

เครือข่ายสุขภาพอำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (District Health System)

โรคเรื้อรัง(โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

นางนันทน์ภัสร์ คุ่มเขต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปรางบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์

อำเภอปรางบุรี ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ห่างจากอำเภอเมือง ประมาณ ๖๗ กิโลเมตร ทิศเหนือ ติดกับ อำเภอหัวหิน ทิศตะวันออก ติดอ่าวไทย ทิศตะวันตก ติดต่อประเทศพม่า ทิศใต้ ติดต่ออำเภอสามร้อยยอด มีเนื้อที่ประมาณ ๔๗๘,๓๕๖.๘๗ ไร่ มีครัวเรือนทั้งหมด ๑๕,๗๐๗ หลังคาเรือน ประชากรรวม ๘๓,๖๕๖ คน เป็นชาย ๕๐,๐๑๙ คน และหญิง ๓๓,๖๓๗ คน การประกอบอาชีพของคนในพื้นที่ อาชีพหลัก เกษตรกรรม ทำไร่สับปะรด ไร่อ้อย ไม้ผล สวนมะพร้าว ยางพารา การทำอาชีพประมง บริเวณปากแม่น้ำปรางบุรี ปลาหมึกตากแห้ง ปลาเค็ม,ปลุสั่ว ได้แก่การเลี้ยงโคเนื้อ และโคขุน,อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว อาชีพเสริม คือแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร ได้แก่ทำสับปะรดกวน ผลิตภัณฑ์จากสับปะรด รับจ้างโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากมีโรงงานอุตสาหกรรมถึง ๑๔ แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงงานแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร เช่นโรงงานสับปะรดกระป๋อง โรงงานน้ำตาล และมีโรงงานนมหนองโพสาขาย่อยอีก ๑ แห่ง คำขวัญอำเภอปรางบุรี **“ปรางบุรีเมืองเก่า เสาหลักเมืองคู่บ้าน สับปะรดหวานขึ้นชื่อ เลื่องลือทะเลงาม อุทยานสวยล้ำ แม่น้ำปรางคือชีวิต”**

ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น มี ๖ ตำบล(๓ เทศบาล ๕ อบต.) ๔๔ หมู่บ้าน ๑๙ ชุมชน มีสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลค่ายธนรัชต์ ขนาด ๙๐ เตียง ,โรงพยาบาลปรางบุรี ขนาด ๖๐ เตียง สาธารณสุขอื่นๆ คลินิก ๒๐ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ๑๘ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๗ แห่งคือ รพ.สต.ปากน้ำปราง,รพ.สต.วังก้ง,รพ.สต.บ้านโรงสูบ,รพ.สต.ปรางบุรี,รพ.สต.บ้านห้วยแสงพันธ์,รพ.สต.บ้านหนองตาเมือง และ รพ.สต.เขาจ้าว โดยรพ.สต.ทุกแห่ง มีพยาบาลเวชปฏิบัติปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต.ทุกแห่ง

จากข้อมูล ๕ อันดับโรคของผู้ป่วยนอก อำเภอปรางบุรี ปี ๒๕๕๓- ๒๕๕๗ ปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่สำคัญติด ลำดับ ๑ ใน ๓ ของทุกปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอปรางบุรี เริ่มจากการได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ให้เป็นต้นแบบในการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน(CBL : Context based learning) ใช้ศาสตร์ครบครันเป็นแนวปฏิบัติ (ในปี ๒๕๕๔- ๒๕๕๕ จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการและจัดประชุมคณะกรรมการ CBL ระดับอำเภอ อำเภอปรางบุรี คณะกรรมการ ได้ร่วมกันพิจารณาข้อมูลปัญหาสุขภาพ ๕ อันดับโรคแรกของอำเภอปรางบุรี พบว่า โรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) เป็น ๑ ใน ๓ อันดับโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ แต่สามารถในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต. ได้เพียง ๓ แห่ง ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกลจำเป็นต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลปรางบุรี เป็นผลให้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ คณะกรรมการ CBL อำเภอปรางบุรี จึงมีมติเลือก “การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” เป็นประเด็นหรือหัวข้อหลักในการพัฒนาบุคลากรโดยใช้บริบทเป็นฐานการเรียนรู้ ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนา คือ “การลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลปรางบุรี” โดยการ**๑.พัฒนาระบบการบริหารจัดการ** มีการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ โดยการเป็นคลังยาและเวชภัณฑ์ให้กับ รพ.สต.ทุกแห่ง มีการใช้บัญชียาเดียวกันทั้งเครือข่าย ยกเว้นยานอกบัญชีหลัก โรงพยาบาลปรางบุรีสนับสนุนทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย โภชนากร ร่วมให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ.สต. เดือนละ ๑ ครั้ง บริหารจัดการกำลังคน : สสอ.ได้มีการเกลี่ยพยาบาลเวชปฏิบัติให้มีครบทุก รพ.สต.เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดให้บริการมี รายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุม CUP บอร์ดทุกครั้ง **๒.จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง ครบทุกรพ.สต.** และได้รับความร่วมมือ

จากเทศบาลปรางบุรีเข้าร่วมเปิดบริการคลินิกโรคเรื้อรังในศูนย์สาธารณสุขของเทศบาลปรางบุรีอีก ๒ แห่ง ทำให้มีคลินิกโรคเรื้อรังทั้งหมด ๔ แห่งครอบคลุมทั้งอำเภอมี ๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต.ให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้ตามมาตรฐานภายใต้บริบทของพื้นที่ มีการ จัดอบรมให้ความรู้ (Training) มีทั้งหลักสูตรภาคบังคับ และหลักสูตรตามใจผู้เรียน ได้จัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานร่วมกัน เรียนรู้โดยใช้ รพ.สต.เป็นฐานการเรียนรู้ : เป็นการเรียนรู้กับแพทย์และทีมที่ไปออกตรวจในวันที่มีคลินิกบริการแบบ Case by และการนั่งตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่และสร้างศรัทธาในตัวเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยมีการใช้ชุมชนเป็นฐาน : เรียนรู้ผ่านการเยี่ยมบ้านร่วมกัน ระหว่าง จนท.รพ.สต.และทีมพี่เลี้ยงจาก รพ. โดยมีแพทย์และ จนท. รพ.เป็นพี่เลี้ยงและครูผู้สอน เช่น การทำหัตถการต่างๆ , การเรียนรู้จากแพทย์ในห้องตรวจโรคทั่วไป , เรียนรู้จากการตามราวด์กับแพทย์ที่ตักผู้ป่วยใน มีจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต.นำเสนอแลกเปลี่ยนประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอื่นๆ เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

๔.การพัฒนาาระบบส่งต่อและระบบให้คำปรึกษานับสนุนการจัดบริการของ รพ.สต.จัดให้มีช่องทางด่วนมีระบบการส่งLabมีระบบให้คำปรึกษาผ่านเครื่องมือสื่อสารต่างๆSkype, Line ,Tangoโทรศัพท์สายตรงถึงแพทย์พี่เลี้ยงหรือโทรปรึกษาแพทย์ผ่านพยาบาลคลินิกพิเศษซึ่งเป็นเราของทีม

๕.การพัฒนาาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลปรางบุรี และรพ.สต.ในเครือข่าย เชื่อมโยงผ่านระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แก่ แนวทางการดำเนินงาน (คู่มือ) และระบบฐานข้อมูลที่โรงพยาบาลปรางบุรี สสอ. และรพ.สต. ใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพได้แก่ program J HCISและHosXP

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการในปี๒๕๕๕

- ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอปรางบุรี ทั้ง ๗ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) มีคลินิกบริการโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. รวมทั้งอำเภอปรางบุรี มีคลินิกบริการโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๐ แห่ง
- ๒ รพ.สต.ในอำเภอปรางบุรีทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) จัดบุคลากรเข้าร่วมเรียนรู้กับแพทย์และทีมพี่เลี้ยง ผ่านการจัดบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังร่วมกัน และทุกแห่งส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมเรียนรู้ โดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการเรียนรู้ ในจำนวนนี้ มี ๒ แห่ง คือ รพ.สต.ปากน้ำปราน และ รพ.สต.บ้านหนองตาเมือง ที่ส่งบุคลากรเข้าร่วมเรียนรู้โดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานการเรียนรู้ครบทุกคน
๓. OP Visit ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นใน รพ.สต. ทุกแห่ง

ผลการดำเนินงานในเชิงคุณภาพ

๑. เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
๒. เกิดความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ เจ้าหน้าที่ รพ.ปรางบุรี
๓. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาอยู่ที่ รพ.สต.ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีเหมือนการรักษาที่รพ.ปรางบุรี ส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการไปรับบริการที่ รพ.สต.
๔. ผู้ป่วยโรคอื่นๆ รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. มีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค
๕. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างชุมชน – รพ.สต. – รพ.แม่ข่าย เช่น การสนับสนุนเต็นท์ที่นั่งรอตรวจ การสนับสนุนอาหาร-เครื่องดื่ม ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณดำเนินการเพิ่มเติมในการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง

ในปี๒๕๕๖-๒๕๕๗ เครือข่ายสุขภาพปรางบุรีได้จัดเป็นอำเภอเป้าหมายดำเนินการพัฒนา DHS เข้มข้น และปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหา๑ ใน๓มติที่ประชุมของคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพปรางบุรี ได้เลือกประเด็นปัญหาที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกันในระดับอำเภอ(ODOP;One

District One Project) โดยใช้โครงการลดความแออัดใน รพ.ด้วยคลินิก NCD คุณภาพไร้รอยต่อโดยใช้ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ(District Health System:DHS)CUP ปราณบุรีประจำปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗ ขึ้นโดยใช้ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ(DHS=District Health System)ในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันของ รพ.ปราณบุรี+สสอ.ปราณบุรี+รพ.สต.ทุกแห่ง+องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอปราณบุรี+ชุมชน+ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อให้ประชาชนชุมชนพึ่งตนเองได้มีการพัฒนาตนเองไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายปฐมนิเทศที่มีคุณภาพ ประชาชนไว้วางใจมารับการรักษาลดภาระค่าใช้จ่าย ประชาชนได้รับประโยชน์โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมี สถานะสุขภาพดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดัน ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหา อันดับ ๑ ของCUP ปราณบุรี โดยได้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานปี ๒๕๕๖ จำนวน ๑๖,๓๐ ราย เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๔ จำนวน ๒๑๗ ราย และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๒,๒๔๗ ราย เพิ่มขึ้น ๒๑๑ ราย ความชุก (Prevalence)โรคเบาหวาน=๙.๙๒ โรคความดัน=๑๔.๒๙ การเกิดโรค(Incidence)โรคเบาหวาน=๐.๗๘โรคความดัน=๑.๕๘การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ปี ๒๕๕๖ ของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการ คัดกรองตรวจจอประสาทตาร้อยละ ๕๓.๐๘ พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ ๗.๔๖ ผลตรวจ LDL < ๑๐๐mg/dl ร้อยละ ๒๙.๓๓ตรวจ HbA๑c < ๗% ร้อยละ ๑๗ ตรวจเท้าร้อยละ ๖๒.๘๒ พบแผลที่เท้า ร้อยละ ๑.๔๗คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน๑,๑๗๖ราย พบภาวะแทรกซ้อนทางไตระดับ๓-๕ จำนวน ๘๗๔ รายร้อยละ๗๔.๓ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๒,๒๔๗ ราย ได้รับการตรวจ Urine Protein จำนวน ๑,๔๕๘ ราย (ร้อยละ ๖๔.๒๘) ผลการตรวจ Urine Protein ผิดปกติ ๑๔๗ ราย (ร้อยละ๖.๔๘) ผู้ป่วยที่มีLDL<๑๐๐mg/dl ๘๗๑ ราย(ร้อยละ๓๘.๔๐)จากผลการคัดกรองดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลมีความซับซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ตามลำดับ จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการDHS ถึงกิจกรรมที่ทำในโครงการให้คณะกรรมการได้รับทราบ และ จัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าภาพหลัก ทั้งในส่วน of โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต.ร่วมมือกันดำเนินการ โดยชี้แจงให้พื้นที่เห็นความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย การ ดำเนินการดูแล การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น โดยให้แต่ละภาคส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และบทบาทหน้าที่ที่ ต้องรับผิดชอบ รวมถึงการประสานงาน เริ่มกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมให้กับ อสม.จัดอบรมและพัฒนา องค์ความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาศักยภาพในการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วและตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข รวมทั้งมาตรฐานของวิชาชีพได้ตามมาตรา ๒๘ (๔)แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๕๖ ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๖ จำนวน ๒๗๕ คน(อสม.หมู่บ้าน/ชุมชน ละ ๕ คนจำนวน ๔๔ หมู่บ้าน๑๑ ชุมชน)แบ่งอบรมเป็น ๒ รุ่นมี ผู้เข้าร่วมประชุมร้อยละ ๘๐ และ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำรพ.สต.และทีมพี่เลี้ยง อบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงประจำปี ๒๕๕๖ MINI CASE MANAGER จำนวน ๒๒ คน มีผู้เข้าร่วมประชุมร้อยละ ๑๐๐ และ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลปราณบุรี และ โรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน ๓๐ คน มีผู้เข้าร่วมประชุมร้อยละ ๑๐๐ หลังจากเตรียมความพร้อมในกลุ่ม เจ้าหน้าที่และ อสม.แล้วได้มีการจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงตามโครงการพัฒนาเครือข่ายหมู่บ้านลดเสี่ยง ลดโรคเป้าหมายรพ.สต.ละ ๓ หมู่บ้าน รวมทั้งหมด ๒๑ หมู่บ้าน กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย กลุ่มแกนนำในหมู่บ้านได้แก่ ผู้นำชุมชน อปท. ครู กศน.ประชุมแลกเปลี่ยนและมีส่วนร่วมในการ รวบรวมข้อมูลปัญหาในหมู่บ้านเป้าหมาย ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

และจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ในหมู่บ้าน มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แต่ละหมู่บ้านต้นแบบมานำเสนอ เกิดความยั่งยืนเกิดระบบการจัดการในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง(Self monitoring of blood glucose (SMBG) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการคุมระดับน้ำตาลด้วยตัวเองโดยการคุมอาหารจากผลการเจาะน้ำตาลหลังการรับประทานอาหาร จากกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ส่งทำSMBG ร้อยละ ๑๐๐มีระดับน้ำตาลที่ลดลงในการมาตามนัด ครั้งที่๑ เมื่อนัดครั้งที่ ๒ มีระดับน้ำตาลที่ลดลงร้อยละ ๘๐ มีการขยายผลการทำ SMBG ลงสู่รพ.สต.ทุกแห่งโดยส่งให้ไปเจาะกับอสม.ที่ผ่านการอบรมเป็นอสม.เชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถ คุมระดับความดันโลหิตได้ ทำการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบ้านด้วยการทำ Home Blood Pressure Monitoring โดยหาเงินบริจาคเพื่อซื้อเครื่องวัดBP ให้กับคนไข้ได้ยืมไปวัดด้วยตนเองที่บ้านในช่วงแรกหาเงินบริจาคได้มา๒๐ เครื่อง และส่งคนไข้ไปวัดความดันกับอสม.ใกล้บ้านที่ผ่านการอบรม โดยทำในผู้ป่วย๘๖ คนผลเมื่อไปวัดที่บ้านผลความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๘๑คน มีความดันสูงจริงเพียง ๕ คน และได้ขยายผลการทำHome BP ลงสู่รพ.สต.ทุกแห่ง นอกจากนี้ยังได้จัดกิจกรรมอบรมพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า หัวใจ และหลอดเลือดเพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจำนวน๙ แห่ง ๗ละ ๔๐ คน รวม๓๖๐ คน ในการจัดกิจกรรมได้นำบุคคลต้นแบบที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จนระดับความรุนแรงของโรคไตที่พบว่าแพทย์ให้ไปเลือกวิธีล้างไต แต่ผู้ป่วยขอเลือกการปรับพฤติกรรมของตนเองก่อน แพทย์อนุญาต และผู้ป่วยกลับมาปฏิบัติตัว จนค่าGFR ของผู้ป่วยพ้นจากการเป็น CKD stage ๔ ดีขึ้นสู่ภาวะ CKD stage ๒ และลดการทานยาโรคเบาหวาน จนหยุดยาโรคเบาหวานในที่สุด ไปเป็นวิทยากรให้กับกลุ่มป่วย แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงบันดาลใจในการปรับพฤติกรรมตนเอง นอกจากนี้ยังได้จัดระบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารักษาที่รพ.ปราชญ์บุรี หรือที่รพ.สต.ใกล้บ้านตนเองได้ ญาติต้องไปรับยาแทนทุกครั้ง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการออกเยี่ยมหลังทีมออกตรวจผู้ป่วยที่ รพ.สต.ในช่วงเช้าเสร็จแล้ว ผลจากการเยี่ยมบ้านพบว่าปัญหาบางอย่างเราไม่สามารถแก้ได้จึงได้ปรึกษากับทาง อบต./ เทศบาล และผู้นำชุมชน ภาศิเครือข่ายจึงขอเข้าร่วมในทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย

มีการรายงานผลสู่คณะกรรมการ DHS ผลจากการทำกิจกรรมต่างๆส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานดังนี้

ผลงาน	ปี๒๕๕๖ ร้อยละ	ปี๒๕๕๗ ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลHbA๑C น้อยกว่า ๗	๑๗	๕๙.๔๖
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถคุม BP<๑๔๐/๙๐mmHg	๖๓.๖๘	๔๔.๗๖
ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	๕๓.๐๘	๕๐.๐๙
ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต/CKD stage๓-๕	๑๑๗๖/ ๓๘.๐๒	๖๖.๑/ ๓๑.๘๘
ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจเท้า	๖๒.๘๒	๕๕.๒๗
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต/CKD stage๓-๕	๕๒.๐๘/ไม่มี ข้อมูล	๕๑.๙/๒๗.๘๕

ผลการดำเนินงาน NCD Clinicผ่านเกณฑ์คุณภาพ สัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับบริการในสถานบริการปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ ๕๐ผลการดำเนินงาน ๕๑.๙๑กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเปลี่ยนเป็นโรคเบาหวานไม่เกินร้อยละ ๕ ทำได้ร้อยละ ๗ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเปลี่ยนเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่

เกินร้อยละ ๑๐ ทำได้ร้อยละ ๘ ในการดำเนินงานโครงการในครั้งนี้ ได้รับการประเมินจากองค์กรภายนอกโดย ทีมจากอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี มีการสรุปผลการดำเนินงานของเครือข่ายระบบ สุขภาพของอำเภอปรางบุรี ดังนี้ **กระบวนการ/วิธีการแก้ไขปัญหา** โดยรวม การดำเนินงานทุกขั้นตอน ประชาชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือมากขึ้นโดยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพว่าเป็นเรื่องของตนเองมากขึ้น**ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ** ผลการดำเนินงานเป็นไปได้ด้วยดี ในระดับที่น่าพอใจ รพ.สต. มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ทำให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเครือข่าย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ **ด้านผู้ให้บริการ** มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานที่เป็นทีมที่เข้มแข็ง จนเกิดความรู้สึกร่วมกันมีความสุขในผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ **ด้านผู้รับบริการ** ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าถึง เข้าใจ และตรงตามปัญหามากขึ้น ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพโดยรวมยังไม่ลดลง **ชุมชน/พื้นที่** ท้องถิ่นมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะงบประมาณ **ด้านองค์กร/เครือข่าย** มีเวทีให้ได้พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน และเข้าใจกันมากขึ้น รพ.สต.ได้พัฒนาวิธีการดำเนินงานที่เป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ลดการสูญเสีย มีการแบ่งปันทรัพยากร และมีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ จนสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย

การดำเนินงานในปีงบประมาณ๒๕๕๘ ได้คืนข้อมูลให้กับพื้นที่และเครือข่าย และได้เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการของรพ.สต.ปากน้ำปรางซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด มติที่ประชุมได้ขอให้ไปทำประชาคมในทุกหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบและร่วมแก้ปัญหาโดยทางอบต.ปากน้ำปรางได้เสนอให้ใช้งบของกองทุนตำบลปากน้ำปราง จึงได้จัดทำ **“โครงการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายตำบลปากน้ำปรางปี ๒๕๕๘”** โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๑๒๑,๓๗๖ บาท (โครงการ District Health Management Learning (DHML))

ผลสำเร็จของการดำเนินโครงการในปี ๒๕๕๕

- เป็นตัวแทนของเขต ๕ ไปนำเสนอในการสัมมนาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ภาคกลาง ระหว่างวันที่ ๓๐-๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ ณ.โรงแรมศุภมิตร จังหวัดกาญจนบุรี
- ได้รับคัดเลือกให้ไปร่วมเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการมหกรรมเครือข่ายสุขภาพชุมชน ของเขต ๔ และ เขต ๕ ระหว่างวันที่ ๘-๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ณ.โรงแรมราชศุภมิตร จ.กาญจนบุรี
- ได้รับคัดเลือกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวแทนของเขต๕ ไปจัดแสดงผลงานทางวิชาการในการประชุมเชิงปฏิบัติการ รพ.สต. ลดแออัดใน รพ.ศ./รพ.ท. เบาหวาน ความดัน ดูแลครบถ้วนด้วยหมอครอบครัว ณ.ศูนย์การค้าและประชุมอิมแพคเมืองทองธานี

ผลสำเร็จของการดำเนินโครงการในปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗

- ได้รับเชิญเป็นวิทยากรในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เรื่อง การสร้างทีม ร่วมใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากรพ.สุ รพ.สต. ขยายต่อชุมชน ในวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๖ ณ.โรงแรมหาดทอง อำเภอเมือง ประจวบคีรีขันธ์

- ได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในการถ่ายทำสารคดีเชิงข่าวในประเด็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามนโยบายของรัฐบาลด้านสุขภาพ
- ได้รับรางวัล รองชนะเลิศอันดับ ๒ นวัตกรรมประเภท การบริหารจัดการระบบสุขภาพเชิงบูรณาการ ชื่อผลงาน “การลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วยคลินิก NCD คุณภาพไร้รอยต่อในโครงการ “นวัตกรรมบริการปฐมภูมิ : ความท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติ” จัดโดยมหาวิทยาลัยคริสเตียน ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
- ได้รับคัดเลือกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติสกลนคร ให้ร่วมนำเสนอผลงานทางวิชาการ “๖th International Conference on Public Health among GMS Countries: Health Service System for a Borderless Community: Human Resource Development for a District Health System” Pullman Hotel, Khon Kaen, Thailand, November ๖-๗, ๒๐๑๔ **ในหัวข้อ Reducing the Level of Hospital Crowding Through Using the Borderless Health Service Network of a Non-Communicable Disease (NCD) Clinic in Conjunction with the District Health System (DHS) of the Pranburi Contracting Unit for Primary Care, Prachuap Khirikhan Province**