

การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังภาพรวมระดับประเทศ ภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

สลิสร เทพตระการพร สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ ธีรพันธ์ แก้วดอก ศุภางค์ วัฒนเสย

ณิชนัน รักกะเปา สยมภู ไสหา จิรภัทร หลงกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received: March 24, 2020

Revised: June 3, 2020

Accepted: July 8, 2020

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานป้องกันโรคไตเรื้อรังเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้บริหารระดับสูงที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย 17 ราย ผู้บริหารของโรงพยาบาล 196 ราย ผู้ปฏิบัติงานหลัก 133 ราย กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง 272 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ และใช้ CIPP model เป็นแนวทางในการประเมินผลการศึกษาจากโรงพยาบาล 140 แห่ง พบว่าการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังมีการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 70.71 จัดตั้งขึ้นเองตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยละ 22.14 และไม่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังร้อยละ 7.14 เนื่องด้วยข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ บุคลากร และงบประมาณโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังได้มีการแยกบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังออกมาโดยเฉพาะร้อยละ 82.31 โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็น ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายและแผนปฏิบัติการให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายนอกโรงพยาบาลรับทราบร้อยละ 44.62 และมีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมและนำไปใช้ในการปรับปรุงการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นร้อยละ 14.62 การสนับสนุนงบประมาณการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังยังไม่เพียงพอร้อยละ 63.21 งบประมาณส่วนใหญ่มาจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการดำเนินงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 58.46 ไม่มีนักโภชนาการของโรงพยาบาลร้อยละ 20.77 นอกจากนี้ ร้อยละ 95.38 มีการบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรัง มีเพียงร้อยละ 42.31 ที่มีฐานข้อมูลผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่ยังไม่มีการนำข้อมูลผู้ป่วยเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการติดตามผลและพัฒนาการดูแลรักษา เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก การใช้ข้อมูลจึงมุ่งตอบตัวชี้วัดผลการดูแลตามกระทรวงสาธารณสุข ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในทุกระดับความรุนแรงมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20

คำสำคัญ: คลินิกโรคไตเรื้อรัง นโยบายกระทรวงสาธารณสุข การประเมินผล สหวิชาชีพ โรคไตเรื้อรัง

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

จิรภัทร หลงกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

248 หมู่ 2 ตำบลปงยางคก อำเภอกำแพงแสน จังหวัดลำปาง 52190

อีเมล: jirapat.l@fph.tu.ac.th

National evaluation on implementation of chronic kidney disease clinics, under policy of Ministry of Public Health

Sasitorn Taptagaporn, Sirima Mongkolsomlit, Teeraphun Kaewdok, Supang Wattanasoep,
Nitchamon Rakkapao, Sayambhu Saita, Jirapat Longkul
Faculty of Public Health, Thammasat University

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is currently one of the most considerable public health issues in Thailand. The Ministry of Public Health has set the service plan and implemented the policy for the CKD prevention and promoting health to reduce the risk of this disease. The objective of this study was to evaluate the results of the implementation of the Chronic Kidney Disease Clinic Policy under the Ministry of Public Health, Thailand. CIPP model was used as a guideline with the quantitative and qualitative study. The data was collected at 140 hospitals from 12 regional health Thailand with seventeen public health executives at the ministry level, 196 hospital administrators, 133 key practitioners, and 272 patients or their relatives by in-depth interviews and focus group discussions. 70.71% of the hospitals was established the CKD clinic by following the policy of the Ministry of Public Health and 22.14% by the hospital policy. 7.14% was not established the clinic because of the restrictions on place and budget. 82.31% of the hospitals that established CKD clinics have separated their own clinic from other services. 44.62% of the total have clarified the direction of the policy, target, and action plan. 14.62% evaluated communication and applied to improve communication to be more efficient. More than half of the hospitals (63.21%) reported that the supporting budget for CKD clinic was insufficient, and the funding was from their own operating budgets and National Health Security Office. In terms of human resource, 58.46% was operated by a multidisciplinary team including physician, nurse, pharmacist physical therapist, and nutritionist or Dietitians. However, 20.77% of hospital did not have the nutritionist. In addition, almost all of the hospital (95.38%) had implemented and maintained CKD patient databases, but only 42.31% of these contained all recommended clinical measures. However, most of those patient data were not analyzed for monitoring and tracking the progression due to the workload of the health professional. The use of data was mainly aimed at responding to report CKD's key performance index to the Ministry of Public Health. The clinical outcome showed that eGFR of the CKD patients in the clinic increased more than 20%.

Keywords: chronic kidney disease clinic, Ministry of Public Health's policy, evaluation, multi-disciplinary, chronic disease

Corresponding Author:

Jirapat Longkul

Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Campus

248 Moo 2, Pong Yang Kok Sub-District, Hang Chat District, Lampang Province 52190, Thailand.

E-mail: jirapat.l@fph.tu.ac.th

บทนำ

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคไตที่ได้รับการรักษาโดยการนอนในโรงพยาบาลจำนวน 364,321 ราย แยกเป็นผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจำนวน 104,100 ราย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 260,221 ราย¹ ปัจจุบันความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบร้อยละ 17.5 หรือประมาณ 8 ล้านคนทั่วประเทศ และพบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังโดยรวมร้อยละ 0.28 นอกจากนี้ พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 ถึง 5 คิดเป็นร้อยละ 15.4, 8.4, 3.1, 0.7 และ 0.05 ตามลำดับ² และจากการศึกษาอื่นๆ พบว่าประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 24.4^{3,4}

จากกรณีศึกษาของโรงพยาบาลคลองขลุง และโรงพยาบาลทรายทอง จังหวัดกำแพงเพชร ในการตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ ซึ่งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน และทีมเครือข่ายเยี่ยมบ้าน พบว่าการทำงานของไตโดยประเมินจากอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ด้วยการรักษาแบบบูรณาการ ค่า eGFR ลดลง 2 m/min ต่อปี ช่วยยืดระยะเวลาการล้างไตจาก 7 ปีออกไปเป็น 14 ปี ในขณะที่การรักษาแบบเดิม ค่า eGFR ลดลง 4 m/min ต่อปี ปัจจุบันจึงมีโรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังขึ้น โดยเน้นให้การบริการผู้ป่วยโรคไตวายตั้งแต่ระยะที่ 3-5 จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการรักษาเพื่อให้ข้อมูลด้านโรค แนวทางในการปฏิบัติการเลือกรักษาทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในแต่ละหน่วยบริการอาจมีรูปแบบการจัดตั้งคลินิก

โรคไตเรื้อรังที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว ซึ่งภายในปีพ.ศ. 2568 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานป้องกันโรคไตเรื้อรังเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง^{5,6}

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยประยุกต์รูปแบบการประเมินของแดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (CIPP model)⁷ โดยมีการวิเคราะห์ใน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต และผลลัพธ์ (Output and Outcome) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหารและเป็นแนวทางในการพัฒนางานคลินิกโรคไตเรื้อรังในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบผสมเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed methods) โดยประยุกต์ใช้การประเมินโครงการด้วย CIPP Model ประกอบด้วย การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 12 เขตสุขภาพ จำนวน 140 แห่ง ทั้งระดับโรงพยาบาล รับส่งต่อระดับสูง (A, S) โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (M1, M2) และโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (F1, F2, F3) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

มุ่งประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ และประเมินปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม (interview guide) ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหารระดับสูงที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายจำนวน 17 ราย ประกอบด้วย

ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม แห่งละ 1 คน

2) กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาล จำนวน 196 ราย ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 36 ราย และพยาบาลหัวหน้าคลินิกโรคไตเรื้อรัง จำนวน 133 ราย

3) ผู้ปฏิบัติงานหลัก (ปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป) จำนวน 133 ราย ประกอบด้วยแพทย์จำนวน 73 ราย พยาบาลวิชาชีพ 77 ราย เภสัชกรจำนวน 107 ราย นักกายภาพบำบัดจำนวน 89 ราย นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารจำนวน 81 ราย

4) กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังจำนวน 272 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูงจำนวน 39 ราย ในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลางจำนวน 87 ราย และในโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้นจำนวน 146 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละวัน ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง จัดบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด และวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อประเมินความครบถ้วนในแต่ละประเด็นการวิจัยและกำหนดแนวคำถามในส่วนที่ต้องการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งการเก็บข้อมูลกระทำไปจนกว่าข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ นำข้อมูลมาจัดระบบ แยกเป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์วิจัยและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลักเพื่อระบุวิเคราะห์และสร้างข้อสรุป ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและโรงพยาบาลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

มุ่งเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,059 ราย โดยเข้าเก็บข้อมูลในวันที่ถูกกำหนดเป็นคลินิกโรคไตเรื้อรัง และสุ่มเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เปรียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตก่อนและหลังเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรังด้วยสถิติ Paired t-test

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รหัสโครงการ 003/2560 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2560

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาตามองค์ประกอบของ CIPP Model ประกอบด้วย การดำเนินงานด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Output and Outcome) ดังนี้

ด้านบริบท (Context)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูงทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีนโยบายที่สนับสนุนให้โรงพยาบาลในเขตที่รับผิดชอบมีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังคือ “นโยบายต้องคงเรื่องของความชัดเจน และต่อเนื่องเป็นแผนระยะสั้นและระยะยาว และในแผนควรมีเรื่องการพัฒนาบุคลากร” อยู่ภายใต้การรับผิดชอบของแผนการให้บริการ (Service plan) โรคไตในแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไต ชะลอไตเสื่อม และประชาชนสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต แต่ในบางเขตสุขภาพยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากต้องแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ด้านอื่นๆ ที่สำคัญกว่าและการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ค่อนข้างสูง “ทำให้พอผ่าน เพราะไม่ใช่ Priority ของเขตเนื่องจากเขตมีปัญหาโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาที่สำคัญกว่า เช่น อุบัติเหตุทางถนน พยาธิใบไม้ตับ อาหารเป็นพิษ” และ “คลินิกโรคไตเรื้อรัง ต้องทำแลปซึ่งทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณมาก”

นอกจากนี้ ผู้บริหารระดับสูงบางส่วนให้ความเห็นว่า การบริหารจัดการคลินิกโรคไตเรื้อรัง และคลินิกโรคเรื้อรังควรดำเนินการไปพร้อมกัน การดำเนินการคลินิกโรคไตเรื้อรังเปรียบเสมือนมุ่งความ

เป็นเลิศด้านผลลัพธ์ “Product champion” ซึ่งเป็นผลพลอยได้ให้เกิดการพัฒนาทางคลินิกโรคไตเรื้อรังไปด้วย “ถ้าทำคลินิกโรคไตเรื้อรังดี NCD clinic จะดีด้วย”

โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังในภาพรวมส่วนใหญ่มีแนวทางการจัดตั้งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งร้อยละ 55.71 มีการจัดตั้งตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และมีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ ร้อยละ 15.00 มีการจัดตั้งตามนโยบายกระทรวงแต่ไม่มีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ และร้อยละ 46.43 เป็นโรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังก่อน พ.ศ. 2558 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินด้านบริบท (n=140)

การประเมินตามบริบท	จำนวน	ร้อยละ
ระดับของโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลศูนย์	10	7.17
โรงพยาบาลทั่วไป	13	9.29
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	19	13.57
โรงพยาบาลชุมชน	25	17.86
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	23	16.43
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	33	23.57
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	17	12.14
แนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
จัดตั้งตามนโยบายของกระทรวง	99	70.71
จัดตั้งขึ้นเองตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล	31	22.14
ไม่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง	10	7.14
รายละเอียดการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
จัดตั้งตามนโยบายกระทรวงและมีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ	78	55.71
จัดตั้งตามนโยบายกระทรวงและไม่มีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ	21	15.00
จัดตั้งตามนโยบายหน่วยงานและมีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ	29	20.71
จัดตั้งตามนโยบายหน่วยงานและไม่มีคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะ	2	1.43
ไม่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง	10	7.14
ปีที่เริ่มเปิดให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
ยังไม่มีคลินิกโรคไตเรื้อรัง	10	7.14
ก่อน พ.ศ. 2558	65	46.43
พ.ศ. 2558	29	20.71
พ.ศ. 2559	31	22.14
พ.ศ. 2560	5	3.57

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังจำนวน 130 แห่ง พบว่า

ด้านบุคลากร พบว่า โรงพยาบาลที่มีทีมสหวิชาชีพครบ 5 สาขา คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร ร้อยละ 58.46 (จำนวน 76 แห่ง)

ด้านงบประมาณ พบว่า ร้อยละ 62.31 มีการสนับสนุนงบประมาณยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 จำเป็นต้องใช้เงิน

บำรุงโรงพยาบาลในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง

ด้านวัสดุอุปกรณ์พบว่าโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์สำหรับใช้ในการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ เครื่องตรวจระดับ Creatinine เครื่องฟอกไต และแบบจำลองอาหาร มีความเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย ร้อยละ 85.38, 89.23, 32.31 และ 43.85 ตามลำดับ

ด้านการจัดการข้อมูล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบฐานข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วย เพียงร้อยละ 23.08 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (n=130)

การประเมินตามปัจจัยนำเข้า	จำนวน	ร้อยละ
ทีมสหวิชาชีพ		
ไม่ครบ	54	41.54
ครบ	76	58.46
การสนับสนุนงบประมาณการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
เพียงพอ	49	37.69
ไม่เพียงพอ	81	62.31
แหล่งงบประมาณในการดำเนินการคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
ไม่มีแหล่งงบประมาณ	17	13.08
เงินบำรุงโรงพยาบาล	70	53.85
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	29	22.31
กองทุนโรคเรื้อรัง	3	2.31
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	5	3.85
อื่นๆ	6	4.62
อุปกรณ์ในการตรวจโปรตีนปัสสาวะ		
ไม่มี	5	3.85
ไม่เพียงพอ	14	10.77
เพียงพอ	111	85.38
เครื่องตรวจระดับ Creatinine		
ไม่มี	7	5.38
ไม่เพียงพอ	7	5.38
เพียงพอ	116	89.23

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การประเมินตามปัจจัยนำเข้า	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องฟอกไต		
ไม่มี	75	57.69
ไม่เพียงพอ	13	10.00
เพียงพอ	42	32.31
เครื่องมือแบบจำลองอาหาร		
ไม่มี	41	31.54
ไม่เพียงพอ	32	24.62
เพียงพอ	57	43.85
การบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
มีการแยกระยะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	128	98.46
มีข้อมูลการส่งและรับเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย	121	93.08
มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	118	90.77
มีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วย	30	23.08

ด้านกระบวนการ (Process)

โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูง (A, S)

กลุ่มผู้บริหารได้ชี้แจงนโยบายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพด้วยการขับเคลื่อนผ่านแผนการให้บริการ แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและจัดการอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นดำเนินการจัดตั้งคลินิก และเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลชุมชน “ให้ความช่วยเหลือและเป็นพี่เลี้ยงกับโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ดำเนินการให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วย” รวมถึงมีการติดตามการดำเนินงาน ทบทวนข้อมูลปัญหาและแสวงหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในภาพรวมของจังหวัด “ทบทวนข้อมูลปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกันในภาพรวมของจังหวัดนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการการใช้เทคโนโลยี” การมีส่วนร่วมจากชุมชนในการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายดูความต้องการของชุมชน มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลลูกข่าย “มีเครือข่ายในพื้นที่เป็นภาคประชาชน อสม.

ในการขับเคลื่อนโดยมีพี่เลี้ยงจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับเป็นผู้สนับสนุน”

โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (M1, M2)

กลุ่มผู้บริหารได้วางแผนและจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โดยได้ทำการชี้แจงให้กับสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของการดำเนินงานเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในด้านวิชาการให้กับชุมชน ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ทีม รพ.สต. และทีมหมอครอบครัวดำเนินงานร่วมกันโดยการให้สุศึกษาและลงเยี่ยมบ้าน รวมถึงเป็นเครือข่าย รพ.สต. ในการคัดกรอง ในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้วยการบูรณาการกับ NCD Clinic มีการส่งพยาบาลไปอบรมเกี่ยวกับโรคไต “หัวหน้า NCD ระบุผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรัง ส่งไปเรียน Mini case โรคไตเรื้อรัง manager จัดตั้งทีมงานในแต่ละสหสาขาและบูรณาการร่วมกับ NCD Clinic” นอกจากนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการผู้ป่วยโรคไตในชุมชน “ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการทำงานผ่านโครงการเกี่ยวกับโรคไตที่ลงไปชุมชน มีการให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอ

ครอบครัว ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. และ อสม. มีการทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน”

โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (F1, F2, F3)

กลุ่มผู้บริหารนำโดยอายุรแพทย์ได้ร่าง แนวทางการดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงนโยบาย และตัวชี้วัดให้ผู้ปฏิบัติงานทราบที่สอดคล้องกับแผน การให้บริการ โดยดำเนินการในโรงพยาบาลก่อน จากนั้นจึงมีการขยายการดำเนินงานไปสู่ รพ.สต. แต่ ยังพบว่าบางแห่งดำเนินการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีปัญหาด้านจำนวนของบุคลากรจึงยังไม่ สามารถจัดบุคลากรมาอยู่ประจำคลินิกได้ บางแห่งอยู่ ระหว่างเตรียมการดำเนินงานตามแผน “เน้นบูรณาการ ร่วมกับ NCD Clinic มีพยาบาลที่เป็น Case manager ของ NCD เป็นผู้รับผิดชอบกับสหสาขาวิชาชีพร่วม ทำงาน ส่วนการประชุมนั้นจะผ่านคณะกรรมการของ NCD” ทั้งนี้โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และองค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น ในรูปแบบของการจัดการระบบ สุขภาพระดับอำเภอในการเชื่อมโยงประสานงานให้กับ ผู้ป่วย เช่น การทำโครงการต่างๆ และการดูแลผู้ป่วย โรคในกลุ่มด้อยโอกาสที่ไม่มีผู้ดูแล “มีเครือข่ายการ ดูแลในระดับ รพ.สต. เชื่อมโยงไปถึง อสม. ซึ่งมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและเชื่อมโยง ประสานกับ อบต. ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับการ ช่วยเหลือ” “มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชน และภาคีเครือข่ายเข้ามารับรู้ปัญหาโรคไตเรื้อรังใน พื้นที่ ในการรับทราบสถานการณ์โรคไตของชุมชน”

ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังได้มีแนวทาง ปฏิบัติสำหรับเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วย โรคไตตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคไต โดย ปรับเปลี่ยนตามบริบทและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้ กับโรงพยาบาลลูกข่ายใช้ร่วมกันทั้งเขตบริการสุขภาพ ในมุมของทีมสหวิชาชีพเห็นว่าการดำเนินงานคลินิก โรคไตเรื้อรังมีจุดแข็ง คือ ความร่วมมือของทีม สหวิชาชีพ ผู้บริหารให้การสนับสนุน และมีหน่วยงาน

เครือข่ายและชุมชนให้ความร่วมมือในการทำงาน แต่ยังมีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงพัฒนา คือ บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการดำเนินงานของแต่ละวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่เพียงพอ รวมไปถึง ความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ระบบการจัดการ ข้อมูลยังไม่เชื่อมโยง เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ระยะเวลา ในการให้บริการ

การกำหนดทิศทางและนโยบายความ ร่วมมือกันในเครือข่ายและนอกหน่วยงานของโรงพยาบาล ร้อยละ 65.38 พบมีการประชุมเครือข่ายที่มีตัวแทน จากในและนอกโรงพยาบาล เช่น สสอ. รพ.สต. และ อสม. เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของการ ให้บริการอย่างมีส่วนร่วม แต่มีเพียงร้อยละ 33.85 ที่ได้ข้อสรุป ทิศทาง นโยบาย ของการให้บริการ ร่วมกัน และร้อยละ 31.54 มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไตเรื้อรัง ร่วมกัน โดยการนำผลลัพธ์จากการให้บริการมาปรับ ให้ทันเหตุการณ์และสอดคล้องกับสถานการณ์ อย่างน้อยปีละครั้ง

การจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันในเครือข่าย และนอกหน่วยงานของโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 8.46 ไม่มีแผนปฏิบัติการ ร้อยละ 41.54 ที่มีแผน ปฏิบัติการที่จัดทำร่วมกันกับเครือข่ายและบรรจุอยู่ใน แผนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย แต่ พบเพียงร้อยละ 22.31 ที่มีการนำผลการดำเนินงาน มาทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ

การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และ แผนไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ พบว่า ร้อยละ 44.62 ได้มีการประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็น (2 ways communication) ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และ แผนปฏิบัติการ ให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและ เครือข่ายนอกโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 95.38

มีการพัฒนานวัตกรรมสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 48.46 และมีการฝึกอบรมให้ความรู้ทีม

บุคลากรผู้ดูแลหรือปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 79.23

ตารางที่ 3 ผลการประเมินด้านกระบวนการ (n=130)

การประเมินตามกระบวนการ	จำนวน	ร้อยละ
การกำหนดทิศทางและนโยบายความร่วมมือกันในการช่วยในและนอกหน่วยงาน		
ไม่มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และผลลัพธ์ของการให้บริการ	2	1.54
มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และผลลัพธ์ของการให้บริการ	46	35.38
มีการประชุมเครือข่ายที่มีตัวแทนจากในและนอกโรงพยาบาล เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการอย่างมีส่วนร่วม	85	65.38
ได้ข้อสรุปทิศทาง นโยบายของการให้บริการร่วมกันจากการประชุมเครือข่าย	44	33.85
มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการร่วมกัน โดยการนำผลลัพธ์ จากการให้บริการมาปรับให้ทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับสถานการณ์ อย่างน้อยปีละครั้ง	41	31.54
การจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันในเครือข่ายและนอกหน่วยงาน		
ไม่มีแผนปฏิบัติการ	11	8.46
มีแผนปฏิบัติการกิจกรรมที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดความสำเร็จ	55	42.31
ตอบสนองต่อทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของโรงพยาบาล		
มีแผนปฏิบัติการการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร ที่สอดคล้องต่อทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของโรงพยาบาล	54	41.54
มีแผนปฏิบัติการที่จัดทำร่วมกันกับเครือข่ายและบรรจุอยู่ในแผนของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลเครือข่าย	54	41.54
มีการนำผลการดำเนินงานมาทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ	29	22.31
การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และแผนไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ		
ไม่มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย แผนปฏิบัติการ	4	3.08
มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในโรงพยาบาลทราบ	13	10.00
มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเครือข่ายนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึง	36	27.69
มีการประชุมชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และแผนปฏิบัติการ	58	44.62
ให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายนอกโรงพยาบาล		
มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	19	14.62
การบริหารจัดการแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
ไม่มี	6	4.62
มี	124	95.38
มีการพัฒนานวัตกรรมสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง		
ไม่มี	67	51.54
มี	63	48.46
การฝึกอบรมให้ความรู้ทีมบุคลากรผู้ดูแลหรือปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง		
ไม่มี	27	20.77
มี	103	79.23

ด้านผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไต การรับประทานยา ความรู้เรื่องยา ข้อห้ามต่างๆ ในเรื่องยา และปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ส่วนการออกกำลังกายนั้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัด “ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และคุณหมอ คุณพยาบาล เป็นอย่างดี ไม่เคยมีปัญหาในการมารักษา ส่วนเรื่องการออกกำลังกายนั้น ยังพบว่าบางครั้งก็ไม่สามารถออกกำลังกายได้” ด้านปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตัว กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าในเรื่องของอาหาร บางครั้งก็ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องจากมีข้อจำกัด เช่น ไม่สามารถเลือกรับประทานได้ต้องรับประทานตามอาหารที่มีอยู่ ผู้ดูแลไม่รู้ว่าจะอาหารชนิดนี้ผู้ป่วยโรคไตควรหลีกเลี่ยง ผู้ปรุงอาหารให้มาอย่างไรก็รับประทานไปอย่างนั้น รวมถึงความยากง่ายในการจัดหาอาหารและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ให้ความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลทั้งที่บ้าน

และที่โรงพยาบาล โดยที่บ้านได้รับการดูแลเรื่องอาหาร ยา การดูแลเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เสริมสร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิต อารมณ์และความเครียด การดูแลความสะอาดของบ้านและสภาพแวดล้อม การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ส่วนที่โรงพยาบาลได้รับการดูแลเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาล “อยู่กับครอบครัว ลูก สามี่ ดูแลเรื่องอาหาร ค่าใช้จ่าย ดูแลเรื่องอาหาร พาไปหาหมอ ครอบครัวอบอุ่น” “หลานซักผ้าเช็ดมือสำหรับล้างไต ซักเสื้อผ้าให้ ทำกับข้าว หนึ่งข้าวให้หลานดูแลให้การช่วยเหลืองานบ้านทุกอย่าง บุตรสาวช่วยดูแลทำกับข้าวมือเหี่ยว และรับส่งพาไปพบแพทย์ตามนัด”

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีน้ำหนัก ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง น้ำตาลในเลือด ไขมันชนิด Total Cholesterol, Triglyceride และ LDL-cholesterol ลดลงหลังเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง (ตารางที่ 4) และการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกระดับความรุนแรงมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง

ตัวชี้วัด	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	60.22	12.44	59.55	13.12	<0.001
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	136.31	20.19	133.07	17.67	<0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	75.19	12.63	72.25	11.30	<0.001
FPG/DTX (mg/dL)	146.12	71.99	135.79	58.14	<0.001
enz. Creatinine	2.42	2.24	2.95	2.84	<0.001
ค่า eGFR	32.08	13.58	29.18	16.50	<0.001
HbA1C (%)	8.02	2.39	7.81	2.61	0.1624
Total Cholesterol (mg/dL)	197.51	53.46	185.25	47.01	<0.001
Triglyceride (mg/dL)	196.20	131.26	176.91	101.49	<0.001

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
LDL cholesterol (mg/dL)	113.85	47.42	106.19	51.98	0.0024
HDL cholesterol (mg/dL)	49.70	25.25	49.22	21.28	0.7019
Serum potassium (mg/dL)	4.28	0.69	4.29	0.59	0.7567
Uric acid	9.34	11.38	9.73	13.07	0.6761

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงของ eGFR กับระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังในระยะต่างๆ ในภาพรวม

การเปลี่ยนแปลงของ eGFR	จำนวน (ร้อยละ)			
	ระยะ 3A	ระยะ 3B	ระยะ 4	ระยะ 5
เพิ่มขึ้น	52 (25.24)	128 (35.16)	126 (35.69)	45 (38.14)
คงที่	13 (6.31)	20 (5.49)	23 (6.52)	19 (16.10)
ลดลง 1-2 %	10 (4.85)	33 (9.07)	33 (9.35)	24 (20.34)
ลดลง 3-4 %	9 (4.37)	32 (8.79)	37 (10.48)	11 (9.32)
ลดลง 5-6 %	15 (7.28)	23 (6.32)	23 (6.52)	7 (5.93)
ลดลง 7-8 %	13 (6.31)	27 (7.42)	24 (6.80)	3 (2.54)
ลดลง 9-10 %	7 (3.40)	21 (5.77)	21 (5.95)	5 (4.24)
ลดลง 10 % ขึ้นไป	87 (42.23)	80 (21.98)	66 (18.70)	4 (3.39)

อภิปรายผล

ด้านบริบทของการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังพบว่านโยบายการจัดตั้งต้องมีความชัดเจนและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไต ชะลอไตเสื่อม และประชาชนสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บางโรงพยาบาลยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังเฉพาะแต่ได้ดำเนินงานภายใต้คลินิกโรคเรื้อรังที่มีอยู่ เนื่องจากต้องแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่สำคัญกว่า และการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการคลินิกโรคไตเรื้อรังเปรียบเสมือนมุ่งความเป็นเลิศด้านผลลัพธ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนางานคลินิกโรคเรื้อรังและควรมีการบริหารจัดการไปพร้อมกัน⁸⁻¹¹

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า โดยภาพรวมการสนับสนุนงบประมาณจากนโยบายจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสะสมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีทีมสหวิชาชีพครบ 5 สาขา แต่วิชาชีพที่ยังขาดแคลนคือ นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการแก้ไขโดยการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรมเพิ่มเติมในด้านโภชนาการ อีกทั้งการใช้ระบบฐานข้อมูลในการติดตามรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีน้อย อาจเนื่องมาจากภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น¹²

ด้านกระบวนการพบว่า การดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังได้ขับเคลื่อนผ่านแผนการให้บริการ

(Service plan) โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานโรคไตเรื้อรังและจัดการอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังได้ปฏิบัติตามแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยปรับเปลี่ยนตามบริบทและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลลูกข่ายใช้ร่วมกันทั้งเขตบริการสุขภาพ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะด้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานคลินิกโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹³⁻¹⁵

ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยน้ำหนัก ความดันโลหิต Cholesterol Triglyceride LDL และ HbA1C ลดลง นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความรู้เรื่องยา ออกกำลังกาย และอาหาร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการให้บริการของคลินิกโรคไตเรื้อรัง ที่มีการดำเนินการในรูปแบบสหวิชาชีพที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรูปแบบสหวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีตามมา¹⁶⁻¹⁸ อย่างไรก็ตาม eGFR ที่ลดลงส่งผลให้ Creatinine ในเลือดสูงขึ้น ซึ่งผลทางคลินิกเบื้องต้นที่เป็นไปแนวทางที่ดีขึ้นอาจช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้¹⁹

สรุปผล

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานเห็นด้วยกับนโยบายการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข การแยกคลินิกโรคไตเรื้อรังออกจากคลินิกโรคเรื้อรังนั้นมีผลโดยตรงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ยังคงมีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรต่างๆ ในการทำงานทั้งงบประมาณ สื่อ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ องค์ความรู้ และระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนทรัพยากรทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร นโยบายเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นคือ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีการรณรงค์ผ่านสื่อมหภาค รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการในการควบคุมที่รัดกุมให้มากขึ้นในการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น การให้ข้อมูล ความรู้ ความตระหนัก ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินการครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์วินัย ลิสมิทธิ์ และนายแพทย์สกันต์ บุนนาค ที่ปรึกษาโครงการที่กรุณาให้คำแนะนำการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและให้ข้อมูลอย่างละเอียด

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Number of in-patients by 75 cause groups according from health service units, ministry of public health, whole kingdom: 2003-2012 [Available from: http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/tables/00000_Whole_Kingdom/in-46-55.xls].
2. Ingsathit A, Shayakul C, Chaiprasert A. A project to study the disease progression and clinical outcome of chronic kidney disease in Thai population [Internet]. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2017 [Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4768?locale-attribute=th.>].
3. Jitraknatee J, Ruengorn C, Nochaiwong S. Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease among Type 2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study in Primary Care Practice. *Scientific reports* 2020;10:1-10.
4. Thawornchaisit P, Looze FD, Reid CM, et al. Health-Risk Factors and the Prevalence of Chronic Kidney Disease: Cross-Sectional Findings from a National Cohort of 87 143 Thai Open University Students. *Global journal of health science* 2015;7:59-72.
5. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): rationale and design of the study. *BMC Nephrol* 2014; 15:99-105.
6. Department of Disease Control. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2015. Nonthaburi. [Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>].
7. Stufflebleam DL, Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Model & Application. Now York: Jossey-Bass; 2007. p. 768.
8. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell MC, et al. Health literacy and chronic kidney disease. *Nefrologia* 2017;37:115-7.
9. Singprasert R, Kanogsunthornrat N, Chailimpamontri W. Effect of Behavior Modification Program Led by Advanced Practice Nurse on Clinical Outcomes in Patients with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2018;5:57-74.
10. Kaenkong K, Anutrakulchai S, Lertsinudom S, et al. Effects of Health Behavioral Promotion Programs on Behavior to Slowing Progression in Patients with Chronic Kidney Disease at 1-3a Stage. *Journal of Nursing and Health Care* 2019; 37:211-20.
11. Berns JS, Saffer TL, Lin E. Addressing Financial Disincentives to Improve CKD Care. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2018;29:2610-2.

12. Chironda G, Bhengub B. Barriers to management of Chronic Kidney Disease (CKD) in a renal clinic in KwaZulu-Natal Province, South Africa - A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2019;10:116-23.
13. Okpechi IG, Bello AK, Ameh OI, et al. Integration of Care in Management of CKD in Resource-Limited Settings. *Seminars in Nephrology* 2017;37:260-72.
14. Jearnsujitvimol O, Pangsri S, Leaungsomnapa Y. Knowledge for Caring of Patients with Chronic Kidney Diseases in Healthcare Personnel in Chanthaburi Province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2016;33:45-57.
15. Kaewchana S, Anusornsangiam W. Development of Care Model for Patients with Chronic Kidney Disease by Multidisciplinary Professionals at Nang Rong Hospital. [Doctoral dissertation], Mahasarakham University; 2019.
16. Chowpontong S. Multidisciplinary Predialysis Care in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2015;5:197-206.
17. Serewiwattana M, Thongtanunam Y, Limakara S. Development of Quality Care for Delaying Progression of Kidney Disease in Chronic Patients Using the Chronic Care Model of a Sub-District Health Promotion Hospital. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2018;5:45-56.
18. Juntachai A, Meepan M, Jabprapai P. The Development of The Self-Management Program for Diabetes mellitus patients with third stage Chronic Kidney Disease. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2017;7:280-91.
19. Surawatakul S, Laorat S, Dermtamrum L. Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District. *Academic Journal Mahasarakham Provincial Public Health Office* 2019;4: 129-43.