

การพัฒนาระบบบริการ RAMAN Systems Prevent for Mortality

เด็กรามันต้องรอด!!!

Development of the RAMAN Systems Prevent for Mortality

Children in Raman must survive!!!

นิยา สือนิ^{1*} และ อาฟีพะ เจโด²

Niya Suennee¹ and Arfeefa Jedo²

โรงพยาบาลรามัน อำเภอรามัน จังหวัดยะลา^{1,2}

Raman Hospital, Raman District, Yala Province^{1,2}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลาและเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็ก ให้เข้าถึงการบริการมากขึ้นเพื่อลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็ก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แก่ กุมารแพทย์ประจำอำเภอ 1 คน พยาบาล จำนวน 6 คน และภาคีเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดยะลา เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบตรวจสอบ (Check list) เก็บข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยในระยะเวลา 6 เดือน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และหลักสถิติ ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของปัญหาประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีระดับความรุนแรงขึ้นถึงวิกฤติและวิกฤติ 2) ผู้ป่วยขาดโอกาสในการคัดกรองโรคหรือภาวะต่างๆ 3) ผู้ปกครองขาดความตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วยของบุตรหลาน 4) ขาดความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ 5) ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการ ปัญหาเหล่านี้หากปล่อยไว้โดยไม่มีการดำเนินการแก้ไขจะทำให้อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กสูงขึ้น และองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้คือ ระบบบริการผู้ป่วย RAMAN ABC Model ซึ่งประกอบด้วย การตรวจและคัดกรองภาวะต่างๆได้มากขึ้น (Access, A) เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ปกครองต่อการบริการด้านสาธารณสุข (Believe, B) และเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (Capacity, C) และผลลัพธ์พบว่าอัตราเสียชีวิตของเด็กอำเภอรามันได้ลดลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็ก, โรงพยาบาลอำเภอ, ระบบบริการผู้ป่วย

***Corresponding author: E-mail:** niya.suennee.raman@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065 230 2901

Abstract

This study aims to investigate the issues related to the pediatric patient care system at a district hospital in Yala Province and to develop the pediatric patient care system to improve access to services, thereby reducing the mortality rate among pediatric patients. This research is a development study involving participants that include one district pediatrician, six nurses, and public

health network partners from the district in Yala Province. Data was collected from patient records over a period of six months and analyzed using content analysis and statistical methods. The research findings revealed that the causes of the problems include: 1) the hospital's lack of capacity to care for pediatric patients with semi-critical and critical conditions; 2) patients lacking opportunities for disease or condition screening; 3) parents' lack of awareness regarding their children's illnesses; 4) a lack of confidence in the doctors' treatment plans; and 5) insufficient coordination between service networks. If these problems are left unaddressed, the mortality rate among pediatric patients will increase. The knowledge gained from this study is the RAMAN ABC Model for patient services, which includes enhanced screening and assessment of various conditions (Access, A), increased parental confidence in public health services (Believe, B), and improved capacity of the hospital to provide care (Capacity, C). The results indicated that the mortality rate among children in Raman District has decreased.

Keywords: Pediatric patients, District Hospital, Patient Care System

บทนำ

โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ชนบทของจังหวัดยะลา ห่าง จากตัวเมืองยะลา 30 กิโลเมตร ถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีระดับของการพัฒนาสูงที่สุดรองจากโรงพยาบาลยะลา มีการจัดบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมมุสลิมได้อย่างลงตัว ดูแลประชากรจำนวน 16 ตำบล 82 หมู่บ้าน โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งรับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 97,650 คน โดยมีประชากรเด็กอายุ 0 - 14 ปีจำนวน 22,450 คน (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566) จากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง ปี 2560 - 2563 พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมเท่ากับ 79,770 ครั้ง เฉลี่ย 26,589 ครั้งต่อปี และส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องจากเกินศักยภาพจำนวน 3,337 ครั้งเฉลี่ย 1,112 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4.2 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการทั้งหมด มีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 16,365 ครั้ง เฉลี่ย 5,455 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับสีเหลืองและแดง เฉลี่ย 3,280 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีผู้ป่วยเด็กที่ปฏิเสธการรักษาหรือการทำการหัตถการอีกจำนวน 57 ราย เฉลี่ย 19 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.07 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการทั้งหมด ในปี 2560 - 2563 พบว่า ผู้ป่วยเด็กอายุ 0 - 14 ปี เสียชีวิตทั้งหมดจำนวน 102 ราย จากการเกิดมีชีพทั้งหมดจำนวน 3,122 ราย (32.6 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอัตราเสียชีวิตของเด็กอายุ 0 - 14 ปีในพื้นที่อำเภอรามานัน้นยังคงสูงเมื่อเทียบกับระดับประเทศ

ปัญหาอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุ 0-14 ปีในปี 2560-2563 ในอำเภอรามันนั้นสูงเมื่อเทียบกับระดับประเทศ โดยมีสาเหตุหลักที่เกิดจากความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็กของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ และการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองที่มีต่อโรคภัยไข้เจ็บของบุตรหลาน ทำให้เกิดความต้องการในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

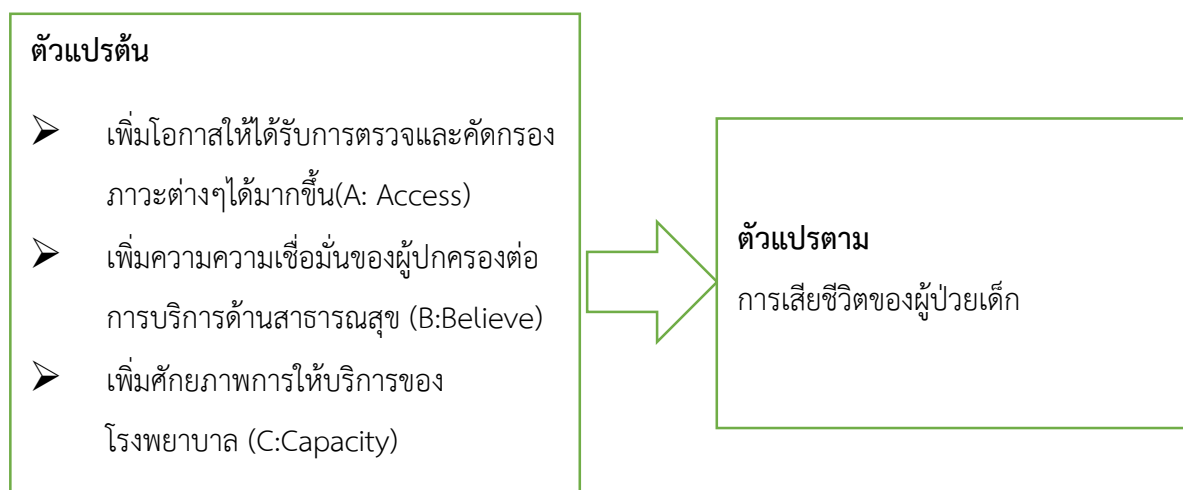
1. เพื่อศึกษาปัญหากระบวนการบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลาให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการมากขึ้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

คำถามการวิจัย

ระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลาให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการมากขึ้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กควรมีลักษณะ และรูปแบบอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากสาเหตุของปัญหาที่ผู้วิจัยได้สำรวจและวิเคราะห์เบื้องต้นนั้น ผู้วิจัยได้จัดทำกรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับการศึกษานี้ ดังนี้



จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการทบทวนวรรณกรรม พบว่า 1) โรงพยาบาลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีระดับความรุนแรงขึ้นถึงวิกฤติ และวิกฤติ 2) ผู้ป่วยขาดโอกาสในการคัดกรองโรคหรือภาวะต่างๆ 3) ผู้ปกครองขาดความตระหนักต่อความเจ็บป่วยของบุตรหลาน 4) ขาดความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ 5) ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการ ปัญหาเหล่านี้หากปล่อยไว้โดยไม่มีการดำเนินการแก้ไขจะทำให้อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กในอำเภอรามันสูงขึ้น

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System)

ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพสุขภาวะทางกายและจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาโรคฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนยึดมั่นในหลักศีลธรรมคุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการและให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ระบบบริการสุขภาพคือระบบการดูแลสุขภาพที่ดี มีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ ความเป็นธรรมคือเป็นระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะ คุณภาพคือเป็นระบบที่มีความถูกต้องทางวิชาการเป็นที่ไว้วางใจและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และประสิทธิภาพคือเป็นระบบบริการที่ให้ผลคุ้มค่า (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

ระบบบริการสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกอบด้วยเสาสุขภาพจำนวน 6 เสา (6 Building Blocks of A Health System) ซึ่งมีเป้าหมาย 4 ประการได้แก่ การเข้าถึง (Access) การครอบคลุม (Coverage) การมีคุณภาพ (Quality) และการมีความปลอดภัย (Safety) (JICA, 2017) ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) ระบบผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Workforce) ระบบการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines) (ระบบการเงินการคลังสุขภาพ (Health Financing) ระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information System) และระบบธรรมาภิบาลสุขภาพ (Health Good Governance) (กรมอนามัย, 2563)

ระบบบริการหมายถึงบริการที่ส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัยได้มาตรฐานครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็งมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ระบบผู้ให้บริการหมายถึงกำลังคนที่เพียงพอมีความรู้มีส่วนร่วมของความชำนาญที่เหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ระบบการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงเวชภัณฑ์วัคซีนอุปกรณ์การวินิจฉัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานคุณภาพความปลอดภัยมีระบบการขนส่งที่ดีมีข้อบ่งชี้ในการใช้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

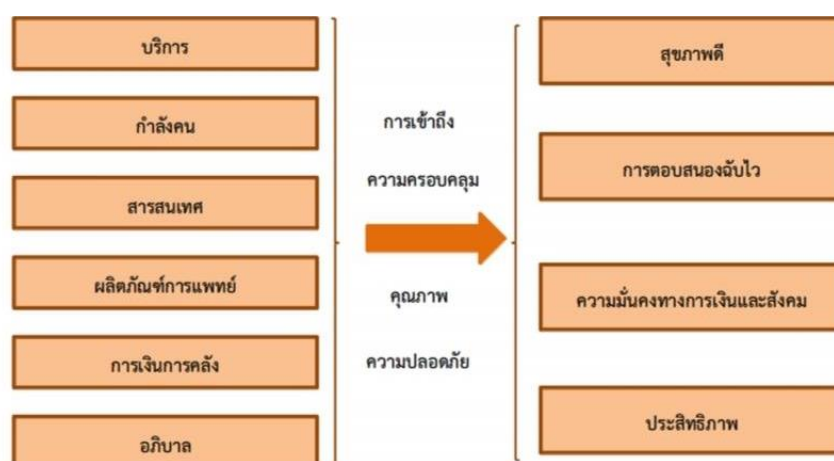
ระบบการเงินการคลังหมายถึงระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคลผ่านการระดมเงินทุนการจัดสรรและการบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ (ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2560)

ระบบสารสนเทศหมายถึงความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแนวโน้มความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพทั่วถึงเป็นธรรม (กรมอนามัย, 2563)

ระบบอภิบาลหมายถึงการกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรมโปร่งใส ตรวจสอบได้เป็นไปตามนโยบายยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันและคาดการณ์ปัญหาในอนาคต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จะพบว่าทุกกิจกรรมหรือองค์ประกอบไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวแต่มีปฏิสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบเปรียบเสมือนระบบย่อยที่ประกอบกันขึ้นมาเป็นระบบสุขภาพขนาดใหญ่ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ระบบสุขภาพตามแนวทางของ WHO



<https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741>

ที่มา: (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ระบบการเข้าถึง (Access)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟู สมรรถภาพรวมทั้งได้รับการดูแลรักษาตามสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างยั่งยืนตั้งอยู่บนหลักสำคัญ 3 ประการ คือ 1. ระบบการรักษาพยาบาลที่ยืดหยุ่น 2. ค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม และ 3. ระบบการสื่อสารและจัดการที่มีประสิทธิภาพ ระบบการรักษาพยาบาลที่ยืดหยุ่นคือการมีโครงสร้างการเข้ารับการรักษาให้มีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ ซึ่งเป็นภาพที่เราอาจได้เห็นไปบ้างแล้วในช่วงโควิด-19 เช่น การใช้เทคโนโลยีเป็นตัวช่วย เพื่อจำกัดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตัวอย่างเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็น การพบแพทย์ทางไกล (telemedicine) ระบบการสั่งยาหรือปรึกษาเภสัชกรผ่านช่องทางออนไลน์ และการส่งยาแบบเดลิเวอรี่ถึงหน้าประตูบ้านผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาจำนวนบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และเพื่อลดระดับความเสี่ยงติดเชื้อของผู้ป่วย ในปัจจุบันระบบการรักษาพยาบาลที่มีอยู่เดิมเป็นระบบ passive หรือระบบที่รอให้ผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาล แต่หากผู้ป่วยไม่มาการรักษาก็ไม่เกิดขึ้น นอกจากนี้แต่ละ

โรงพยาบาลก็ไม่ได้แบ่งปันข้อมูลการเข้ารับการรักษา ร่วมกัน จึงทำให้อาจพลาดข้อมูลสำคัญ เช่น การแพ้ยา หรือการรักษาที่ใช้แล้วไม่ได้ผล การดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดในกรอบเวลาที่สั้นที่สุด โดยไม่ควรยึดติดกับข้อจำกัดด้านสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลและระยะทางที่ผู้ป่วยจะต้องเดินทางมาเข้ารับการรักษา ดังนั้นระบบการบริการสุขภาพจึงควรใช้ประโยชน์จากเครื่องมือดิจิทัลและเทคโนโลยีการรักษาจากระยะไกล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เพราะทุกวันนี้ผู้คน หรือในกรณีนี้คือผู้ป่วย ต่างก็มีเครื่องมือสื่อสารและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ดังนั้นประสบการณ์ของผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องถูกจำกัดอยู่แต่ในโรงพยาบาลท้องถิ่น อย่างเมื่อหลายปีก่อนอีกต่อไป ทั้งนี้ แม้ว่าการไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลยังคงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่ไม่ควรเป็นทางเลือกเดียวของผู้ป่วยอาจทำให้การตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ ภัยคุกคามด้านสุขภาพทั่วโลก และภาวะฉุกเฉินเป็นไปได้ยาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ระบบความเชื่อ (Belief)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพไว้ว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมมิใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ดังนั้นสุขภาพในที่นี้จึงมีความหมายรวมใน 3 มิติ ได้แก่ มิติทางร่างกายคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ มิติทางจิตใจคือการมีสุขภาพจิตที่ดีมีอารมณ์มั่นคงมีจิตใจที่เป็นสุขสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ มิติทางสังคมคือการมีสังคมที่สงบสุขทั้งในครอบครัวชุมชนที่ทำงานสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติสุขมีความขัดแย้งน้อยที่สุด หรือสามารถแก้ไขได้อย่างเหมาะสม (กรมอนามัย, 2563)

ส่วนความหมายของสุขภาพในทัศนะอิสลามนั้นจะต้องมีมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพราะมุสลิมมีการดำเนินชีวิตตามวิถีทางของศาสนาตลอดเวลาและมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าเป็นเจ้ามีความศรัทธาในพระองค์อัลเลาะห์ ดังนั้นบุคคลจะมีสุขภาพดีได้ต้องครอบคลุมเพิ่มอีก 3 มิติคือมิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และมิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีของมนุษย์ที่มีต่อตัวเอง (ดาร์ง แวอาลี, 2556)

ดังนั้นในศาสนาอิสลามจึงได้เน้นมิติด้านจิตวิญญาณซึ่งเชื่อกันว่าสภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณจะเป็นพลังที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีโดยรวม เนื่องจากอิสลามมิได้เป็นเพียงศาสนาแต่เป็นวิถีในการดำเนินชีวิตตั้งแต่ลืมตาจนหลับตาตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต กิจกรรมต่างๆของมุสลิมต้องอยู่ในกรอบตามแนวทางที่ศาสนาบัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน และตามแบบอย่างของท่านศาสดามุฮัมมัด ทั้งในเรื่องการกินการนอนกิจกรรมทั่วไปสุขภาพอนามัยการเจ็บป่วยความเสียชีวิตรวมถึงเรื่องเกี่ยวกับเศรษฐกิจการเมืองการปกครองการศึกษาสังคมและวัฒนธรรมซึ่งเรื่องต่างๆเหล่านี้มีบัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน โดยในเรื่องสุขภาพและความเจ็บปวดนั้นศาสนาอิสลามได้พูดถึงอย่างละเอียดทั้งด้านการส่งเสริมการป้องกันการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ดาร์ง แวอาลี, 2556)

การเจ็บป่วยในทัศนะของอิสลามเมื่อมุสลิมประสบกับปัญหาโรคร้ายหรือความเจ็บป่วยเขาจะต้องยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งที่ศาสนาบัญญัติไว้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย โดย (1) ให้รีบบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย ศาสดามุฮัมมัดได้กล่าวว่า “จงรักษาเถิด แท้จริงพระองค์อัลเลาะห์จะไม่ทรงนำโรคลงมาเว้นแต่พระองค์

จะนำยาเพื่อการบำบัดลงไปด้วย ยกเว้นโรคเดียวที่ไม่มียารักษาคือโรคชรา” (ดำรง แวอาลี, 2556) ดังนั้นการบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่เจ็บป่วยโดยวิธีการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่นการใช้สุราหรือยาต้องเหล้า อิสลามสอนให้ทุกคนมีจิตใจที่เข้มแข็งในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ อย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า ห้ามทำร้ายตัวเองทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ร่างกายของเราเป็นสิ่งที่พระเจ้าให้มาดูแลรักษา ดังนั้นการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยด้วยวิธีทางที่ถูกต้องจึงแสดงถึงการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งตามแนวทางของมุสลิม (วิศรุต เลาะวิถิ, 2563)

การเสริมสร้างสุขภาวะตามแนวทางของศาสนาแห่งศาสนาอิสลามจากคัมภีร์อัลกุรอานและทัศนะของปราชญ์มุสลิมพบว่าการดำรงตนตามหลักคำสอนของศาสนาโดยการปฏิบัติตามคำสั่งใช้และละทิ้งสิ่งที่ห้ามทั้งปวง ประกอบอาชีพสุจริตที่ศาสนานูตเป็นแนวทางที่ทำให้จิตใจเป็นสุขการประกอบศาสนกิจอย่างสม่ำเสมอและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอย่างตระหนักรู้ (ดำรง แวอาลี, 2556) ความสำคัญของการบริโภคการรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยการออกกำลังกาย การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยและจัดการเรื่องสาธารณสุขเป็นหนทางไปสู่การเสริมสร้างสุขภาวะโดยสมบูรณ์ ดังนั้นการเสริมสร้างสุขภาวะตามแนวทางของศาสนาอิสลามจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมุสลิมผู้ศรัทธาที่จะนำหลักคำสอนของท่านศาสดามุฮัมมัดมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณอันบริสุทธิ์อันจะนำไปสู่ความมั่นคงและยั่งยืนที่แท้จริง (วิศรุต เลาะวิถิ, 2563)

ระบบศักยภาพ (Capacity)

กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้ง เป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ในหมู่ประชาชน ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รัฐบาลไทยมีบทบาทหน้าที่ ในการจัดบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดทั้ง มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยเหตุผลดังกล่าวระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน (แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ, 2550-2559)

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ประกอบกับ นโยบายการกระจายอำนาจการปกครองสู่ส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลิต และการจ้างงานกำลังคนด้านสุขภาพ หรือ นโยบายสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมด้านแพทย์แผนไทย

การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งจะเห็นว่างานสุขภาพนั้นกว้างขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน องค์กรภาคประชาชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เครือข่าย/องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร ตลอดจนกำลังคนด้านสุขภาพภาครัฐ ดังนั้นบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพ อาจจะเปลี่ยนไปโดยเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่นและภาคประชาชนมากขึ้น พร้อมทั้งการใช้บริการสุขภาพที่ เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพส่งผลให้อัตราการใช้บริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติการณ์ของโรคเกิดใหม่ (ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย, 2560)

จากสถานการณ์ปัญหาปัจจุบัน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ และได้ดำเนินการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ได้ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของปัญหาด้านกำลังคนบางประการและขณะเดียวกันก็เกิดปัญหา ดังสามารถนำเสนอ ได้ดังนี้ การขาดแคลนกำลังคน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลกระทบต่อความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น เช่น นโยบาย การประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบายส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวต่างชาติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิด ความต้องการกำลังคนซึ่งมีจำนวนจำกัด ส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนมากยิ่งขึ้น ดังตารางแสดงอัตราการเทียบ บุคลากรทางการแพทย์ต่อประชาชน 10,000 คน (WHO, 2014) พร้อมทั้งการกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรม แม้จะมี นโยบายเพิ่มการผลิตและการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพเข้าไปสู่ชนบทเพื่อการกระจายอย่างเป็น ธรรม แต่ปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนยังคงดำรงอยู่ จะเห็นได้จากความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้จะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและพยาบาลเป็นผู้ ให้บริการในระดับปฐมภูมิในชนบท แต่อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และบุคลากรระดับวิชาชีพอื่นใน ระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบุคลากรระดับวิชาชีพ และความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อม ในการทำงานและระบบการสนับสนุน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพ และขีดความสามารถของบุคลากร และการสร้างเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขทั้งในรูปแบบของบุคลากรประจำ บุคลากรพาร์ทไทม์ หรืออาสาสมัคร การ พัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมโดยการเน้นการ ฝึกอบรมในรูปแบบที่มีการให้ความรู้ในระยะสั้นและมีการเสริมทักษะโดยการปฏิบัติในพื้นที่หน้างานและมีการติดตาม ประเมินผลหรือมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ชมพูนุช สุภาพวานิช ไพสิฐ จิรรัตนโสภะ เบญจวรรณ พูนธนาวิวัฒน์กุล และ บุญแทน กิ่งสายหยุด, 2565)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยมีผู้ร่วมวิจัยได้แก่ กุมารแพทย์ประจำอำเภอ 1 คน พยาบาล จำนวน 6 คน และภาคีเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดยะลา โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2559)

- 1) กุมารแพทย์ และ พยาบาลสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปีของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลา
- 2) กุมารแพทย์และทีมพยาบาลดูแลวางระบบเกณฑ์ในการนัดพบกุมารแพทย์ ประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายอำเภอราชมังในการสนับสนุนรถกู้ชีพรับส่งผู้ป่วย
- 3) แพทย์/พยาบาลทำหน้าที่อธิบายความจำเป็นของการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการแพทย์
- 4) จัดเวรตรวจการณ์ทั้งในและนอกเวลาเพื่อทำหน้าที่พูดคุยกับผู้ป่วยปกครองมากขึ้นในด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการแพทย์
- 5) จัดทีม 3 หมอ และผู้นำชุมชนในการพูดคุยกับผู้ป่วยปกครองในชุมชนให้มีความเชื่อที่ดีต่อระบบบริการทางการแพทย์
- 6) นำผลการสำรวจมาพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็ก ระบบบริการ RAMAN systems prevent for mortality เด็กรามันต้องรอด!!!
- 7) พัฒนาร่างระบบบริการผู้ป่วยเด็ก ระบบบริการ ABC RAMAN Model โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้
 - (1) กิจกรรมการเข้าถึงการคัดกรอง (Access, A) กุมารแพทย์และทีมพยาบาลดูแลวางระบบเกณฑ์ในการนัดพบกุมารแพทย์ ประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายอำเภอราชมังในการสนับสนุนรถกู้ชีพรับส่งผู้ป่วย
 - (2) กิจกรรมสร้างความเชื่อของผู้ปกครองต่อการบริการด้านสาธารณสุข (Believe, B) ขับเคลื่อนเชิงบูรณาการทุกระดับด้วยภาคีเครือข่ายในอำเภอราชมัง (Partnership) โดยแพทย์/พยาบาลทำหน้าที่อธิบายความจำเป็นของการรักษาโดยใช้จิตวิญญาณในการอธิบายให้มากที่สุด มีเวรตรวจการณ์ทั้งในและนอกเวลาที่ทำหน้าที่พูดคุยกับผู้ป่วยปกครองมากขึ้น มีทีม 3 หมอ ผู้นำชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยพูดคุยกับผู้ป่วยปกครองในชุมชนให้มีความเชื่อที่ดีต่อระบบบริการ
 - (3) กิจกรรมประเด็นศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (Capacity, C) ด้านบุคลากร 1) พัฒนาทักษะและให้ความรู้แก่แพทย์ใช้ทุนและพยาบาลวิชาชีพ 2) คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นพิเศษให้มีการรวมกลุ่มกัน 3) กำหนด Nurse manager ทารกแรกเกิด/Nurse manager เด็กโต 4) มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องทารกแรกเกิด/การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดทั้งแพทย์และพยาบาล/ ให้ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยประจำเดือน/ ให้ความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ใหม่ๆ/มีระบบการทบทวนเคสและถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 5) ผู้บริหารสนับสนุนการไปอบรมที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยเด็กกับหน่วยงานภายนอกต่างๆ 6) กิจกรรมถามตอบประจำสัปดาห์ในกลุ่มการพยาบาล 7) ประกาศยกย่อง เชิดชูเกียรติต้นแบบที่ดี 8) ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 17 แห่ง 4) ประเด็นด้านอื่น ๆ เช่น ด้านโครงสร้างอาคารหอผู้ป่วย สร้างหอผู้ป่วยเด็กที่มีมาตรฐานสามารถรองรับผู้ป่วยทารกแรกเกิด เด็กโต ที่มีระดับวิกฤติถึงวิกฤติ และผู้ป่วยเด็กทั่วไป ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดซื้อจัดจ้างหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับบริบท และด้านเวชภัณฑ์ยา ทีมระบบยาประชุมหารือร่วมกับกุมารแพทย์ถึงความจำเป็นการนำยาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเข้าบัญชียาโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ปัญหาระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลา

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาประกอบด้วย

1) โรงพยาบาลขาดศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีระดับความรุนแรงขั้นกึ่งวิกฤติ และวิกฤติ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์ทั่วไป (GP) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม ซึ่งต้องดูแลประชากรจำนวนมากกว่า 90,000 คน ทำให้มีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กขั้นวิกฤติและกึ่งวิกฤติ ในกรณีที่ต้องมีการทำหัตถการที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องมีการส่งต่อ (Refer Out) ไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

2) ผู้ป่วยขาดโอกาสในการคัดกรองโรคหรือภาวะต่าง เนื่องจากอัตราส่วนของผู้ป่วยต่อจำนวนบุคลากรมีจำนวนมาก ทำให้การคัดกรองโรคทำได้เฉพาะโรคทั่วไป และในปัจจุบันยังมีภาวะของโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคโควิด 19 และโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ทำให้บุคลากรต้องทุ่มทรัพยากรไปในการคัดกรองโรคติดต่อเหล่านั้นก่อน ทำให้การคัดกรองโรคอื่นเป็นไปได้ได้น้อย

3) ผู้ปกครองขาดความตระหนักต่อความเจ็บป่วยของบุตรหลาน เนื่องจากประชาชนในเขตอำเภอรามัน จังหวัดยะลามีความเชื่อทางศาสนาอิสลาม และมีความเชื่อทางศาสนาบางส่วนที่เชื่อว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นบททดสอบของพระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้า ซึ่งเมื่อปฏิบัติศาสนกิจอย่างนี้จะทำให้พระเจ้าอวยพรและการเจ็บไข้ได้ป่วยจะหายไปเอง ซึ่งเป็นความเข้าใจหลักของศาสนาที่คลาดเคลื่อนของประชาชนบางส่วน

4) ขาดความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่อำเภอรามันบางส่วนเข้าใจว่าโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภออาจจะไม่มีบุคลากรทางแพทย์ที่มีความชำนาญในการรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยเดินทางไปรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลในตัวจังหวัด ซึ่งบางครั้งจะใช้ระยะเวลาในการเดินทางและอาจจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนระหว่างการเดินทางได้

5) ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการ ปัญหาเหล่านี้หากปล่อยไว้โดยไม่มีการดำเนินการแก้ไขจะทำให้อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กในอำเภอรามันสูงขึ้น

2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลาให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการมากขึ้นเพื่อลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

ด้วยบริบทของอำเภอรามัน ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยน้อย และโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชน ในปีพ.ศ.2563 มีกุมารแพทย์เพียง 1 ท่าน ไม่มีพยาบาลวิกฤตเด็ก มีเครื่องมือแพทย์พื้นฐาน จากสภาพปัญหาและอุปสรรคนี้กล่าวได้ว่าผู้ริเริ่มต้องใช้ความมุ่งมั่นและความพยายามสูง โดยเฉพาะ

เรื่องของความเข้าใจ ความรู้ ตลอดจนเรื่องของความเชื่อมั่นในระบบการรักษาของทีมสหวิชาชีพนั้นเป็นความท้าทายเป็นอย่างมาก โดยผู้พัฒนามีวิธีแก้ปัญหานี้คือ การพยายามให้ความรู้กับผู้ปกครองโดยเลือกให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทในช่วงนั้น เช่น หากในช่วงนั้นมีปัญหาปอดบวม ทีมสหวิชาชีพจะให้ความรู้และรับฟังสิ่งที่ผู้ปกครองอยากช่วยเหลือ รวมทั้งแก้ปัญหาโดยใช้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมร่วมด้วย ปัญหาอัตราเสียชีวิตของเด็กอายุ 0-14 ปีในปี 2560-2563 ในอำเภอราษีไศลสูงเมื่อเทียบกับระดับประเทศ โดยมีสาเหตุหลักที่เกิดจากความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็กของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ และการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองที่มีต่อโรคภัยไข้เจ็บของบุตรหลาน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ RAMAN systems prevent for mortality เด็กรามันต้องรอด!!!เกิดขึ้น โดยมีกลยุทธ์ ABC RAMAN Modelมาดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับโอกาสให้ได้รับการตรวจและคัดกรองภาวะต่างๆได้มากขึ้น(Access, A) เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ปกครองต่อการบริการด้านสาธารณสุข (Believe, B) และเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (Capacity, C) และผลลัพธ์พบว่าอัตราเสียชีวิตของเด็กอำเภอราษีไศลลดลง

ตารางที่ 1 ผลผลิตก่อนและหลังการพัฒนา RAMAN ABC Model

ผลผลิต (Output)	ก่อนพัฒนา				หลังพัฒนา	
	2560	2561	2562	2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเด็กไปยังโรงพยาบาลศูนย์ (รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)	2.9%	3.2%	3.0%	4.6%	2.5%	1.5%
อัตราการคัดกรองพัฒนาการ กลุ่มเสี่ยง	-	-	42.4%	57.06%	83.13%	94.06%
อัตราคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของหัวใจ	2.3%	5%	8%	10.25%	15.45%	50.2%
อัตราเด็กซีดลดลง	4%	3.5%	2.9%	.8%	1.4%	1.2%
อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ (Recurrent Pneumonia)	26.5%	28.25	22.9%	20.42%	6.53%	5.99%
อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหอบหืดในเด็ก (Asthmatic attack)	-	24%	18%	7.59%	7.13%	6.79%
อุบัติการณ์การปฏิเสธการรักษา (ราย/ปี)	45	54	48	35	12	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (ราย/ปี)	26	32	40	22	4	2
ผลลัพธ์ (Outcome)	ก่อนพัฒนา ปี 63		หลังพัฒนา ปี 64		หลังพัฒนา ปี 65	
อัตราเด็ก 0-14 ปีตาย (ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต)	32.6		11.18		7.7	

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า การตรวจและคัดกรองภาวะต่างๆได้มากขึ้น(Access, A) เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ปกครองต่อการบริการด้านสาธารณสุข (Believe, B) และเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล (Capacity, C) และ

ผลลัพธ์พบว่าอัตราเสียชีวิตของเด็กอำเภอรามันได้ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของรองศาสตราจารย์ ดร.อิสราภา ชื่นสุวรรณ (2565) ที่พบว่าการพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้ยั่งยืนของประชากรภายในสังคม โดยเฉพาะเด็ก เชื่อมโยงกับนโยบายแนวทางความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ การบริการช่วยเหลือ และปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็ก ผ่านการป้องกันรักษาและให้ความรู้แก่ประชาชน และเป็นองค์ความรู้ที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 2 เป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมาย สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมาย การศึกษาที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวิศรุต เกละวิธิ(2563) ที่พบว่าความสำคัญของการบริโภครักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยการออกกำลังกาย การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยและจัดการเรื่องสาธารณสุขเป็นหนทางไปสู่การเสริมสร้างสุขภาวะโดยสมบูรณ์ ดังนั้นการเสริมสร้างสุขภาวะตามแนวทางของศาสตราจารย์อัมหมัดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมุสลิมผู้ศรัทธาที่จะนำหลักคำสอนของท่านศาสดามุฮัมมัดมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณอันบริสุทธิ์อันจะนำไปสู่ความมั่นคงและยั่งยืนที่แท้จริง รวมถึงยังสอดคล้องกับงานวิจัยของชมพูนุช สุภาพวานิช ไพสิฐ จิรรัตน์โสภะ เบญจวรรณ พูนธนา นิวัฒน์กุล และ บุญแทน กิ่งสายหยุด (2565) ที่พบว่า การเพิ่มศักยภาพ และขีดความสามารถของบุคลากร และการสร้างเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขทั้งในรูปแบบของบุคลากรประจำ บุคลากรพาร์ทไทม์ หรืออาสาสมัคร การพัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมโดยการเน้นการฝึกอบรมในรูปแบบที่มีการให้ความรู้ในระยะสั้นและมีการเสริมทักษะโดยการปฏิบัติในพื้นที่หน่วยงานและมีการติดตามประเมินผลหรือมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

องค์ความรู้ใหม่

ภาพที่ 2 RAMAN ABC Model



จากผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเด็กไปยังโรงพยาบาลศูนย์ยะลาลดลงสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งได้มากขึ้น การคัดกรองพัฒนาการในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงและคัดกรองพบความผิดปกติของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราเด็กซีดลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบและโรคหอบหืดลดลง ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อระบบการดูแล จนส่งผลให้อุบัติการณ์ปฏิเสธการรักษาลดลง และผลลัพธ์สุดท้ายของการพัฒนาระบบครั้งนี้อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กลดลง

โดยตัวชี้วัดสำคัญได้แก่ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเด็กไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่ลดลง อัตราการคัดกรองพัฒนาการในทารกกลุ่มเสี่ยงและคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของหัวใจมากขึ้น อัตราเด็กซีดลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ (Recurrent Pneumonia) และด้วยภาวะหอบหืดในเด็ก(Asthmatic attack)] ลดลง อุบัติการณ์การปฏิเสธการรักษา (ราย/ปี) ลดลง อุบัติการณ์ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (ราย/ปี)ลดลง และ อัตราเด็ก 0-14 ปีเสียชีวิต(ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จึงควรนำองค์ความรู้ในระบบบริการสุขภาพที่ได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ RAMAN ABC Model ไปปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปี เพื่อศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโมเดล รวมถึงศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปีสำหรับโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดยะลาต่อไป

อ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564, เมษายน 2). Retrieved from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>.
- กรมอนามัย. (2563, เมษายน 5). Retrieved from www.dph.go.th.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561, มิถุนายน 3). Retrieved from https://www.rama.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03202017-1523:
https://www.rama.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03202017-1523
- ชมพูนุช สุภาพวานิช ไพสิฐ จิรรัตนโสภะ เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล และ บุญแทน กิ่งสายหยุด. (2565). การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 1-12. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม*, 138 - 153.
- ชาญณรงค์ วงศ์วิชย์. (2560). กำลังคนสุขภาพในฐานะแรงงาน : ปัญหาและทางออกของระบบสุขภาพไทย. *HiFocus*, 3-17.
- ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2560, สิงหาคม 22). Retrieved from <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1287>
- วิรุฒ เลาะวิถี. (2563). การเสริมสร้างสุขภาพตามแนวทางของศาสนทูตแห่งอิสลาม. *วารสาร ศิล ป ศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 มกราคม -มิถุนายน* , 64-80.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559, กันยายน 11). Retrieved from

<https://www.hsri.or.th/people/media/care/detail/5737>.

อิสราภา ขึ้นสุวรรณ. (2565). *Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Business Research Methodology. (2017, May 5). Retrieved from [https://research-](https://research-methodology.net/research-philosophy/)

[methodology.net/research-philosophy/](https://research-methodology.net/research-philosophy/): [https://research-methodology.net/research-](https://research-methodology.net/research-philosophy/)
[philosophy/](https://research-methodology.net/research-philosophy/)

JICA. (2017, May 5). Retrieved from

https://www.jica.go.jp/Resource/english/our_work/types_of_assistance/tech/projects/activities/activities_36.html.

SDG Move. (2565, เมษายน 5). Retrieved from <https://www.sdgmovement.com/2022/11/17/screening-programme-children-dspm/>.

Stanley, S. &. (1992). *Social Research: Theory and Methods*. Indiana University: Allyn and Bacon.

UNESCO. (2004, May 5). Retrieved from <https://ich.unesco.org/en/what-is-intangible-heritage-00003>.