประจำเทศบาล และจัดหาทีมผู้ชำนาญในการดูแล รักษาและให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักดนตรีบำบัด เป็นต้น และควรจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประจำปีเพื่อให้บริการตรวจสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและประเมินภาวะสุขภาพจิต ให้กับประชาชนในพื้นที่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับคนที่ไม่สะดวกเดินทางไปตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไต

เบื้องต้น และทำให้ตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคไตได้เร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางไปยังศูนย์ฟอกไตได้ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง

- การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูนนั้นนับเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากโรคไตเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงและต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องได้รับการฟอกไต แบบฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม หรือฟอกเลือดทางช่องท้องที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตมักประสบปัญหาในการเข้าถึงการรักษา โดยการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย อาหารเสริม เครื่องปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต แลหรือค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือการรักษา รวมถึงประชาชนจะได้รับความรู้ในการดูแลรักษาโรคไตได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

- เทศบาลตำบลบางปูนควรให้การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าห้องที่บ้าน โดยการจัดทำห้องปลอดเชื้อให้กับผู้ป่วยและจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการล้างไต รวมถึงเทศบาลตำบลบางปูน การจัดการพยาบาลรับ-ส่งสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกไต ด้วย

- เทศบาลตำบลบางปูนควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังให้แก่ประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์และการจัดทำสื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเบื้องต้นให้กับประชาชนทั่วไป โดยการใช้ช่องการและวิธีการสื่อสารที่น่าสนใจเข้าถึงประชาชนได้ทั่วถึง เช่น LINE, Facebook, YouTube เป็นต้น

6.3.2 สรุปผลการประชุมชี้แจงแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปูน วันที่ 7 มีนาคม 2567

(1) การบรรยายภาคเช้า “ขั้นตอนการตรวจประเมินหน่วยไตเทียมเพื่อรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม”

ในภาคเช้า ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บรรยายแนวทางการตรวจประเมินหน่วยไตเทียมเพื่อรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต) ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสมัครเพื่อรับการประเมินหน่วยไตเทียม

- หน่วยไตเทียมกรอกรายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดย ตรต.
- หน่วยไตเทียมส่งรายงานการประเมินตนเองที่มีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบหน่วยไตเทียม หัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าสถานพยาบาล และชำระค่าธรรมเนียมการตรวจประเมินที่ ตรต. กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจเยี่ยมหน่วยไตเทียมโดย ตรต.

- เมื่อได้รับรายงานการประเมินตนเองเรียบร้อยแล้วคณะทำงานประกอบด้วยเลขานุการ คณะอนุกรรมการ ตรต. และเจ้าหน้าที่ ตรต. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร และติดต่อประสานงาน กรรมการ สอง ท่านจากคณะอนุกรรมการ ตรต. และคณะอนุกรรมการสมทบ เพื่อกำหนดวันและเวลาเข้าเยี่ยมตรวจประเมินหน่วยไตเทียม
- ภายหลังการตรวจเยี่ยมหน่วยไตเทียม กรรมการตรวจรับรองส่งผลการตรวจมายัง คณะอนุกรรมการ ตรต. ภายใน 1 สัปดาห์ หลังเข้าเยี่ยมตรวจประเมิน เพื่อเตรียมสำหรับการประชุมพิจารณา การรับรองหน่วยไตเทียมของอนุกรรมการ ตรต.

ขั้นตอนที่ 3 การรับรอง

- หน่วยไตเทียมใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจประเมินมาก่อน อาจจะเป็นหน่วยไตเทียมที่ไม่เคยให้บริการผู้ป่วยเลย หรือเป็นหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เคยสมัครขอรับการตรวจประเมิน
- ในกรณีที่หน่วยไตเทียมไม่เคยให้บริการผู้ป่วยเลย คณะอนุกรรมการ ตรต. อาจพิจารณาประเมินความพร้อมของหน่วยไตเทียมตามเกณฑ์มาตรฐานตามองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยไตเทียม การให้บริการ บุคลากร สถานที่ เครื่องไตเทียมและตัวกรอง ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ อุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต เป็นหลัก ถ้าเป็นหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้ว ตรต. จะพิจารณาประเมินหน่วยไตเทียมทุกองค์ประกอบ
- หน่วยไตเทียมใหม่ที่เคยให้บริการผู้ป่วยและมีความพร้อมตามมาตรฐานที่จำเป็นต้องมีในองค์ประกอบข้างต้น หรือหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้วและมีความพร้อมตามมาตรฐานที่จำเป็นต้องมีครบทุกองค์ประกอบ จะได้รับการรับรองชั่วคราวจาก ตรต. เป็นระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี หน่วยไตเทียมจะต้องส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้คณะอนุกรรมการ ตรต. พิจารณาให้การรับรองอย่างเป็นทางการต่ออีก 2 ปี
- ในกรณีที่กรรมการตรวจรับรองประเมินว่า หน่วยไตเทียมยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญของหน่วยไตเทียมต้องส่งข้อมูลการปรับปรุงพร้อมหลักฐานมายังคณะอนุกรรมการ ตรต. เพื่อพิจารณาภายในระยะเวลา 3 เดือนหรือตามที่คณะกรรมการตรวจรับรองกำหนดหลังการเยี่ยมประเมิน เมื่อคณะอนุกรรมการ

ตรต. พิจารณาแล้วว่า หน่วยไตเทียมมีความพร้อมจะได้รับการรับรองชั่วคราวจาก ตรต. เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้น หน่วยไตเทียมต้องส่งข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการรับรองขั้นต่อไป

- ในกรณีที่กรรมการตรวจรับรองประเมินว่า หน่วยไตเทียมยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญ แต่หน่วยไตเทียมไม่ส่งข้อมูลการปรับปรุงพร้อมหลักฐานที่ครบถ้วนมายัง ตรต. เพื่อพิจารณาภายในระยะเวลา 3 เดือนหรือตามที่คณะกรรมการตรวจรับรองกำหนดหลังการเยี่ยมประเมิน คณะอนุกรรมการ ตรต. จะพิจารณาไม่รับรองหน่วยไตเทียมนั้น

- ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้รับผิดชอบหน่วยไตเทียม หัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม ผู้ดำเนินการ (กรณีที่บริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการในสถานพยาบาล) พยาบาลไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม หรือพื้นที่ให้บริการ หน่วยไตเทียมต้องแจ้งเรื่องมายังคณะอนุกรรมการ ตรต. และส่งรายงานการประเมินตนเองฉบับแก้ไข พร้อมหลักฐานที่จำเป็นประกอบการพิจารณาว่าจะให้การรับรองต่อหรือไม่

- คณะอนุกรรมการ ตรต. จะดำเนินการติดตามคุณภาพหน่วยไตเทียมที่ได้รับการรับรองชั่วคราวหรือรับรองเป็นทางการแล้ว และยังอยู่ในระยะเวลาการรับรองโดยติดตามจากข้อมูล TRT registry และอาจเข้าตรวจเยี่ยมติดตามคุณภาพหน่วยไตเทียมตามสมควร

(2) การบรรยายภาคท้าย “แนวทางการบริหารงานการเงินของหน่วยไตเทียมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

ในภาคท้าย ผู้แทนกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองชัยภูมิได้บรรยายแนวทางการบริหารงานการเงินของหน่วยไตเทียมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

2.1 ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท 0808.2/ว 7303 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยงานคลังและเจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน หรืองานที่เกี่ยวข้องกับการเงินการบัญชีตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้

2.2 กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงบประมาณรายจ่ายให้ตั้งไว้ในงบกลางประเภทเงินสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต้องตั้งงบประมาณไว้ในข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีเสนอคณะกรรมการพิจารณาแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารแต่งตั้งเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการ โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการประกอบด้วย

- 1) ผู้บริหารท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารท้องถิ่นที่รับมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ
- 2) ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนักคลัง/กองคลัง ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุข/กองสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และงบประมาณ/กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักพัสดุและทรัพย์สิน/กองพัสดุและทรัพย์สิน เป็นกรรมการ
- 3) หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

2.4 การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างโดยใช้จ่ายจากเงินบำรุงให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ การใช้จ่ายเงินเป็นค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้างให้ผู้ดำเนินการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเห็นชอบและเสนอสภาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอนุมัติ

2.5 การใช้จ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเบิกค่าใช้จ่ายในการบริหารงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- 4) การฝึกอบรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- 5) ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน หรือรายชั่วโมงถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างรายคาบของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยอนุโลม
- 6) ค่าตอบแทนทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน

6.1) ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้าง พนักงานจ้างตามภารกิจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยได้เงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

6.2) บุคลากรที่มีใช้ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้าง พนักงานจ้างตามพรรคขององค์กรส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด โดยอนุโลม

7) การใช้จ่ายเงินบำรุงคงเหลือในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ให้อยู่ในดุลพินิจของผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติ

8) การรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกัน: โรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2559). สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบแพ้ระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561.
- จตุพร จันทะพุกษ์ และ ลักษณะนา ชอบเสียง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14 (34), 243-258.
- ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนพวรรณ พินิจจรเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. ราชกิจจานุเบกษา, 27 (1), 77-91.
- เทศบาลตำบลบางปู. (2566). แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566-2570). สมุทรปราการ: กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ เทศบาลตำบลบางปู.
- รุ่งลาวัลย์ ยี่สุนแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, และดุสิต สุจิรัตน์. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาล, 18 (1), 79-88.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2562). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). เกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉบับปรับปรุง.
- สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ดีปัญญา. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 5 (2), 54-67.
- สุพัตรา เชาวไวย, กิตติพงษ์ พลทิพย์, วิราพร สีสุนทร, จิรพรรณ ชาประดิษฐ์, และชุมศรี ต้นเกตุ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38 (1), 11-20.
- สายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2 (29), 86-101.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 กรุงเทพมหานคร:สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

อดิสร อุดรทักษ์, สุลาวัลย์ วรรณโคตร, วิชชุณี ละม้ายศรี, และธัญญลักษณ์ ไชยสุข. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายอ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8 (2), 532-544.

ภาษาอังกฤษ

- Coffry, M. & Dugdill, L. (2013). "Health and Well-being", in Dwyer, W. & Shaw, S. (eds.) **An Introduction to Social Policy**. London: Sage Publications.
- Freire, P. (1972). **Cultural Action for Freedom**. Middlesex: Penquin Books.
- Freire, P. (1972). **Pedagogy of the Oppressed**, Middlesex: Penquin Books.
- Ismael, H. N., & Rashid, O. A. (2020). **Health-related quality of life in end-stage renal disease patients and healthy individuals**. *Galen. Med. J.*, 9, e1987.
- Labonte, R., Woodard, G. B., Chad, K., & Laverack, G. (2002). "Community Capacity Building: A Parallel Track for Health Promotion Programs". *Canadian Journal of Public Health*, 93(3), pp. 181-182.
- Laverack, G. (2006). "Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature." *Journal of Health, Population, and Nutrition*, pp. 113-120.
- Margaret, L. & Dugdill, L. (2013). "Health and Well-being". In Dwyer, P. & Shaw, S. (eds.) **An Introduction to Social Policy**. London: Sage Publications.
- Office of the National Health Commission. (2007). **National Health Act**. Nonthaburi: Pimluk.
- Pagels, A.A., Soderkvist, B.K., Medin, C., Hylander, B., & Heiwe, S. (2012). **Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment**. *Health. Qual. Life. Outcomes*, 10, 71.
- Pholsri, S. (1990). **Theory and Principles of Development**. Bangkok: O.S. Printing House.
- Ratchachon O. (2015). **The Process of Creating a Strong, Self-reliant Community**. Bangkok: Odean Store.
- Samakkethum, S. (2011). **Empowerment of the Powerless**. Bangkok: the Company Celebrates You. CSB.Ltd.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). *Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks*. Birmingham: University of Birmingham, HSMC and NHS Institute of Innovation and Improvement.
- Srirattanaball, A. (2017). "Health Promotion and Community Empowerment, Unpublished Document. Thai Health Promotion Foundation. (2001)." **Health Promotion Fund Act, B.E. 2544 (2001)**. Bangkok: Thai health Promotion Foundation.

- Stomer, U.E., Wahl A.K., Goransson, L.G., & Urstad, K.H. (2020). **Exploring health literacy in patients with chronic kidney disease: a qualitative study.** *BMC Nephrol.*, 21 (1), 314.
- Tiangthum V. (2015). **Community Capacity Building: Concept and Applications.** Bangkok: Danex Inter Corporation.
- Tienhongsakun W. (1986). **Community Development according to the Western Philosopher.** Bangkok: O.S. Printing House.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์
99 หมู่ที่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 1804, 0-2564-3937

รหัสโครงการวิจัยที่ SSTU-EC 197/2566

หนังสือรับรองเลขที่ 156/2566

ชื่อโครงการวิจัย โครงการศึกษาวิจัยจัดทำยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษา
ภาวะไตเรื้อรังและไตวายในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา
หน่วยงานที่รับผิดชอบ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชื่อผู้ร่วมวิจัย นายแพทย์ ภัทร ชุติมานุกูล
หน่วยงานที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลระยอง

เอกสารที่รับรอง

ลำดับที่	รายการ	เอกสารฉบับที่/วัน/เดือน/ปี
1	โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 3 มกราคม 2567
2	แบบประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา	ฉบับที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2566
3	แบบประวัติผู้ร่วมวิจัย นายแพทย์ ภัทร ชุติมานุกูล	ฉบับที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2566
4	ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน รองศาสตราจารย์ ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา	
5	ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน นายแพทย์ ภัทร ชุติมานุกูล	

เอกสารที่รับรอง รหัสโครงการวิจัยที่ 197/2566 (ต่อ)

ลำดับที่	รายการ	เอกสารฉบับที่/วัน/เดือน/ปี
6	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 3 มกราคม 2567
7	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2566
8	แนวคำถามการสัมภาษณ์	ฉบับที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2566
9	แนวทางการสนทนากลุ่ม	ฉบับที่ 1 วันที่ 14 ธันวาคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ ได้พิจารณาอนุมัติ
ด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. อนุสรณ์ อุณโณ)

ประธานคณะกรรมการ

วันที่รับรอง: วันที่ 4 มกราคม 2567

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า วันที่ 4 มกราคม 2568

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรุมา เดพละกุล)

กรรมการและเลขานุการ

วันหมดอายุการรับรอง: วันที่ 4 มกราคม 2568

ภาคผนวก 2

แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการฟอกเลือด
ผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม

--	--	--



สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แบบสำรวจคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือโดยเครื่องไตเทียม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ไม่ใช่ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น: ☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 1.2 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ
- 1.3 ปัจจุบัน ท่าน ☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ล้างไตผ่านเยื่อช่องท้อง ☐ ยังไม่ได้รับการล้างไต
- 1.4 อายุปี
- 1.5 สถานภาพสมรสของผู้ป่วย ☐ โสด ☐ คู่/สมรส ☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
- 1.6 ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- 1.7 ปัจจุบันผู้ป่วยทำงานหรือไม่
☐ ไม่ เพราะ
☐ ออกจากงานเพราะมีอาการป่วย/เพื่อรักษาอาการป่วย รายได้ก่อนออกจากงาน.....บาท/เดือน
☐ ไม่ได้ทำงานอยู่แล้ว
☐ เกษียณ
☐ กำลังศึกษาอยู่
☐ ทำงาน อาชีพ
☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานบริษัท ☐ ค้าขาย/เจ้าของกิจการ ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- 1.8 ข้อมูลงานที่ทำในปัจจุบัน
☐ เป็นงานเดิมที่ทำตั้งแต่ก่อนล้างไต รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
☐ เป็นงานใหม่ (เปลี่ยนงานหลังจากล้างไต) รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน (รายได้เดิม.....บาท/เดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรายละเอียดต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติในชีวิตประจำวัน

- 2.1 การขาดงานของผู้ป่วย ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ ทำงานอยู่ หักงานเฉพาะวันที่ต้องมารับการฟอกเลือด เฉลี่ยครั้งละ.....ชั่วโมง
- 2.2 จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ☐ ไม่มีผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน ☐ ปกติมีผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน.....คน
- 2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
อายุ	ปี	ปี	ปี
เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ
ระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ยต่อวัน	ชั่วโมง	ชั่วโมง	ชั่วโมง
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
การขาดงานของผู้ดูแล	☐ ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ระบุเงินเดือนก่อนออกจากงานบาท/เดือน ☐ ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน ☐ ไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย ☐ ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วยเป็นเงิน..... บาท/เดือน	☐ ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ระบุเงินเดือนก่อนออกจากงานบาท/เดือน ☐ ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน ☐ ไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย ☐ ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วยเป็นเงิน..... บาท/เดือน	☐ ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ระบุเงินเดือนก่อนออกจากงานบาท/เดือน ☐ ปกติทำงานอยู่ที่บ้านจึงดูแลผู้ป่วยได้ รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน ☐ ไม่ได้ทำงานอยู่แล้วจึงมาดูแลผู้ป่วย ☐ ได้รับค่าจ้างดูแลผู้ป่วยเป็นเงิน..... บาท/เดือน

2.4 หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้อาจต้องปรับเปลี่ยนสภาพที่บ้านหรือซื้ออุปกรณ์พิเศษ หรือไม่

☐ ไม่

☐ มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน ฯลฯ เป็นจำนวนเงินรวม.....บาท

☐ ปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้าน ได้แก่ การต่อเติมบ้าน ปรับเปลี่ยนห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ เป็นจำนวนเงินรวม.....บาท

2.5 หลังจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้น ท่านต้องจ้างคนมาดำเนินการบางอย่างแทน เช่น ดูแลบิดามารดา ทำงานบ้าน ฯลฯ เป็นค่าใช้จ่าย.....บาท/เดือน

ส่วนที่ 3 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ไม่ Admit) เช่น พบแพทย์ตามนัดหมาย หรือ พบแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3.1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....ครั้ง โดยเป็นการรักษาตามนัดหมาย.....ครั้ง และโดยไม่นัดหมาย.....ครั้ง

3.2 การเดินทางไป-กลับคลินิก/โรงพยาบาล (รวมผู้ดูแล) มีค่าเดินทางเฉลี่ย.....บาท/ครั้ง

3.3 ในการเดินทางไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วยหรือไม่

☐ ไม่

☐ มีผู้ดูแลเดินทางมาด้วย จำนวน.....คน โดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เป็นคนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

☐ ไม่ใช่คนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วย (กรุณาตอบข้อ 3.4 ด้วย)

3.4 กรณีผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
อายุ	ปี	ปี	ปี
เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
ระยะเวลาที่เดินทางไปพร้อมผู้ป่วยต่อครั้ง	ชั่วโมง	ชั่วโมง	ชั่วโมง
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ	บาท/เดือน	บาท/เดือน	บาท/เดือน

ส่วนที่ 4 กรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน (Admit) เช่น เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบค้างคืนที่โรงพยาบาล เป็นต้น

- 4.1 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน.....ครั้ง ครั้งละเฉลี่ย.....วัน (กรณีไม่ Admit ข้ามไปส่วนที่ 5)
- 4.2 การเดินทางไป-กลับคลินิก/โรงพยาบาล (รวมผู้ดูแล) มีค่าเดินทางเฉลี่ย.....บาท/ครั้ง
- 4.3 ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายอื่นที่เพิ่มขึ้นจากชีวิตประจำวันเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (รวมผู้ดูแล) คิดเป็นโดยเฉลี่ย.....บาท/ครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล
- 4.4 ในการรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้องเสียค่าที่พักหรือไม่ (รวมผู้ดูแล)
- ☐ ไม่มีค่าที่พัก
- ☐ มีค่าที่พักเฉลี่ย.....บาท/ครั้งที่รักษาตัวในโรงพยาบาล
- 4.5 ในการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในต้องมีผู้ดูแล.....คน โดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ เป็นคนเดียวกันกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน
- ☐ ไม่ได้เป็นคนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน (กรุณาตอบข้อ 4.6 ด้วย)
- 4.6 กรณีผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
อายุ	ปี	ปี	ปี
เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ	☐ ชาย ☐ หญิง ☐ ไม่ประสงค์ระบุเพศ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ บิดา/มารดา ☐ พี่น้อง/ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
ระยะเวลาที่เดินทางไปพร้อมผู้ป่วยต่อครั้ง	ชั่วโมง	ชั่วโมง	ชั่วโมง
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ	บาท/เดือน	บาท/เดือน	บาท/เดือน

ส่วนที่ 5 ต้นทุนอื่น ๆ ของผู้ป่วย

5.1 นอกจากผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแล้ว ยังต้องรับการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคนี้นอกโรงพยาบาล หรือมีอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคนี้นอกจากแหล่งอื่นรวมหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ รักษาโรคที่เป็นอยู่จากแหล่งอื่นรวมด้วย ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ รักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอื่น เสียค่าใช้จ่ายโดยประมาณเป็นเงิน.....บาท/ปี

☐ ซื้อยาจากร้านยา เสียค่าใช้จ่ายโดยประมาณเป็นเงิน.....บาท/ปี

☐ ใขยาแผนโบราณหรือสมุนไพร เสียค่าใช้จ่ายโดยประมาณเป็นเงิน.....บาท/ปี

☐ รับประทานผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์อื่น ๆ เช่น อาหารเสริม เสียค่าใช้จ่ายโดยประมาณเป็นเงิน.....บาท/ปี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป

6.1 ขอให้ผู้ป่วยระบุ “ระดับผลกระทบ” หรือ “รบกวนคุณภาพชีวิต” จากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ในประเด็นต่อไปนี้

	มีผลกระทบมากที่สุด (4)	มีผลกระทบมาก (3)	มีผลกระทบปานกลาง (2)	มีผลกระทบน้อย (1)	ไม่มีผลกระทบเลย (0)
(1) อาการเจ็บหรือไม่สบาย	☐	☐	☐	☐	☐
(2) มีความกังวล	☐	☐	☐	☐	☐
(3) มีผลกระทบต่อรูปลักษณ์และรูปร่าง	☐	☐	☐	☐	☐
(4) เจ็บปวดกล้ามเนื้อ	☐	☐	☐	☐	☐
(5) เจ็บหน้าอก	☐	☐	☐	☐	☐
(6) เป็นตะคริว	☐	☐	☐	☐	☐
(7) อาการคันที่ผิวหนัง	☐	☐	☐	☐	☐
(8) ผิวหนังแห้ง	☐	☐	☐	☐	☐
(9) หายใจติดขัด	☐	☐	☐	☐	☐
(10) หนาม็ดวิงเวียน	☐	☐	☐	☐	☐
(11) เบื่ออาหาร	☐	☐	☐	☐	☐
(12) อ่อนเพลีย	☐	☐	☐	☐	☐
(13) มีอาการปวดหรือชาที่มือหรือเท้า	☐	☐	☐	☐	☐
(14) มีอาการคลื่นไส้ อายากอาเจียน	☐	☐	☐	☐	☐
(15) มีปัญหาบริเวณที่ใส่สาย Catheter	☐	☐	☐	☐	☐

6.2 ขอให้ผู้ป่วยระบุ “สภาพปัญหา” เกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตทั่วไป

	มีปัญหาอย่างมาก (3)	มีปัญหาปานกลาง (2)	ไม่มีปัญหา (1)
(1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน	☐	☐	☐
(2) การดูแลตนเอง	☐	☐	☐
(3) การทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น)	☐	☐	☐
(4) ความเจ็บปวด/ความไม่สบายเนื้อสบายตัว	☐	☐	☐
(5) ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	☐	☐	☐

ส่วนที่ 7 ผลกระทบอื่นที่มีต่อผู้ป่วย

7.1 การเป็นโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน หรือไม่

☐ ไม่มี☐ มี โปรดระบุ.....

7.2 (กรณีผู้ป่วยกำลังศึกษาอยู่) การเป็นโรคไตเรื้อรังส่งผลต่อการศึกษาของผู้ป่วยหรือไม่ (หากไม่ได้กำลังศึกษา ข้ามไปข้อ 7.3)

☐ ไม่มี☐ ต้องเปลี่ยนโรงเรียน/มหาวิทยาลัย/คณะ☐ ต้องลาออก ไม่ได้ศึกษาต่อ☐ ต้องหยุดเรียนประมาณ.....วัน/เดือน

7.3 การเป็นโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการทำงานของท่านหรือไม่

☐ ไม่มี☐ มี โปรดระบุ.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถามนี้ กรุณาติดต่อ คุณสมบัติ ชูเถื่อน โทร 080 657 3388

ภาคผนวก 3

ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียม
และคลินิกฟอกไตภาคเอกชน

**ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยไตเทียม
และคลินิกฟอกไตภาคเอกชน**

1. กรุณาให้ความคิดเห็นต่อประเด็นต่อไปนี้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.1 รูปแบบและระบบบริการ

1.2 กำลังคน

1.3 ระบบข้อมูลสุขภาพ

1.4 การบริหารการเงิน งบประมาณ และพัสดุของหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.5 การบริหารยาและเวชภัณฑ์

1.6 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

2. กรุณาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของเทศบาลตำบลบางปู

ภาคผนวก 4

ประเด็นคำถามในการระดมความคิดเห็นตัวแทนประชาชนและตัวแทนบุคลากร
ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อจัดทำารจัดทำ (ร่าง) แผนแม่บทและธรรมนูญ
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)
เทศบาลตำบลบางปู



THAMMASAT UNIVERSITY
RESEARCH AND CONSULTANCY INSTITUTE
สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การประชุมเชิงปฏิบัติการ/สนทนากลุ่ม จัดทำ (ร่าง) แผนแม่บท และธรรมนูญส่งเสริมสุขภาพ พื้นที่ และชะลอโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู จ.สมุทรปราการ

วันพุธที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 9.30 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมชั้น 5 เทศบาลตำบลบางปู อ.เมือง จ.สมุทรปราการ



กำหนดการ

- ▶ 9.00 - 9.30 ลงทะเบียน
- ▶ 9.30 - 10.30 พิธีเปิด
- ▶ 10.30 - 10.45 ถ่ายภาพหมู่และมอบของที่ระลึกแก่แขกผู้มีเกียรติ
- ▶ 10.45 - 12.00 ระดมความคิดเห็น
- ▶ 12.00 - 13.00 รับประทานอาหารกลางวัน
- ▶ 13.00 - 14.00 ระดมความคิดเห็น
- ▶ 14.00 - 15.00 การนำเสนอของแต่ละกลุ่ม

หลักการธรรมาภิบาล



เอกชนและประชาสังคม

ธรรมาภิบาล = ข้อตกลงระหว่างรัฐ ประชาชน
เอกชนและประชาสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ



ประเด็น
ในการระดม
ความคิดเห็น



- ▶ **ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ 10 ปี**
สถานการณ์โรคไตในเทศบาลตำบลบางปูจะเป็นอย่างไรใน 10 ปีข้างหน้า
- ▶ **สิทธิของประชาชนเกี่ยวกับเรื่องโรคไต**
ประชาชนควรมีสิทธิอะไรบ้างเกี่ยวกับภาวะไตเรื้อรัง
- ▶ **หน้าที่ของประชาชนเกี่ยวกับเรื่องโรคไต**
- ▶ **หน้าที่ของเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐ**
- ▶ **หน้าที่ของภาคเอกชน**

ภาคผนวก 5

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการและ
อำเภอบางบ่อ จ.สมุทรปราการ
จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปากน้ำ	68	12.3	124	22.42	251	45.39	53	9.58	57	10.31	553
สำโรงเหนือ	22	8.8	58	23.2	107	42.8	34	13.6	29	11.6	250
บางเมือง	52	9.51	162	29.62	237	43.33	50	9.14	46	8.41	547
ทวายบาน	29	9.29	82	26.28	140	44.87	39	12.5	22	7.05	312
บางปูใหม่	42	15.67	55	20.52	112	41.79	38	14.18	21	7.84	268
แพรกษา	38	12.97	81	27.65	109	37.2	42	14.33	23	7.85	293
บางโปรง	9	12.16	16	21.62	35	47.3	7	9.46	7	9.46	74
บางปู	6	6.06	25	25.25	42	42.42	13	13.13	13	13.13	99
บางสวน	15	16.67	18	20	37	41.11	13	14.44	7	7.78	90
บางเมืองใหม่	39	10.1	92	23.83	172	44.56	44	11.4	39	10.1	386
เทพารักษ์	36	9.5	95	25.07	172	45.38	39	10.29	37	9.76	379
ทวายบานใหม่	59	10.23	160	27.73	251	43.5	62	10.75	45	7.8	577
แพรกษาใหม่	28	10.81	74	28.57	107	41.31	29	11.2	21	8.11	259
รวม	443	10.84	1,042	25.5	1,772	43.36	463	11.33	367	8.98	4,087

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปากน้ำ	60	12.02	118	23.65	223	44.69	55	11.02	43	8.62	499
สำโรงเหนือ	19	7.63	61	24.5	97	38.96	44	17.67	28	11.24	249
บางเมือง	64	11.15	139	24.22	266	46.34	58	10.1	47	8.19	574
ทวายบาน	30	10.6	69	24.38	118	41.7	45	15.9	21	7.42	283
บางปูใหม่	31	13.25	52	22.22	100	42.74	34	14.53	17	7.26	234
แพรกษา	35	13.41	64	24.52	107	41	34	13.03	21	8.05	261
บางโปรง	7	12.5	10	17.86	31	55.36	4	7.14	4	7.14	56
บางปู	7	7.07	26	26.26	46	46.46	11	11.11	9	9.09	99
บางควน	15	14.56	23	22.33	44	42.72	13	12.62	8	7.77	103
บางเมืองใหม่	29	8.01	88	24.31	162	44.75	46	12.71	37	10.22	362
เทพารักษ์	25	7.33	85	24.93	155	45.45	41	12.02	35	10.26	341
ทวายบานใหม่	38	7.21	167	31.69	217	41.18	68	12.9	37	7.02	527
แพรกษาใหม่	24	11.32	45	21.23	97	45.75	20	9.43	26	12.26	212
รวม	384	10.11	947	24.92	1,663	43.76	473	12.45	333	8.76	3,800

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปากน้ำ	61	12.5	121	24.8	213	43.65	52	10.66	41	8.4	488
สำโรงเหนือ	20	7.43	67	24.91	117	43.49	36	13.38	29	10.78	269
บางเมือง	60	9.54	168	26.71	282	44.83	62	9.86	57	9.06	629
ทวายบาน	29	10	64	22.07	128	44.14	50	17.24	19	6.55	290
บางปูใหม่	42	16.73	55	21.91	104	41.43	20	7.97	30	11.95	251
แพรกษา	55	16.27	79	23.37	134	39.64	42	12.43	28	8.28	338
บางโปรง	11	13.41	15	18.29	38	46.34	11	13.41	7	8.54	82
บางปู	10	10.87	22	23.91	45	48.91	9	9.78	6	6.52	92
บางสวน	16	12.21	28	21.37	60	45.8	18	13.74	9	6.87	131
บางเมืองใหม่	30	8.7	75	21.74	162	46.96	37	10.72	41	11.88	345
เทพารักษ์	33	9.14	91	25.21	165	45.71	42	11.63	30	8.31	361
ทวายบานใหม่	54	10.34	143	27.39	218	41.76	64	12.26	43	8.24	522
แพรกษาใหม่	27	12.11	50	22.42	96	43.05	21	9.42	29	13	223
รวม	448	11.14	978	24.32	1,762	43.82	464	11.54	369	9.18	4,021

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปากน้ำ	56	11.62	100	20.75	234	48.55	50	10.37	42	8.71	482
สำโรงเหนือ	23	9.75	63	26.69	103	43.64	24	10.17	23	9.75	236
บางเมือง	70	10.54	168	25.3	311	46.84	69	10.39	46	6.93	664
ทวายบาน	35	12.41	57	20.21	128	45.39	41	14.54	21	7.45	282
บางปูใหม่	34	13.65	66	26.51	101	40.56	26	10.44	22	8.84	249
แพรกษา	51	14.45	89	25.21	142	40.23	41	11.61	30	8.5	353
บางโปรง	11	12.64	19	21.84	35	40.23	12	13.79	10	11.49	87
บางปู	4	4.76	22	26.19	43	51.19	6	7.14	9	10.71	84
บางสวน	16	17.98	15	16.85	39	43.82	12	13.48	7	7.87	89
บางเมืองใหม่	32	9.2	82	23.56	165	47.41	36	10.34	33	9.48	348
เทพารักษ์	29	8.03	94	26.04	185	51.25	32	8.86	21	5.82	361
ทวายบานใหม่	50	9.51	138	26.24	240	45.63	50	9.51	48	9.13	526
แพรกษาใหม่	33	13.92	56	23.63	108	45.57	16	6.75	24	10.13	237
รวม	444	11.11	969	24.24	1,834	45.87	415	10.38	336	8.4	3,998

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปากน้ำ	51	10.22	110	22.04	241	48.3	64	12.83	33	6.61	499
สำโรงเหนือ	39	8.97	126	28.97	189	43.45	43	9.89	38	8.74	435
บางเมือง	62	9.97	157	25.24	284	45.66	72	11.58	47	7.56	622
ทวายบาน	29	10.86	52	19.48	127	47.57	37	13.86	22	8.24	267
บางปูใหม่	25	8.68	79	27.43	121	42.01	40	13.89	23	7.99	288
แพรกษา	45	13.16	100	29.24	136	39.77	35	10.23	26	7.6	342
บางโปรง	9	10.59	20	23.53	34	40	15	17.65	7	8.24	85
บางปู	8	10.26	22	28.21	38	48.72	6	7.69	4	5.13	78
บางควน	10	11.36	21	23.86	39	44.32	14	15.91	4	4.55	88
บางเมืองใหม่	34	9.34	81	22.25	166	45.6	48	13.19	35	9.62	364
เทพารักษ์	34	8.54	106	26.63	188	47.24	48	12.06	22	5.53	398
ทวายบานใหม่	48	9.32	124	24.08	251	48.74	47	9.13	45	8.74	515
แพรกษาใหม่	30	12.66	63	26.58	95	40.08	25	10.55	24	10.13	237
รวม	424	10.05	1,061	25.15	1,909	45.26	494	11.71	330	7.82	4,218

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางบ่อ	29	12.34	54	22.98	98	41.70	39	16.60	15	6.38	235
บ้านระกาศ	24	19.05	35	27.78	44	34.92	14	11.11	9	7.14	126
บางพลีน้อย	14	13.08	33	30.84	38	35.51	15	14.02	7	6.54	107
บางเพรียง	22	13.66	54	33.54	65	40.37	11	6.83	9	5.59	161
คลองदान	42	14.33	86	29.35	91	31.06	44	15.02	30	10.24	293
คลองสวน	1	5.00	4	20.00	10	50.00	4	20.00	1	5.00	20
เปร็ง	5	12.82	11	28.21	11	28.21	7	17.95	5	12.82	39
คลองนิมยตรา	11	27.50	9	22.50	12	30.00	7	17.50	1	2.50	40
รวม	148	14.50	286	28.01	369	36.14	141	13.81	77	7.54	1,021

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางบ่อ	35	12.41	81	28.72	117	41.49	30	10.64	19	6.74	282
บ้านระกาศ	14	14.14	31	31.31	33	33.33	12	12.12	9	9.09	99
บางพลีน้อย	6	6.98	22	25.58	40	46.51	11	12.79	7	8.14	86
บางเพรียง	22	13.75	52	32.5	63	39.38	11	6.88	12	7.5	160
คลองदान	79	17.36	130	28.57	164	36.04	64	14.07	18	3.96	455
คลองสวน	1	6.25	2	12.5	5	31.25	5	31.25	3	18.75	16
เปรียง	7	25	13	46.43	5	17.86	1	3.57	2	7.14	28
คลองนิมยตรา	4	10.53	12	31.58	16	42.11	4	10.53	2	5.26	38
รวม	168	14.43	343	29.47	443	38.06	138	11.86	72	6.19	1,164

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางบ่อ	38	10.89	102	29.23	148	42.41	39	11.17	22	6.3	349
บ้านระกาศ	22	19.82	25	22.52	37	33.33	16	14.41	11	9.91	111
บางพลีน้อย	15	16.13	18	19.35	41	44.09	13	13.98	6	6.45	93
บางเพรียง	34	18.89	65	36.11	60	33.33	13	7.22	8	4.44	180
คลองदान	95	18.7	132	25.98	196	38.58	59	11.61	26	5.12	508
คลองสวน	1	5	2	10	9	45	6	30	2	10	20
เปร็ง	10	25.64	13	33.33	10	25.64	2	5.13	4	10.26	39
คลองนิมยตรา	2	6.06	9	27.27	15	45.45	5	15.15	2	6.06	33
รวม	217	16.28	366	27.46	516	38.71	153	11.48	81	6.08	1,333

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางบ่อ	62	17.27	92	25.63	147	40.95	37	10.31	21	5.85	359
บ้านระกาศ	15	15.31	19	19.39	38	38.78	21	21.43	5	5.10	98
บางพลีน้อย	3	3.53	20	23.53	37	43.53	19	22.35	6	7.06	85
บางเพรียง	79	25.99	85	27.96	108	35.53	21	6.91	11	3.62	304
คลองदान	55	13.25	91	21.93	175	42.17	66	15.90	28	6.75	415
คลองสวน	3	16.67	2	11.11	7	38.89	4	22.22	2	11.11	18
เปรี้ง	5	14.71	15	44.12	6	17.65	5	14.71	3	8.82	34
คลองนิมยตรา	4	10.26	7	17.95	19	48.72	8	20.51	1	2.56	39
รวม	226	16.72	331	24.48	537	39.72	181	13.39	77	5.70	1,352

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จำแนกตาม Stage ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ตำบล	ระยะ 1		ระยะ 2		ระยะ 3		ระยะ 4		ระยะ 5		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บางบ่อ	48	13.41	112	31.28	147	41.06	36	10.06	15	4.19	358
บ้านระกาศ	25	20.83	32	26.67	38	31.67	15	12.5	10	8.33	120
บางพลีน้อย	16	15.09	22	20.75	50	47.17	15	14.15	3	2.83	106
บางเพรียง	33	17.19	76	39.58	63	32.81	13	6.77	7	3.65	192
คลองदान	93	16.97	172	31.39	200	36.5	51	9.31	32	5.84	548
คลองสวน	1	6.25	2	12.5	10	62.5	2	12.5	1	6.25	16
เปร็ง	9	23.08	13	33.33	10	25.64	4	10.26	3	7.69	39
คลองนิมยตรา	5	13.16	8	21.05	19	50	4	10.53	2	5.26	38
รวม	230	16.23	437	30.84	537	37.9	140	9.88	73	5.15	1,417

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>)

ภาคผนวก 6

ข้อมูลและค่าพารามิเตอร์สำหรับการคาดการณ์สถานการณ์ไต้ฝุ่น
ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576)

คาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในพื้นที่ จ.สมุทรปราการ
และคาดการณ์จำนวนประชากรในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูในปี พ.ศ. 2576

เพศ	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร จ.สมุทรปราการ	จำนวนประชากรเทศบาลตำบลบางปู พ.ศ. 2576
ชาย	13.68%	51,616
หญิง	15.56%	71,506

หมายเหตุ: ข้อมูลประมาณการจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2556) และกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ (พ.ศ. 2566)

อัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของคนไทย 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576)

ช่วงอายุ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	เบาหวานและความดันโลหิตสูง
<45 ปี	2.40%	22.20%	1.90%
45-60 ปี	9.70%	41.20%	6.40%
>60 ปี	11.00%	61.90%	39.20%

หมายเหตุ: ข้อมูลประมาณการจากกรมควบคุมโรค (2559)

อัตราความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังของคนไทย 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2576)
จำแนกตามโรคเรื้อรังและช่วงอายุ

ชาย

ช่วงอายุ	โรคเรื้อรัง				
	เบาหวาน	ไม่เป็นเบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ไม่เป็นความดันโลหิตสูง	เบาหวานและความดันโลหิตสูง
<45 ปี	6.50%	5.00%	15.00%	3.00%	20.00%
45-60 ปี	10.00%	8.00%	22.00%	6.50%	30.00%
>60 ปี	15.00%	8.50%	25.00%	10.00%	40.00%

หมายเหตุ: ข้อมูลประมาณการจากกรมลัทธิพยา วิจิตรสุนทรกุล (2565)

หญิง

ช่วงอายุ	โรคเรื้อรัง				
	เบาหวาน	ไม่เป็นเบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ไม่เป็นความดันโลหิตสูง	เบาหวานและความดันโลหิตสูง
<45 ปี	2.5%	1.5%	8.5%	2.5%	8.0%
45-60 ปี	4.10%	1.0%	10.0%	5.0%	18.0%
>60 ปี	8.5%	5.0%	20.0%	8.5%	25.0%

หมายเหตุ: ข้อมูลประมาณการจากกรมลัทธิพยา วิจิตรสุนทรกุล (2565)

ภาคผนวก 7

แผนแม่บทและธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเพื่อป้องกัน
ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง

แผนแม่บทป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู

1. วิสัยทัศน์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

“สร้าง” คู่ “ซ่อม” สู่การดูแลสุขภาพประชาชนที่ยั่งยืนโดยไม่ทอดทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

2. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

2.1 ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังไม่เกินร้อยละ 5

2.2 ประชาชนกลุ่มเปราะบางในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูทุกคนที่เจ็บป่วยด้วยภาวะไตเรื้อรังสามารถเข้าถึง

3. ประเด็นยุทธศาสตร์และตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นฟู และชะลอโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

3.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างแกนนำสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนเชิงรุกในชุมชน มีตัวอย่างมาตรการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

(1) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพชุมชนในระดับตำบลเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ

(2) การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนเพื่อลดภาวะโรคอ้วนและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในโรงเรียน

(3) การพัฒนาเครือข่ายนักบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การคัดกรองโรคเรื้อรัง ภาวะทำงานของไตเชิงรุก และการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพการทำงานของไต มีมาตรการสำคัญดังนี้

(1) การคัดกรองโรคเรื้อรังและภาวะทำงานของไตแบบปูพรหมทั้งพื้นที่เทศบาล

(2) การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 เพื่อป้องกันภาวะไตวาย

(3) การสุ่มตรวจระดับความเค็มของอาหารในร้านอาหารและร้านสะดวกซื้อในชุมชน

3.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไตวาย มีมาตรการสำคัญดังนี้

(1) การจัดตั้งหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเทศบาลตำบลบางปู

(2) การอำนวยความสะดวกประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาลในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อป้องกัน และ/หรือ ประคับประคองอาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง มีมาตรการสำคัญดังนี้

- (1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะไตเรื้อรัง
- (2) การส่งเสริมการออกกำลังกายและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

4. มาตรการที่เหมาะสมกับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

4.1 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

■ **หลักการและเหตุผล** เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นการยืดระยะเวลาการเสื่อมของไตให้ช้าลง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการล้าง ไตเร็วเกินความจำเป็น เทศบาลตำบลบางปูจึงควรทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืน และมุ่งหวังในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

■ **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2
4. เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ไม่เกินร้อยละ 20

4.2 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

■ **หลักการและเหตุผล** สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย ทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยเฉพาะสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งส่วนสำคัญในการจัดการ ปัญหาสุขภาพดังกล่าวคือการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อให้มี คุณภาพ และมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมเข้าถึงผู้รับบริการ ทั้งนี้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่ออีกด้วย

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
6. เพื่อให้มีเครือข่ายการประสานงานดูแลสุขภาพของญาติ/ผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
7. เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20

4.3 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนลงพุง

■ **หลักการและเหตุผล** ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากเป็นปัญหา หนึ่งซึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจและปัญหาทางจิตสังคมอย่างชัดเจน โรคที่เป็นผลกระทบจาก ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนต่อสุขภาพ ที่พบในผู้ใหญ่ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มะเร็งลำไส้ โรคซินส์เร้า เป็นต้น และยังพบว่าการตายในผู้ที่อายุระหว่าง 20-74 ปีกว่าครึ่งหนึ่ง มีผลมาจากความอ้วน ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังเป็นสาเหตุการตายของคนทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 25 ล้านคน

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถลดรอบเอวให้อยู่เกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ 20
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงของผู้นำชุมชน
4. เพื่อให้มีเครือข่ายการประสานงานดูแลสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงในชุมชน

4.4 โครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง

■ **หลักการและเหตุผล** โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และถือว่าเป็น “ภัยเงียบ” เพราะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการ และเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนในอวัยวะสำคัญหลายระบบของร่างกาย เช่น ตา ไต หลอดเลือด ในประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในแต่ละปีเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูงมาก

■ **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แผนแม่บทป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู 20 ปี (พ.ศ. 2567 – 2586)

วิสัยทัศน์



“สร้าง” คู่ “ซ่อม”

สู่การดูแลสุขภาพประชาชน
ที่ยั่งยืน โดยไม่ทอดทิ้ง
ใครไว้เบื้องหลัง



แผนแม่บทและธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูเพื่อป้องกัน ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางปู

ภาพพึงประสงค์

๑. ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๖ พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูจะปลอดประชาชนที่เป็นโรคไตเรื้อรังในทุกระยะ
๒. ประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดก็ตามจะสามารถเข้าถึงบริการชะลอไตเสื่อมและการบริการฟอกเลือดที่มีมาตรฐาน คุณภาพ สะดวกสบาย และครอบคลุมทั่วถึง
๓. พื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีระบบหรือกลไกหรือนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สามารถตอบสนองต่อการจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมือง และความจำเป็นในการดำรงชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและชะลอโรคไตเสื่อม
๔. ประชาชนและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ มีส่วนร่วม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง
๕. สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของชุมชนทุกรูปแบบในเทศบาลตำบลบางปูได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและสะดวกสบายในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยการดำเนินการของชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

หมวดที่ ๑

หน้าที่และสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนและชุมชน

๑. บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการและกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” อย่างครบวงจร โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
๒. บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันและบำบัดรักษาโรคเรื้อรัง
๓. บุคคลและชุมชนมีสิทธิได้รับการป้องกัน ควบคุม และคัดกรองโรคอย่างมีมาตรฐาน โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตวายเรื้อรัง โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
๔. บุคคลและชุมชนมีสิทธิได้รับโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและชะลอโรคไตเสื่อม

๕. บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนในทุกระดับ
๖. บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการร่วมออกแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู
๗. บุคคลมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไตเรื้อรัง
๘. บุคคลมีหน้าที่แสวงหาและตรวจสอบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้ห่างไกลโรคไตเรื้อรัง และโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตวายเรื้อรัง
๙. บุคคลมีหน้าที่ให้ความร่วมมือแก่ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ควบคุม และคัดกรองโรค ตลอดจนมีหน้าที่ให้ความร่วมมือแก่ทุกภาคส่วนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ

หมวดที่ ๒

หน้าที่ของเทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

๑. เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ดำเนินการจัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรังแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” อย่างครบวงจร โดยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ
๒. เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่สนับสนุน ดูแล และจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับการบริการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง และการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
๓. เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่สนับสนุนระบบส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการอย่างเต็มที่และโปร่งใส
๔. เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่พัฒนาและจัดการระบบข้อมูลข่าวสารและมีศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ เท่าทันสถานการณ์ และสามารถทำงานเชื่อมโยงกับพื้นที่ใกล้เคียงได้

หมวดที่ ๓

หน้าที่ของภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

๑. ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมและโครงการเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง อย่างเต็มที่ในทุกโอกาส
๒. ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูมีหน้าที่ให้ความร่วมมือเทศบาลตำบลบางปูและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ควบคุม ชะลอ และบำบัดรักษาโรคไตเรื้อรัง

หมวดที่ ๔

การขับเคลื่อนธรรมนูญธรรมนูญสุขภาพพระดํปพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู
เพื่อป้องกัน ะลอ และบํบรักษาโรคไตเรื้อรัง

๑. ให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางปูเป็นกลไกหลักในการประสานและจัดสรรทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดํปพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู

๒. ให้เทศบาลตำบลบางปูพิจารณาเร่งรัดจัดตั้งหน่วยบริการชะลอไตเสื่อมและหน่วยบริการฟอกเลือดที่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สะดวกสบาย” ให้แก่ประชาชน และเร่งรัดพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพชุมชนให้เป็นผู้จัดการผู้ช่วยดูแลคนไขในระดับชุมชนโดยทำงานภายใต้การควบคุมของบุคลากรด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลบางปูและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก 8

สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะและการประชุมถ่ายทอดผลการศึกษาวิจัย
ให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปู

สรุปผลการประชุมเวทีสาธารณะ วันที่ 7 มีนาคม 2567

คณะที่ปรึกษาได้ดำเนินการจัดการประชุมเวทีสาธารณะเพื่อชี้แจงผลการศึกษาวิจัยการจัดตั้งหน่วยบริการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังของเทศบาลตำบลบางปูให้แก่ตัวแทนประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู จำนวน 200 คน เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2567 เวลา 13.30 – 15.00 น. ห้องประชุมใหญ่เทศบาลตำบลบางปู

คณะที่ปรึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบายต่อเทศบาลตำบลบางปูให้แก่ตัวแทนประชาชนที่เข้าร่วมการประชุมเวทีสาธารณะ หลังจากนั้น จึงเปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนแสดงความคิดเห็นและสอบถามประเด็นต่าง ๆ ที่ยังมีข้อสงสัย ทั้งนี้ ตัวแทนประชาชนได้เสนอความคิดเห็นดังต่อไปนี้

- เห็นด้วยกับการที่เทศบาลตำบลบางปูมีแผนจัดตั้งศูนย์ให้บริการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตแบบครบวงจรในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู โดยเทศบาลควรจัดตั้งเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างครบวงจรตั้งแต่การตรวจ วินิจฉัย และติดตามอาการทั่วไป ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 5 ที่ต้องมีการพอกไตด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน ตลอดจนทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต

- เห็นด้วยกับการจัดตั้งศูนย์พอกไต โดยคาดหวังว่าจะมีการจัดตั้งศูนย์พอกไตให้ครอบคลุมพื้นที่เทศบาลตำบลบางปู และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประชาชนในพื้นที่สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ใด ๆ มาตรการเร่งด่วนที่เทศบาลตำบลบางปูควรดำเนินการในการแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การจัดหารถรับ-ส่งผู้ป่วยโรคไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การเพิ่มงบประมาณเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเบื้องต้น และการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้จะช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้

- เทศบาลตำบลบางปู ควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจต้องเผชิญภาวะความเครียดและความกดดันจากโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงญาติและผู้ดูแลที่ต้องออกจากงานหรือต้องประกอบอาชีพเพื่อนำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายค่ารักษาผู้ป่วย โดยมีการจัดตั้งสายด่วนสุขภาพจิตประจำเทศบาล และจัดหาทีมผู้ชำนาญในการดูแล รักษาและให้คำปรึกษา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักดนตรีบำบัด เป็นต้น และควรจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประจำปีเพื่อให้บริการตรวจสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและประเมินภาวะสุขภาพจิต ให้กับประชาชนในพื้นที่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับคนที่ไม่สะดวกเดินทางไปตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเบื้องต้น และทำให้ตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคไตได้เร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางไปยังศูนย์พอกไตได้ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง

■ การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตในพื้นที่เทศบาลตำบลบางปูนั้นนับเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากโรคไตเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงและต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องได้รับการฟอกไต แบบฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม หรือฟอกเลือดทางช่องท้องที่ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยโรคไตมักประสบปัญหาในการเข้าถึงการรักษา โดยการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากการจัดตั้งศูนย์ฟอกไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย อาหารเสริม เครื่องปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต แลหรือค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือการรักษา รวมถึงประชาชนจะได้รับความรู้ในการดูแลรักษาโรคไตได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การจัดตั้งศูนย์ฟอกไตจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน

■ เทศบาลตำบลบางปูควรให้การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้องที่บ้าน โดยการจัดทำห้องปลอดเชื้อให้กับผู้ป่วยและจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการล้างไต รวมถึงเทศบาลตำบลบางปู การจัดการพยาบาลรับ-ส่งสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกไต ด้วย

■ เทศบาลตำบลบางปูควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังให้แก่ประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์และการจัดทำสื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังเบื้องต้นให้กับประชาชนทั่วไป โดยการใช้ช่องทางการสื่อสารที่น่าสนใจเข้าถึงประชาชนได้ทั่วถึง เช่น LINE, Facebook, YouTube เป็นต้น

สรุปผลการประชุมชี้แจงแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่บุคลากรเทศบาลตำบลบางปู วันที่ 7 มีนาคม 2567

(1) การบรรยายภาคเช้า “ขั้นตอนการตรวจประเมินหน่วยไตเทียมเพื่อรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม”

ในภาคเช้า ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บรรยายแนวทางการตรวจประเมินหน่วยไตเทียมเพื่อรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต) ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสมัครเพื่อรับการประเมินหน่วยไตเทียม

- หน่วยไตเทียมกรอกรายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานการรักษาโดย ตรต.
- หน่วยไตเทียมส่งรายงานการประเมินตนเองที่มีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบหน่วยไตเทียม หัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าสถานพยาบาล และชำระค่าธรรมเนียมการตรวจประเมินที่ ตรต. กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจเยี่ยมหน่วยไตเทียมโดย ตรต.

- เมื่อได้รับรายงานการประเมินตนเองเรียบร้อยแล้วคณะทำงานประกอบด้วยเลขานุการ คณะอนุกรรมการ ตรต. และเจ้าหน้าที่ ตรต. ตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสาร และติดต่อประสานงานกรรมการ สอง ท่านจากคณะอนุกรรมการ ตรต. และคณะอนุกรรมการสมทบ เพื่อกำหนดวันและเวลาเข้าเยี่ยมตรวจประเมินหน่วยไตเทียม
- ภายหลังการตรวจเยี่ยมหน่วยไตเทียม กรรมการตรวจรับรองส่งผลการตรวจมายังคณะอนุกรรมการ ตรต. ภายใน 1 สัปดาห์ หลังเข้าเยี่ยมตรวจประเมิน เพื่อเตรียมสำหรับการประชุมพิจารณาการรับรองหน่วยไตเทียมของอนุกรรมการ ตรต.

ขั้นตอนที่ 3 การรับรอง

- หน่วยไตเทียมใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจประเมินมาก่อน อาจจะเป็นหน่วยไตเทียมที่ไม่เคยให้บริการผู้ป่วยเลย หรือเป็นหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เคยสมัครขอรับการตรวจประเมิน
- ในกรณีที่หน่วยไตเทียมไม่เคยให้บริการผู้ป่วยเลย คณะอนุกรรมการ ตรต. อาจพิจารณาประเมินความพร้อมของหน่วยไตเทียมตามเกณฑ์มาตรฐานตามองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยไตเทียม การให้บริการ บุคลากร สถานที่ เครื่องไตเทียมและตัวกรอง ระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์ อุปกรณ์และยาใน

การช่วยชีวิต เป็นหลัก ถ้าเป็นหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้ว ตรต.จะพิจารณาประเมินหน่วยไตเทียมทุกองค์ประกอบ

- หน่วยไตเทียมใหม่ที่เคยให้บริการผู้ป่วยและมีความพร้อมตามมาตรฐานที่จำเป็นต้องมีในองค์ประกอบข้างต้น หรือหน่วยไตเทียมที่ให้บริการผู้ป่วยแล้วและมีความพร้อมตามมาตรฐานที่จำเป็นต้องมีครบทุกองค์ประกอบ จะได้รับการรับรองชั่วคราวจาก ตรต. เป็นระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี หน่วยไตเทียมจะต้องส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้คณะกรรมการ ตรต. พิจารณาให้การรับรองอย่างเป็นทางการต่ออีก 2 ปี

- ในกรณีที่กรรมการตรวจรับรองประเมินว่า หน่วยไตเทียมยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญของหน่วยไตเทียมต้องส่งข้อมูลการปรับปรุงพร้อมหลักฐานมายังคณะกรรมการ ตรต. เพื่อพิจารณาภายในระยะเวลา 3 เดือนหรือตามที่คณะกรรมการตรวจรับรองกำหนดหลังการเยี่ยมประเมิน เมื่อคณะกรรมการ ตรต. พิจารณาแล้วว่า หน่วยไตเทียมมีความพร้อมจะได้รับการรับรองชั่วคราวจาก ตรต. เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้น หน่วยไตเทียมต้องส่งข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการรับรองขั้นต่อไป

- ในกรณีที่กรรมการตรวจรับรองประเมินว่า หน่วยไตเทียมยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญ แต่หน่วยไตเทียมไม่ส่งข้อมูลการปรับปรุงพร้อมหลักฐานที่ครบถ้วนมายัง ตรต. เพื่อพิจารณาภายในระยะเวลา 3 เดือนหรือตามที่คณะกรรมการตรวจรับรองกำหนดหลังการเยี่ยมประเมิน คณะกรรมการ ตรต. จะพิจารณาไม่รับรองหน่วยไตเทียมนั้น

- ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนแพทย์ผู้รับผิดชอบหน่วยไตเทียม หัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเทียม ผู้ดำเนินการ (กรณีที่บริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการในสถานพยาบาล) พยาบาลไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม หรือพื้นที่ให้บริการ หน่วยไตเทียมต้องแจ้งเรื่องมายังคณะกรรมการ ตรต. และส่งรายงานการประเมินตนเองฉบับแก้ไข พร้อมหลักฐานที่จำเป็นประกอบการพิจารณาว่าจะให้การรับรองหรือไม่

- คณะกรรมการ ตรต. จะดำเนินการติดตามคุณภาพหน่วยไตเทียมที่ได้รับการรับรองชั่วคราวหรือรับรองเป็นทางการแล้ว และยังอยู่ในระยะเวลาการรับรองโดยติดตามจากข้อมูล TRT registry และอาจเข้าตรวจเยี่ยมติดตามคุณภาพหน่วยไตเทียมตามสมควร

(2) การบรรยายภาคท้าย “แนวทางการบริหารงานการเงินของหน่วยไตเทียมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

ในภาคท้าย ผู้แทนกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองชัยภูมิได้บรรยายแนวทางการบริหารงานการเงินของหน่วยไตเทียมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

2.1 ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท 0808.2/ว 7303 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยงานคลังและเจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน หรืองานที่เกี่ยวข้องกับการเงินการบัญชีตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้

2.2 กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงบประมาณรายจ่ายให้ตั้งไว้ในงบกลางประเภทเงินสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต้องตั้งงบประมาณไว้ในข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีเสนอคณะกรรมการพิจารณาแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีของโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารแต่งตั้งเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการ โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการประกอบด้วย

- 1) ผู้บริหารท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารท้องถิ่นที่รับมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ
- 2) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนักคลัง/กองคลัง ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุข/กองสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และงบประมาณ/กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักพัสดุและทรัพย์สิน/กองพัสดุและทรัพย์สิน เป็นกรรมการ
- 3) หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

2.4 การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างโดยใช้จ่ายจากเงินบำรุงให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ การใช้จ่ายเงินเป็นค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้างให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอผู้บริหารท้องถิ่นให้ความเห็นชอบและเสนอสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอนุมัติ

2.5 การใช้จ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) ค่าใช้สอย ค่าสาธารณูปโภค ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเบิกค่าใช้จ่ายในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- 4) การฝึกอบรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

5) ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน หรือรายชั่วโมงปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างรายคาบของหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขโดยอนุโลม

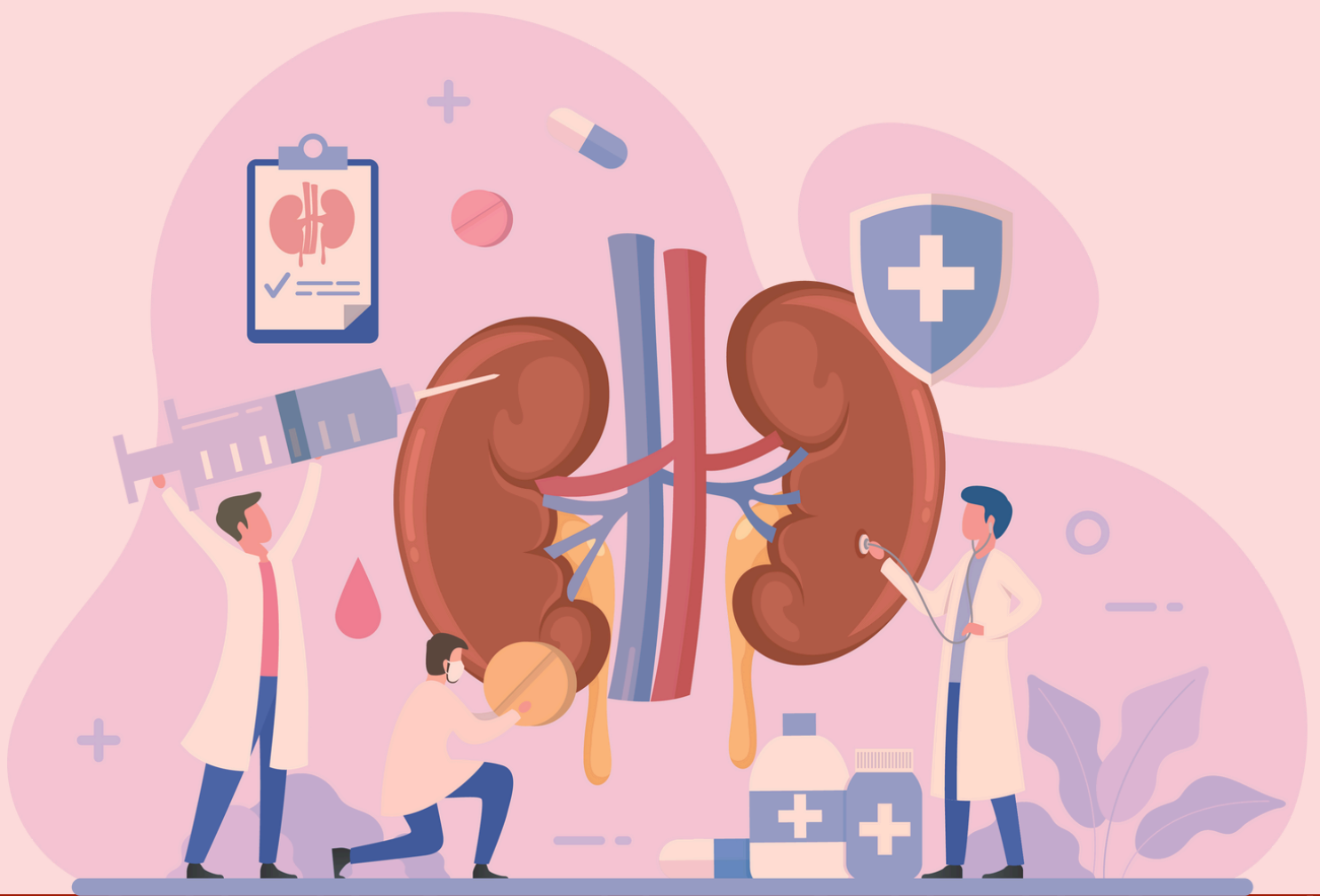
6) ค่าตอบแทนทางการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน

6.1) ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้าง พนักงานจ้างตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยได้เงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.2) บุคลากรที่ใช้ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น ลูกจ้าง พนักงานจ้างตามพรรคขององค์กรส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดโดยอนุโลม

7) การใช้จ่ายเงินบำรุงคงเหลือในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ให้อยู่ในดุลพินิจของผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติ

8) การรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาคารอเนกประสงค์ 1 ชั้น 7

เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200

โทรศัพท์ : 0-2613-3120-2, 0-2223-3757, 090-575-1066

โทรสาร : 0-2224-1376