

รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคม ผ่าน Platform Social Telecare

เยาวเรศ คำนะนาต¹ และระพีพรรณ คำหอม²

Yaowaret Khammanat¹ and Rapeepan Kumhom²

Correspondence: yaowaretmaw@gmail.com

(Received: September 9, 2025 Revised: December 9, 2025 Accepted: December 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) พัฒนา Platform Social Telecare (PST) สำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases-NCDs) 2) ส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการ ออกแบบ บริการสุขภาพที่เหมาะสม และ 3) พัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย หลังจำหน่าย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย NCDs จำนวน 3,477 ราย ในโรงพยาบาล 8 แห่ง ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนา Platform Social Telecare (PST) ช่วยติดตามและจำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาสังคม ในผู้ป่วย NCDs ได้อย่างเป็นระบบ จากข้อมูล 13,419 ปัญหา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (57.29%) ปัญหาที่พบ บ่อยคือการเงิน ภาระการดูแล และอุปสรรคต่อการรักษา ช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนช่วยเหลือได้ตรงจุดและครอบคลุมทุกมิติ และยังสนับสนุนระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล จากนั้นนโยบาย การปรับอัตราค่าบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ช่วยเพิ่ม บทบาทบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยจากระบบ Social Telecare พบการให้บริการ 11,738 ครั้ง คิดเป็นมูลค่า 6,027,880 บาท เฉลี่ย 513 บาทต่อครั้ง ส่วนใหญ่เป็นบริการหลัก เช่น การวินิจฉัยปัญหาสังคมและการให้คำปรึกษา ส่วนผล การส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า PST สนับสนุนกระบวนการ ทำงานสังคมสงเคราะห์ด้านสุขภาพได้ตามมาตรฐานและสามารถเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพกับบริการสังคมผ่าน Application Programming Interface-API ระหว่าง Hospital Information eXtreme Platform - HOSxP กับ A-MED Home Ward ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และเพิ่มคุณภาพการดูแล มีการเรียกใช้งาน API สะสมรวม 12,445 ครั้ง และ การพัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลัง จำหน่าย พบว่า บริการเชิงรุกอย่างการเยี่ยมบ้านมีส่วนต่ำ ซึ่งกิจกรรมนี้มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเปราะบาง เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง ด้านบริบทพื้นที่ การเดินทาง และทักษะดิจิทัลของผู้ให้บริการ ทำให้การเยี่ยมบ้านและติดตาม ต่อเนื่องทำได้จำกัด

¹ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

² ศาสตราจารย์, กรรมการสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

¹ Central Chest Institute of Thailand

² Professor, Social Work Professional Council Committee

ข้อเสนอจากงานวิจัย เสนอให้พัฒนา Platform Social Telecare (PST) เป็นโครงสร้างหลักในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยบูรณาการข้อมูล HOSxP และ A-MED ผ่าน API ใช้เครื่องมือประเมินสังคม-ครอบครัวอย่างเป็นระบบ และติดตามผลลัพธ์เชิงสังคมผ่าน dashboard ควบคุมการคุ้มครองข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (Personal Data Protection Act: PDPA) ทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติการ เพื่อยกระดับการเยี่ยมบ้าน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยเปราะบางในอนาคต

คำสำคัญ: Platform Social Telecare, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), ผู้ป่วยเปราะบาง, เทคโนโลยีดิจิทัล, การดูแลทางสังคม

Abstract

This research aimed to: (1) develop a Platform Social Telecare (PST) for monitoring and providing care for vulnerable patients with non-communicable diseases (NCDs); (2) promote the use of health information systems for designing appropriate health services; and (3) develop policy and operational proposals for a home-visit follow-up system to enhance social care and quality of life among patients after hospital discharge.

A quasi-experimental research design was conducted with a sample of 3,477 NCD patients from eight hospitals. The findings indicated that the development of the Platform Social Telecare (PST) enabled systematic monitoring and classification of the severity of social problems among NCD patients. From a total of 13,419 identified social problems, the majority were of moderate severity (57.29%). The most common problems included financial difficulties, caregiving burden, and barriers to treatment access. The platform supported multidisciplinary health teams in planning targeted and comprehensive interventions across medical and social dimensions.

In addition, the PST contributed to strengthening hospital financial sustainability in line with the 2025 Health Service Fee Schedule Policy, which enhanced the role of medical social work services. Data from the Social Telecare Platform showed 11,738 service visits, generating a total value of 6,027,880 baht, with an average of 513 baht per visit. Most services were classified as core activities, including social problem assessment and counseling.

Regarding the promotion of health information utilization for service design, the PST supported standardized holistic assessment and social diagnosis, and effectively integrated health information systems with social services through API linkages between HOSxP and the A-MED Home Ward system. This integration reduced duplication of work and improved the quality of care, with a cumulative total of 12,445 API calls recorded.

The development of proposals for a home-visit follow-up system revealed that proactive services such as home visits accounted for a relatively low proportion of service delivery, despite their critical importance for vulnerable patients. This limitation was attributed to constraints in workforce capacity, geographic context, transportation, and digital competencies of service providers, which restricted the continuity of home visits and follow-up care.

Based on these findings, the study recommends positioning the Platform Social Telecare (PST) as the core infrastructure for post-discharge patient follow-up. This includes integrating HOSxP and A-MED data through secure APIs, systematically applying social and family assessment tools, monitoring social outcomes via dashboards, and ensuring robust personal data protection in compliance with the Personal Data Protection Act (PDPA) at both policy and operational levels. These measures are expected to enhance home-visit services, reduce health and social inequities, and promote the sustainable care of vulnerable patients in the future.

Keywords: Platform Social Telecare, Non-communicable Diseases (NCDs), Vulnerable Patients, Digital Technology, Social Care

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) นับเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านอัตราการป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ได้คาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกมากกว่า 23 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยกว่าร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งต่อไปยังประชากรวัยแรงงานอายุ 15-64 ปีที่เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ

ในประเทศไทย สถานการณ์ NCDs มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2558-2566 ชี้ให้เห็นว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยรายใหม่ ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วย NCDs มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากปัจจัยด้านพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ความเปราะบางในการใช้ยา ความกังวลด้านค่าใช้จ่าย การขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญ นอกจากนี้ การขาดระบบติดตามประเมินทางสังคมที่บูรณาการกับระบบสุขภาพยังเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนดูแลที่ครอบคลุม

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าว สาขาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ได้ร่วมกับคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้ทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนา Platform Social Telecare (PST) ในฐานะนวัตกรรมดิจิทัลที่บูรณาการระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยเริ่มนำมาใช้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ผลจากการพัฒนาและการใช้ Platform Social Telecare ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การพัฒนาและการใช้ Platform Social Telecare มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพและสังคม โดยช่วยขยายการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อน Platform Social Telecare ให้เป็นนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพและสังคม ยังมีช่องว่างสำคัญที่ต้องศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การบูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสุขภาพหลัก เช่น HOSxP และ A-MED Home Ward อย่างเป็นรูปธรรม ขอบเขตและรูปแบบการใช้เทคโนโลยี eHealth และ AI ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ยังขาดความชัดเจน รวมถึงการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และความคุ้มค่าของระบบในระยะยาว ช่องว่างดังกล่าวนำไปสู่โจทย์วิจัยด้านการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลผ่าน Platform Social Telecare เพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคม โดยมุ่งศึกษาการขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ (Sandbox) การพัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางหลังจำหน่าย และการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง PST มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสังคม การสนับสนุนการทำงานแบบสหวิชาชีพ การวางแผนฟื้นฟูแบบองค์รวม และการรายงานผล การบันทึก แสวงหา และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพและสังคมได้ทันทีตามเวลาจริง ตั้งแต่ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การประเมินปัญหาทางสังคม ผลการฟื้นฟู ความเสี่ยง

และการส่งต่อบริการ โดยทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลเดียวกันพร้อมกัน ช่วยให้ตัดสินใจ วางแผนดูแล และปรับการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งช่วยให้ทีมสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์สามารถติดตามและดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

ดังนั้น การขยายผลและพัฒนาระบบ Platform Social Telecare จึงเป็นความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีจำนวนกว่า 15 ล้านคนทั่วประเทศ ไม่เพียงช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในอนาคต ตลอดจนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการใช้แพลตฟอร์มดังกล่าวให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในระบบสาธารณสุขไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs
2. เพื่อส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หมายถึง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและปัจจัยทางพฤติกรรมกรรมกรดำเนินชีวิต มิได้เกิดจากการติดเชื้อหรือตัวนำโรค มีลักษณะการดำเนินโรครายยาวๆ ต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

Platform Social Telecare (PST) หมายถึง เป็นระบบดิจิทัลด้านสังคมสงเคราะห์ที่สนับสนุนนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยผสานการประเมิน วางแผน บริการ และติดตามผลเข้ากับเทคโนโลยีสารสนเทศ PST มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ เครื่องมือออนไลน์ 39 รายการ ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-Form, e-Report) การเชื่อมต่อกับ Telemedicine และ Hospital Information System-HIS เพื่อการส่งต่อข้อมูลสุขภาพและสังคม ลดความซับซ้อนการบริการ และสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงโรงพยาบาลทุกระดับ

คุณสมบัติสำคัญของ PST:

- 1) เป็นเครื่องมือ: ใช้ประเมินสุขภาพและสังคมแบบดิจิทัล
- 2) พัฒนาเอกสารดิจิทัล: เช่น e-Form, e-Document, และ e-Report
- 3) เชื่อมโยงข้อมูล: สามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) และ Telemedicine ได้
- 4) รองรับการทำงานแบบครบวงจร: ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย (Input) ไปจนถึงการปฏิบัติการ (Social Intervention) และการติดตามผล (Follow up)

ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางสุขภาพร่วมกับทางสังคมร่วมกัน ต้องการการสนับสนุนการปกป้องเพราะปัจจัยทางด้านอายุ ความพิการ ความเสี่ยงต่อการถูกรังแก หรือถูกเพิกเฉย ระดับของความเปราะบางของแต่ละคนนั้นไม่เท่ากัน ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
2. ผู้ป่วยคนพิการ
3. ผู้ป่วยสูงอายุ
4. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
5. ผู้ป่วย Intermediate Care
6. ผู้ป่วย LTC (Long-Term Care)
7. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

ในที่นี้ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งเกณฑ์ ดังนี้

1. มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมร่วมกันและส่งผลกระทบให้ไม่สามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ความพิการ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล เข้าไม่ถึงระบบบริการ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว
2. ผู้ป่วยที่ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
3. กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ต้องมีทีมสหวิชาชีพมาบูรณาการแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง เครื่องมือและระบบเครือข่ายสารสนเทศที่ใช้ในการจัดเก็บ เชื่อมโยง และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพเชิงสังคม เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบทางไกล (Telecare) และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ดังนี้

- การเชื่อมโยง (Connectivity): เน้นการส่งต่อข้อมูลระหว่าง HOSxP และแพลตฟอร์มต่างๆ
- การเข้าถึง (Accessibility): เน้นการทลายกำแพงระยะทางสำหรับผู้ป่วยเปราะบาง
- ประสิทธิภาพ (Efficiency): เน้นการใช้ e-Form และ e-Report เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงานสังคมสงเคราะห์

การดูแลทางสังคม หมายถึง ระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ เสริมพลัง และให้ความรู้สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติการการดูแลทางสังคมในระบบแพทย์ทางไกลที่สนับสนุนส่งเสริมระบบบริการดูแลทางสังคมในคลินิกสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล

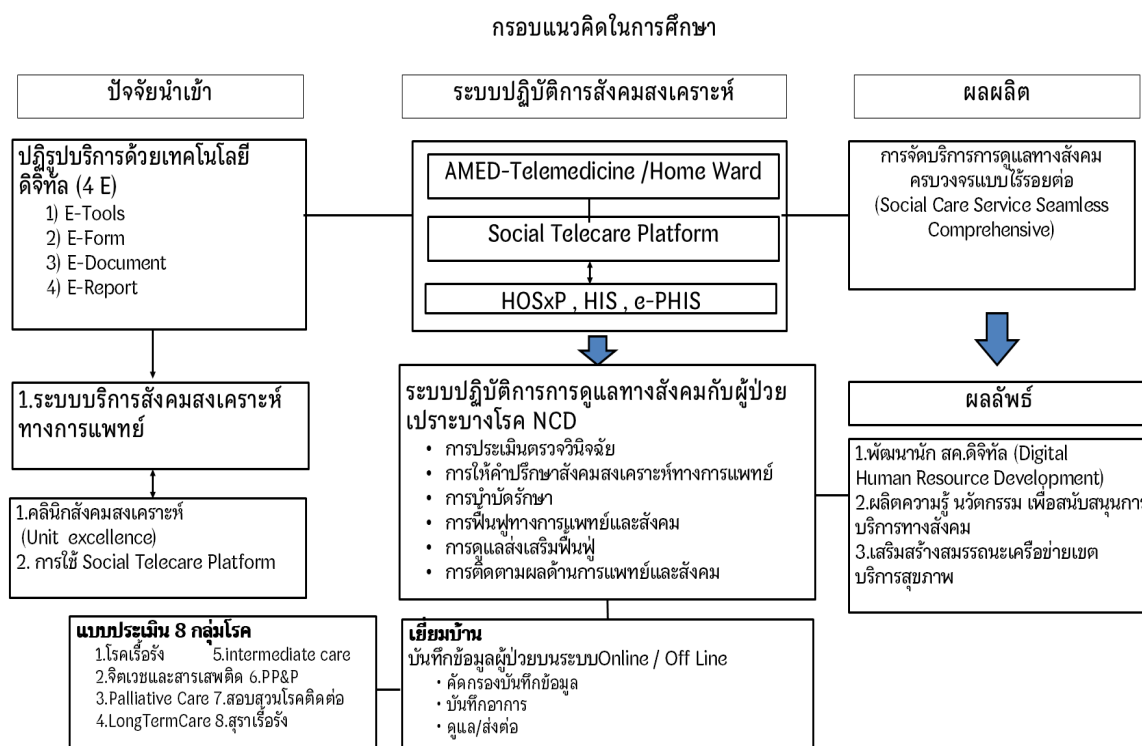
ประโยชน์ที่ได้รับ

1. นำ Platform Social Telecare เสนอต่อหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้เชื่อมโยงกับระบบปฏิบัติการต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการติดตามดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs
2. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs
3. พัฒนาข้อเสนอ Platform Social Telecare ระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางหลังจำหน่ายของนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของ PST ที่เชื่อมโยงกับ A-MED HOME WARD ในการดูแลผู้ป่วย NCDs กลุ่มเปราะบาง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย NCDs จำนวน 3,600 คน จาก 8 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.อุทัยธานี รพ.ร.กษินารายณ์ สถาบันโรคทรวงอก รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รพ.ดำเนินสะดวก รพ.ขอนแก่น รพ.ยะลา รพ.นพรัตนราชธานี และกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 49 คน และทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน จาก ใช้งาน PST จาก 13 เขตสุขภาพ

เครื่องมือหลักในการวิจัยคือ Platform Social Telecare ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพจำนวน 39 เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว การเก็บข้อมูลดำเนินการตลอด 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค. 2567 ถึง 30 มิ.ย. 2568 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประสานงาน การเก็บข้อมูลการใช้งาน PST-การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ และการติดตามประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการควบคุมคุณภาพข้อมูลอย่างเคร่งครัด โครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทาง สังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

การพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทาง สังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs พบว่า นำไปติดตามการดูแลทางสังคม และนำข้อมูลจาก Platform Social Telecare จำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาทาง สังคมในผู้ป่วย NCDs จำนวน 13,419 กรณีมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่าน Platform Social Telecare (PST) ซึ่ง ช่วยให้ทีมแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกด้าน เช่น ความยากจน การขาดคนดูแล และปัญหา ครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพและการรักษา ระบบ PST จำแนกความรุนแรงของปัญหาทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ สีเขียว สีเหลือง และสีแดง เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุด ซึ่งผลการประเมินความ รุนแรงของปัญหาสังคมในผู้ป่วย 3,744 รายในตารางที่ 4 พบว่า ปัญหาสังคมส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง (สี เหลือง) คิดเป็นร้อยละ 57.29 ตามมาด้วยระดับไม่รุนแรง (สีเขียว) คิดเป็นร้อยละ 41.99 และมีเพียงร้อยละ 0.72 ที่ประเมิน ว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงมาก (สีแดง)

ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย NCDs ที่พบบ่อย

จากการศึกษาข้อมูลจำนวน 3,477 ราย มีปัญหาทางสังคม รวม 13,419 ปัญหา(ผู้ป่วย1 คน มีปัญหาร่วมหลาย ปัญหา) พบว่า ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย NCDs ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการเงิน (ร้อยละ 15.57%) ซึ่งสะท้อนถึงความยากลำบากทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ปัญหาการดูแล ผู้ป่วย/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 13.03%) ที่แสดงถึงภาระของผู้ดูแลและการขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ และ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา (ร้อยละ 12.41%) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การเดินทางและ ความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ในขณะที่ปัญหาที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ปัญหาการศึกษา (ร้อยละ 2.20) ปัญหาความ เชื่อ/วัฒนธรรม/การเมือง (ร้อยละ 2.30) และปัญหาทางกฎหมาย (ร้อยละ 2.38) ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มเป้าหมายไม่ใช่ช่วงวัย เยาวชน หรือเป็นปัญหาที่ยังไม่เร่งด่วนเท่ากับปัจจัยด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 3 ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs (ผู้ป่วย1 คน มีปัญหาร่วมหลายปัญหา)

ปัญหาทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการเงิน	2,090	15.57
ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย/ ผู้พิการ/ ผู้สูงอายุในครอบครัว	1,748	13.03
ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	1,665	12.41
ปัญหาการประกอบอาชีพ	1,449	10.80
ปัญหาที่อยู่อาศัย / สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ	782	5.83
ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	661	4.93
ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	648	4.83
ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	601	4.48
ปัญหาคุ้มครองและการครองเรือน	554	4.13
ปัญหาทางเพศ	552	4.11
ปัญหาสารเสพติด / สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	470	3.50

ปัญหาทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	451	3.36
ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับสถานะทางจิตและสังคม	426	3.17
ปัญหาความรัก	399	2.97
ปัญหาทางกฎหมาย	320	2.38
ปัญหาความเชื่อ วัฒนธรรม และการเมือง	308	2.30
ปัญหาการศึกษา	295	2.20
รวม	13,419	100.00

จากการศึกษาข้อมูลจำนวน 3,477 ราย มีปัญหาทางสังคม รวม 13,419 ปัญหา (ผู้ป่วย 1 คน มีปัญหาร่วมหลายปัญหา) มีการจัดระดับความรุนแรงเป็นรายบุคคล พบว่า การจัดระดับความรุนแรงของปัญหาผู้ป่วย NCDs แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว (ไม่รุนแรง)-สีเหลือง (ปานกลาง) และสีแดง (รุนแรงมาก) โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงที่ไม่รุนแรง (สีเขียว) ร้อยละ 41.99 และปานกลาง (สีเหลือง) ร้อยละ 57.29 ซึ่งสะท้อนถึงการกระจายของปัญหาผู้ป่วยที่ยังสามารถจัดการได้ในบางกรณี ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.72 เท่านั้นที่มีความรุนแรงสูง (สีแดง) ซึ่งอาจหมายถึงปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การขาดแคลนทรัพยากรหรือการเข้าถึงการดูแลที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำ

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงของปัญหาสังคมของผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สีเขียว (ปัญหาไม่รุนแรง)	1,572	41.99
สีเหลือง (ปัญหাপานกลาง)	2,145	57.29
สีแดง (ปัญหารุนแรงมาก)	27	0.72
รวม	3,744	100.00

4. การจัดการบริการทางสังคมและค่าบริการ

ตามประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างค่าบริการให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแบบองค์รวมและบริการสุขภาพเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ได้กิจกรรมที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การประเมินปัญหาสังคม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยอัตราค่าบริการจะขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหาและระยะเวลาในการดูแล

จากการบันทึกข้อมูลผ่านแพลตฟอร์ม Social Telecare พบว่า การให้บริการทั้งหมด 11,738 ครั้ง (visit) มีค่าบริการกิจกรรมสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์รวมทั้งสิ้น 6,027,880 บาท คิดเป็นค่าเฉลี่ย 513 บาทต่อครั้ง (visit) โดยสามารถแบ่งกลุ่มกิจกรรมตามสัดส่วนการจัดเก็บเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มบริการหลัก (ร้อยละ 86.63) ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยปัญหาสังคม (การศึกษาข้อเท็จจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติบุคคล ประวัติครอบครัว สิ่งแวดล้อม ชุมชนใช้หลักการ

วินิจฉัยทางสังคมตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม) (ร้อยละ 48.03) การให้การปรึกษาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (เป็นการนำการให้การปรึกษา แก่ไขหรือบรรเทาปัญหาทางสังคม ของผู้ป่วย ให้สามารถแก้ไขปัญหาตนเองและมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น ตลอดจนทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ) (ร้อยละ 19.60) และการให้การปรึกษามวล (ร้อยละ 19.00) กลุ่มบริการรอง (มูลค่าปานกลาง) มีการเสริมพลังอำนาจ (การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ของการดำเนินชีวิต) (ร้อยละ 2.71) และการให้คำปรึกษาครอบครัว (ร้อยละ 2.67) เป็นต้น ส่วนกลุ่มบริการเชิงรุก/ต่อเนื่อง (มูลค่าต่ำกว่าร้อยละ 1) รวมถึงการบำบัดทางสังคมบุคคล (ร้อยละ 0.76) และการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 0.15) แม้มีมูลค่าต่ำ แต่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเปราะบางและส่งเสริมการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

ตารางที่ 5 ค่าบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีต้นทุนบริการและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ (บาท)

กิจกรรมบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	รวมค่าบริการ(บาท)	ร้อยละ
การวินิจฉัยปัญหาสังคม	2,895,200	48.03
การให้การปรึกษาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	1,181,200	19.60
การให้การปรึกษามวล	1,145,300	19.00
การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)	163,500	2.71
การให้คำปรึกษาครอบครัว	160,700	2.67
การประเมินปัญหาทางสังคมและความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	155,000	2.57
การบำบัดทางสังคมกลุ่ม	78,300	1.30
การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมกลุ่มเฉพาะ	69,570	1.15
การสนับสนุนทางสังคม(social Support)	65,670	1.09
การบำบัดทางสังคมบุคคล	46,050	0.76
การจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ กาย จิต สังคม และฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	24,000	0.40
การให้การปรึกษากลุ่ม	21,600	0.36
การเยี่ยมบ้าน	9,110	0.15
การให้ คำปรึกษาทางสังคมสงเคราะห์ โดย ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	4,400	0.07
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมบุคคล	3,150	0.05
การจัดการรายกรณี (Case Management)	1,750	0.03

กิจกรรมบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	รวมค่าบริการ(บาท)	ร้อยละ
ติดตามผลประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามประเมินปัญหาทางสังคม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพ (Recovery) ผู้ป่วยหลังจำหน่าย	1,400	0.02
กลุ่มจิตบำบัดทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	1,280	0.02
การเตรียมทักษะทางสังคมก่อนส่งไปสถานสงเคราะห์	700	0.01
รวม	6,027,880	100.00

การวิเคราะห์ตารางไขว้ระหว่างความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของปัญหา สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหา เช่น การเจ็บป่วยซ้ำ สุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด พบในกลุ่มทุกระดับ แต่เฉพาะกลุ่มสีแดงยังมีความเสี่ยงด้านครอบครัว การถูกทอดทิ้ง และการถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งแสดงถึงความเปราะบางทางสังคมในระดับลึกการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วย NCDs

จากการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วยเครื่องมือ S.D.M.A.(Social Diagnosis and Management Assessment) บนแพลตฟอร์ม Social Telecare พบว่า ความเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ การเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งพบในกลุ่มสีเขียวและเหลือง คิดเป็นร้อยละ 28.65 และสะท้อนถึงความเปราะบางทางสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มสีเหลืองและแดง ปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช พบสูงในกลุ่มสีเหลือง คิดเป็นร้อยละ 15.19 ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 12.83 ซึ่งพบในทั้งสามกลุ่มแต่เด่นชัด ต้องการการประเมินและการวางแผนการรักษามีมิติทางสังคมร่วมด้วย

ในกลุ่มสีแดง (รุนแรง) ปัญหาครอบครัว พบในร้อยละ 17.76 และ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 8.79 ซึ่งสะท้อนถึงการที่ปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย ขณะเดียวกัน การถูกทอดทิ้งหรือไม่ยอมรับจากญาติ คิดเป็นร้อยละ 8.45 และ การถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 2.07 เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเปราะบางทางสังคมที่ต้องได้รับการตอบสนองอย่างเร่งด่วน

ความเสี่ยงที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ การทำแท้ง/ทอดทิ้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 2.15, การถูกล่วงละเมิดหรือค้ำมนุษย์ คิดเป็นร้อยละ 1.07, และ การถูกเลือกปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 0.48 ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมักไม่ถูกเปิดเผย จึงต้องการการดูแลและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการจัดการ

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์แบบตารางไขว้ระหว่างประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กับระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม(ผู้ป่วย 1 คน มีความเสี่ยงและเสี่ยงหลายข้อ)

ประเด็นความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม N=3,744 คน			รวม
	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง	
การเจ็บป่วยซ้ำ (n=3911 ครั้ง)	41.57	23.36	22.07	28.65
ปัญหาสุขภาพจิต /จิตเวช (n=2073 ครั้ง)	9.21	17.97	12.93	15.19
การติดสารเสพติด /เสพยา (n=1751 ครั้ง)	8.16	14.80	14.14	12.83
ปัญหาครอบครัว (n=1507)	8.99	11.52	17.76	11.04

ประเด็นความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม N=3,744 คน			รวม
	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง	
การทำร้ายผู้อื่น (n=839)	7.22	5.89	2.76	6.15
การหลบหนี / ปฏิเสธการรักษา (n=783)	6.99	5.25	4.66	5.74
การรับและแพร่เชื้อ HIV (n=763)	5.69	5.79	1.72	5.59
การฆ่าตัวตาย (n=710)	6.99	4.68	1.03	5.20
การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม (n=543)	2.92	4.04	8.79	3.91
การทำแท้ง / ทอดทิ้งบุตร (n=293)	1.30	2.53	2.07	2.15
ถูกญาติทอดทิ้ง / ไม่ยอมรับ (n=275)	0.37	2.33	8.45	2.01
ถูกล่วงละเมิด / คำนวณ (n=146)	0.45	1.31	1.55	1.07
ถูกเลือกปฏิบัติ / ไม่เป็นธรรม (n=66)	0.12	0.54	2.07	0.48
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

2. Platform Social Telecare และส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพ

PST ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูลกระดาษและช่องว่างการทำงานระหว่างหน่วยงาน ระบบออกแบบมาให้ป้อนข้อมูลครั้งเดียวแต่ใช้ประโยชน์ได้หลายมิติ ประกอบด้วย e-Tool 39 รายการ ระบบติดตาม ระบบส่งต่อแบบเรียลไทม์ และรองรับทีมสหวิชาชีพ 26 สาขา

ระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับ HIS ต่างๆ โดยเฉพาะ HOSxP และ A-MED Home Ward ผ่าน API โดยใช้ Citizen ID (CID) เป็นคีย์หลัก สร้างผลลัพธ์เชิงปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ ลดระยะเวลาการส่งต่อข้อมูลจาก 3-5 วันเหลือ ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ลดการรั่วไหลข้อมูลซ้ำซ้อนจากเฉลี่ย 2.3 ครั้งต่อผู้ป่วยเหลือ ต่ำกว่า 0.5 ครั้ง และมีการเรียกใช้งาน API สะสม 12,445 ครั้ง (ม.ย. 67 - ม.ย. 68)

2. การใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อออกแบบบริการ

การใช้งาน API ภายในระบบ PST มีการบันทึกการเรียกใช้ทั้งหมด 11,757 ครั้ง แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังตาราง

ตารางที่ 1 การใช้งาน API ภายในระบบ Social Telecare จำแนกตามประเภทการใช้งาน

ประเภทการใช้งาน	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ดึงข้อมูลผู้ป่วย	3,628	30.83
ดึงข้อมูลผลการประเมิน	3,595	30.57
เพิ่มผู้ป่วยใหม่	1,954	16.62
ดึงข้อมูลแบบประเมิน	1,400	11.9
เพิ่มผู้ใช้งาน	1,174	9.98
รวม	11,757	100

3. การใช้งานเครื่องมือใน PST

ในงานวิจัยนี้ได้มีการใช้เครื่องมือทั้งหมด 39 เครื่องมือ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ เครื่องมือเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินและจัดการปัญหาทางสังคม สุขภาพจิต และความพร้อมของครอบครัว รวมถึงการประเมินทักษะการทำงานและการปรับตัวทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจและวินิจฉัยสถานการณ์ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและละเอียด โดยเครื่องมือเหล่านี้มีการใช้งานในสัดส่วนที่แตกต่างกันไป ตามลำดับความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินในแต่ละด้านดังนี้

(1) เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือที่ได้รับการใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้คือ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.) โดยมีการใช้ถึง 3,744 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินและจัดการปัญหาทางสังคม ในงานวิจัยนี้ รองลงมาคือ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment-F.R.A.) ซึ่งมีการใช้งาน 3,018 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80.6 ส่วน แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Prevocational and Social Skill Assessment.- P.S.S.A.) และ แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม มีการใช้ต่ำที่สุด โดย P.S.S.A. ใช้เพียง 15 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.4 และ แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม ใช้แค่ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.1

(2) เครื่องมือทางสหวิชาชีพด้านสุขภาพ

ในกลุ่มเครื่องมือทางสหวิชาชีพ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living-ADL) เป็นเครื่องมือที่ใช้มากที่สุด โดยมีการใช้ 34 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q) และแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ฉบับสวนดอก) ที่ใช้เพียง 15 ครั้ง และ 11 ครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.4 และ 0.3 ส่วน การทำผังครอบครัว / แผนที่สังคม / Life Time Map เป็นเครื่องมือที่ใช้ต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีการใช้เพียง 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้งานเครื่องมือใน Platform Social Telecare

รายการเครื่องมือ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์		
เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.)	3,744	100.00
เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (F.R.A.)	3,018	80.6
แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย	1,002	26.8
เครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (M.H.S.C.A.)	296	7.9
แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (P.S.S.A.)	15	0.4
แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม	3	0.1
เครื่องมือทางสหวิชาชีพด้านสุขภาพ		
แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)	34	0.9
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q)	15	0.4
แบบประเมินความเครียด (ST-5)	10	0.3
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ฉบับสวนดอก)	11	0.3
การทำผังครอบครัว / แผนที่สังคม / Life Time Map	6	0.2

ผลสรุปข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย มีดังนี้

จากการวิเคราะห์ กิจกรรมบริการของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.34 กิจกรรมบริการได้แก่ จัดทำแผนการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ กาย จิต สังคม และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ร้อยละ 0.59 การเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 0.69 ติดตาม ผลประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามประเมินปัญหาทางสังคม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ร้อยละ 4.06 สัดส่วนกิจกรรมด้านการ จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามคุณภาพชีวิตที่รวมกันเพียงร้อยละ 5.34 สะท้อนข้อจำกัดเชิง โครงสร้างมากกว่าความสามารถของบุคลากร สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1. ภาระงานสูงและกำลังคนจำกัด นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ทำให้ เวลาในการทำงานเชิงรุกในชุมชนลดลง
2. ข้อจำกัดด้านระบบและการบูรณาการข้อมูล ระบบติดตามและข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตาม ต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านทำได้ยาก
3. ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการสนับสนุนเชิงนโยบาย กิจกรรมเชิงป้องกันและฟื้นฟูยังไม่ถูกจัดลำดับความสำคัญ เท่าการรักษา
4. บริบทพื้นที่และความพร้อมของชุมชน พื้นที่ห่างไกล การเดินทางยาก และครอบครัวขาดศักยภาพในการร่วมดูแล
5. ทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงเทคโนโลยี ทำให้การติดตามทางไกลและการประเมินคุณภาพชีวิตต่อเนื่องทำได้จำกัด

ผลกระทบดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงประสบปัญหาด้านปัจจัย ทางสังคมและการเข้าถึงบริการต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) และมี คุณภาพชีวิตต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ระบบการติดตามการเยี่ยมบ้านที่มีอยู่เดิมอาศัยการบันทึกแบบ manual ผ่านแบบฟอร์มหรือ e-tool ที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOSxP) และระบบ A-MED Home Ward อย่างเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดข้อมูลซ้ำซ้อน การติดตามล่าช้า และยากต่อการประเมินผลลัพธ์เชิงสังคมอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอ ควรเพิ่มกำลังคนนักสังคมสงเคราะห์ ลดภาระงานเอกสาร พัฒนาระบบดิจิทัลเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ สนับสนุนงบประมาณงานเชิงป้องกัน-ฟื้นฟู และเสริมบทบาทเครือข่ายชุมชนควบคู่การใช้ Social Telecare เพื่อให้การเยี่ยม บ้านและติดตามคุณภาพชีวิตทำได้ต่อเนื่องและทั่วถึง

5. อภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนถึงประสิทธิภาพและข้อจำกัดของการใช้ Platform Social Telecare (PST) ในการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในหลายมิติ โดยสามารถสรุปประเด็นการอภิปรายได้ดังนี้

1. การออกแบบระบบตอบสนองความต้องการผู้ใช้

ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือประเมินและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.) มีการใช้งานร้อยละ 100 (49 คน) ขณะที่ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (F.R.A.) ถูกใช้งานถึงร้อยละ 80.6 (39 คน) จึงเห็นได้ว่าการออกแบบระบบ PST ตอบสนองต่อความต้องการของนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรทางการแพทย์จาก ได้อย่างแท้จริง ทั้งยังสามารถช่วยประเมิน และจัดการปัญหาทางสังคมและสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภรัตน์ แก้วเสริม (2566) ซึ่งชี้ว่าการออกแบบระบบดิจิทัลที่ยืดหยุ่นและแยกฟังก์ชันตามความต้องการของผู้ใช้ ช่วยให้การนำไปใช้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายในการออกแบบยังคงเป็นความท้าทายในการประสานงานและการปรับให้สอดคล้องกับวิธีการทำงานที่บุคลากรคุ้นชิน

2. การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย NCDs

PST แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างดี ผ่านการเชื่อมโยงกับ HOSxP และ A-MED Home Ward โดยใช้ Citizen ID เป็นคีย์หลัก ทำให้ข้อมูลถูกส่งต่ออย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ผลดังกล่าวชี้ว่าการดูแลผู้ป่วย NCDs สามารถขยายจากการดูแลสุขภาพทางกายไปสู่การจัดการปัญหาด้านสังคมในเวลาเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารี ชิวเกษมสุข (2564) ที่ยืนยันว่าเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น RPM, mHealth และ Teleconsultation ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีในบางพื้นที่ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงเทคโนโลยียังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทหรือกึ่งชนบท เช่น รพ.ภูนิรารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี มีสัดส่วนผู้ป่วยรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ และพึ่งพาสิทธิหลักประกันสุขภาพสูง ส่งผลต่อทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงระบบออนไลน์ ขณะที่โรงพยาบาลในเขตเมืองหรือสถาบันเฉพาะทาง เช่น สถาบันโรคทรวงอก รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ รพ.นพรัตนราชธานี มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและการใช้เทคโนโลยีสูงกว่า สะท้อนความจำเป็นในการออกแบบระบบ Social Telecare ที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่แตกต่างกัน

3. ประสิทธิภาพระบบนัดหมายและการติดตามผู้ป่วย

การใช้ PST ทำให้เวลาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลดลงจากเดิม 3–5 วัน เหลือไม่เกิน 24 ชั่วโมง และลดความซ้ำซ้อนของการคัดลอกข้อมูลจากเฉลี่ย 2.3 ครั้งต่อรายเหลือต่ำกว่า 0.5 ครั้ง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านความเร็วและความถูกต้อง สอดคล้องกับกิตติยา นิธธรรม (2567) ที่พบว่าการใช้ระบบนัดหมายกลุ่มสำหรับผู้ป่วย NCDs ช่วยให้ผู้ป่วยมาตามนัดร้อยละ 100 และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ระบบยังคงต้องปรับให้เข้ากับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยและพื้นที่บริการบางแห่ง

4. ความท้าทายของงานสังคมสงเคราะห์ทางแพทย์ระบบทางไกลในบริบทไทย

แม้ว่าผลการศึกษาชี้ว่า PST สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ชนบทยังคงเป็นข้อจำกัด เช่น รพ.ภูนิรารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี ทำให้ไม่สามารถขยายผลได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Bryant และคณะ (2018) ที่ชี้ว่าการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการใช้ Telehealth แต่การขาดโครงสร้างพื้นฐานยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านบริการ

5. ข้อจำกัดของเทคโนโลยีในการทำงานทางสังคม

แม้ PST จะเอื้อต่อการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แต่เครื่องมือบางประเภท เช่น ผังครอบครัว (ใช้งานร้อยละ 0.2) และการประเมิน ADL (ใช้งานร้อยละ 0.9) มีการใช้งานต่ำมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีไม่สามารถทดแทนการสื่อสารโดยตรงในงานสังคมสงเคราะห์ได้ทั้งหมด ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับ Dodsworth และคณะ (2013) ที่เสนอว่าเทคโนโลยีมีบทบาทเสริม แต่ไม่สามารถแทนที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างสมบูรณ์

6. การจัดการความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพใน NCDs

PST มีบทบาทในการระบุและจำแนกปัญหาทางสังคมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ภาวะดูแลในครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ หรือปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

โดยการใช้ระบบการประเมินแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหา (สีเขียว เหลือง แดง) ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ (ควรมีข้อมูลที่ได้ออกแบบแผนในการแก้ปัญหาและติดตามผล) Hosseinpoor และคณะ (2018) ที่ชี้ว่า NCDs ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยได้ต่ำและปานกลางในมิติของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการนำ PST มาใช้ สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสนับสนุนการจัดการผู้ป่วย NCDs ในบริบทประเทศกำลังพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้จัดตั้งระบบ Platform Social Telecare เป็นโครงสร้างหลักสำหรับการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เนื่องจากกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวแต่มีการบริการน้อย โดยใช้การบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ A-MED Home Ward ผ่าน API แบบเรียลไทม์ เพื่อลดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน และเพิ่มความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลด้านการแพทย์และสังคม การเชื่อมโยงดังกล่าวช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) สามารถเข้าถึงข้อมูลทางคลินิก ผลการประเมินทางสังคม และแผนการดูแลต่อเนื่องได้ใน dashboard เดียว

2. เสนอให้ใช้เครื่องมือประเมินด้านสังคมและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ได้แก่ S.D.M.A., F.R.A., แบบประเมินสมรรถภาพการดำเนินชีวิต (ADL) และเครื่องมืออื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถจัดทำแผนการดูแลเชิงสังคมเฉพาะบุคคล (Personalized Social Care Plan) ที่ตอบสนองต่อบริบทของครอบครัวและชุมชน การใช้เครื่องมือประเมินดังกล่าวควบคู่กับการติดตามผลผ่าน dashboard ทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของคะแนนและเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพรองรับ

3. เสนอให้มีการพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์เชิงสังคม (Social Outcomes Monitoring) และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย NCDs หลังจำหน่ายในระดับ Output–Outcome–Impact โดยใช้ข้อมูลจากระบบ Platform Social Telecare เป็นฐานข้อมูลหลัก ระบบดังกล่าวควรรองรับการรายงานผลในรูปแบบ Real-Time dashboard เพื่อใช้ในการประชุม Case Conference และการจัดการรายกรณี (Case Management) ของทีมสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

4. เสนอให้ยกระดับมาตรการด้านความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ภายในระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน โดยใช้มาตรการด้านความปลอดภัย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานข้อมูลสุขภาพสากล และช่วยรองรับการขยายระบบไปสู่การเชื่อมต่อกับแพลตฟอร์มสุขภาพอื่นในอนาคต

6.1 ข้อเสนอระดับนโยบาย

1. พัฒนาและบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการออกแบบบริการ การดูแลทางสังคมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง

2. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Service) ผ่าน API เช่น ระบบบริการการดูแลทางสังคม ระบบการส่งต่อข้อมูลและบริการกับทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบการติดตามผลบริการแบบองค์รวม

3. ส่งเสริมระบบคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลตาม แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก PDPA ในบริบท PST อาทิ เช่น การบันทึกข้อมูล: ใช้เฉพาะแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มที่เป็นทางการของรัฐ (PST) เท่านั้น เพราะมีการเชื่อมต่อ API ที่ปลอดภัยและลดความซ้ำซ้อน ความปลอดภัย: อุปกรณ์ที่ใช้เข้าถึงต้องมีการตั้งรหัสผ่านหรือสแกนนิ้ว และ ห้าม ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ส่วนตัวเด็ดขาด และ มีความโปร่งใส: ต้องแจ้งและขออนุญาตผู้ใช้บริการทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล และใช้ข้อมูลตามสิทธิ์ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

4. พัฒนาโมเดลค่าบริการทางสังคมและระบบกำกับติดตาม (Social Outcomes Monitoring)

6.2 ข้อเสนอระดับปฏิบัติการ

1. พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (เฉพาะกลุ่มสีเหลือง)
2. จัดตั้งคลินิกบริการจิตสังคมในหน่วยบริการสุขภาพ
3. ส่งเสริมการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งทุนและบริการสังคมผ่านระบบดิจิทัล
4. ส่งเสริมนักสังคมสงเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลออกแบบแนวทางการเสริมพลังและการฟื้นฟูระยะยาว

7. ความท้าทายและการพัฒนาในอนาคต

ความท้าทายหลักคือการเปลี่ยนจาก "ระบบบันทึกข้อมูล" ให้กลายเป็น "กลไกขับเคลื่อนทางสังคม" ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับนโยบายลงไปถึงระดับชุมชนเพื่อให้ระบบ Platform Social Telecare (PST) เป็นนวัตกรรมที่ยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างแท้จริง มีประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งพัฒนาต่ออย่างดังนี้

7.1 การยกระดับเทคโนโลยีและการจัดการข้อมูล

- การพัฒนาสู่ Big Data: จำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อนำข้อมูลสุขภาพและสังคมมาประมวลผลเชิงลึกในการออกแบบบริการที่แม่นยำยิ่งขึ้น
- การเพิ่มประสิทธิภาพเครื่องมือ: ส่งเสริมการใช้งานเครื่องมือสำคัญที่ปัจจุบันยังมีสัดส่วนการใช้น้อย เช่น การประชุมเคสผ่านระบบ (Case Conference) และการใช้ Telecare ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมอย่างเต็มรูปแบบ

7.2 การขยายโครงสร้างพื้นฐานและลดความเหลื่อมล้ำ

- ข้อจำกัดเชิงพื้นที่: ปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ชนบท (เช่น พื้นที่การดูแลของ รพ.กุดินารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี) ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่เท่าเทียม
- การขยายเครือข่าย: ต้องขยายผลการใช้งานระบบไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้การติดตามผู้ป่วยเปราะบางเข้าถึงหน้าบ้านอย่างแท้จริง

7.3 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและความยั่งยืน

- การบูรณาการกับท้องถิ่น: ควรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อบรรจุแผนการดูแลทางสังคมเข้ากับงบประมาณและแผนพัฒนาท้องถิ่น
- การออกแบบบริการยั่งยืน: มุ่งสร้างโมเดลบริการสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ โดยมีระบบคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ที่เข้มงวดเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กิตยา นิธธรรม. (2567). การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพ
ประมง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 45–56.
- Bryant, J., Garnham, B., Tedmanson, D., & Diamandi, S. (2018). Tele-social work and mental health in rural
and remote communities in Australia. *International Social Work*, 61(1), 143–
155. <https://doi.org/10.1177/0020872815606794>
- Dodsworth, J., Bailey, S., Schofield, G., Cooper, N., & Douglas, G. (2013). Internet technology in foster care
communication: An innovative practice. *British Journal of Social Work*, 43(4), 775–
793. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs012>
- Hosseinoor, A. R., Bergen, N., Schlottheuber, A., Grove, J. T., Koller, T. S., & Boerma, T. (2018). Measuring
health inequalities under the Sustainable Development Goals: The example of
noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(11), 654–
659. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209924>
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of health*. Geneva: WHO.