

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Development of Guideline for Providing Medical Social Work Service, Roi Et Hospital

ดวงจัน ขำขันมะลี*

Duangchun Khakhanmalee

Corresponding author: E-mail; oscc.roiet@gmail.com

(Received: December 2, 2025; Revised: December 8, 2025; Accepted: January 5, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และ ประเมินผลการใช้การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างมกราคม-พฤศจิกายน 2568 เก็บข้อมูลในระยะทดลองใช้ระหว่างวันที่ 11 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 5 คน และพยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) 43 คน เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (IOC = 0.91) และแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับการปฏิบัติและความพึงพอใจ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's α รวม 0.80) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน (Independent t-test) และเปรียบเทียบก่อน-หลัง (Paired t-test)

ผลการวิจัย : พบช่องว่างเชิงระบบหลัก 3 ประการคือ การส่งต่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน การบันทึกข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และปัญหาการประสานงานนอกเวลา (“Holiday Contact Gap”) แนวทาง REH-MSW Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (การคัดกรอง, มาตรฐาน SOPs 5 ขั้นตอน, การบันทึกและการสื่อสาร, การประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง) หลังการใช้แนวทางพบว่า ผลลัพธ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t-test, $p < .001$) โดยอัตราการใช้เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐานเพิ่มเป็นร้อยละ 92 อัตราความสำเร็จในการติดต่อเคสฉุกเฉินวันหยุดเป็นร้อยละ 95 และร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 88 คะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย/ญาติอยู่ที่ 4.70/5.00 และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวทางฯ อยู่ในระดับสูงมากถึงมากที่สุด (Mean > 4.60)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทาง REH-MSW Model ประสบความสำเร็จสูงในการเป็น “สะพานเชื่อม” และแก้ไขปัญหาช่องว่างเชิงระบบ ส่งผลให้คุณภาพการบริการและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจึงควรประกาศใช้แนวทางฯ เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ทันที และบูรณาการเข้าสู่ระบบ EMR/HIS เพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ : งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์; แนวทางปฏิบัติ; การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This developmental research aimed to study the problems of medical social work service provision, develop the Medical Social Work Service Guideline (REH-MSW Model), and evaluate the guideline's implementation at Roi Et Hospital.

Study design : The study was conducted using a developmental research design.

Material and Methods : The study was conducted from January to November 2025, with data collection during the pilot phase occurring between September 11 and November 30, 2025. Purposive and total population sampling was used to select 5 medical social workers and 43 professional nurses (ward supervisors). Instruments included the REH-MSW Model Guideline (IOC = 0.91) and a practice/satisfaction questionnaire (Cronbach's α of 0.80 overall). Data analysis utilized descriptive statistics, Independent t-test, and Paired t-test.

Main finding : Three major systemic gaps were identified: non-standard referrals, incomplete documentation, and the "Holiday Contact Gap". The developed REH-MSW Model has 4 core components (screening, 5-step SOPs, standardized documentation, and continuous coordination). Post-intervention results (Paired t-test, $p < .001$) showed statistically significant improvements: standard referral form usage rate reached 92% [303], emergency contact success was 95%, and social problem resolution success increased to 88%. Overall patient/relative satisfaction scored 4.70/5.00, and staff satisfaction with the guideline was High to Highest (Mean > 4.60).

Conclusion and recommendations : The REH-MSW Model successfully served as a "bridge" and resolved critical systemic gaps, leading to significant improvements in service quality and patient outcomes. It is recommended that the guideline be immediately adopted as a Standard Operating Procedure (SOP) and integrated into the EMR/HIS system for long-term sustainability.

Keywords : Medical Social Work; Guideline; Interprofessional Collaboration; Roi Et Hospital

*Senior Professional Social Worker, Social Work Department, Roi Et Hospital.

บทนำ

บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work: MSW) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล¹ การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียด ความวิตกกังวล การจัดการปัญหาทางการเงิน และการส่งเสริมการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษาและความยั่งยืนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวได้

ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้มีการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล¹ อย่างไรก็ตาม แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานการให้บริการยังมีความหลากหลาย และแตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับภูมิภาค เช่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้เป็นระบบและชัดเจนอย่างเต็มศักยภาพ²

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าโรงพยาบาลมีปริมาณงานสูง ในปี พ.ศ.2567 มีผู้รับบริการรวม 3,587 ราย โดยมีปัญหาหลักที่ต้องเผชิญ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (1,956 ราย) และและปัญหาความสัมพันธ์/ความแตกแยกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างยิ่ง² ทว่าการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังเผชิญกับความท้าทายเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งต่อการส่งปรึกษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางสังคมยังไม่เป็นระบบ และขาดความชัดเจน 2) ปัญหาด้านข้อมูลและการสื่อสาร: การบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติการรักษาไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ทำให้การสื่อสารระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล) ขาดประสิทธิภาพ 3) ข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวก:

สถานที่คุยกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไม่ส่วนตัว ส่งผลต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยและคุณภาพการบำบัด และ 4) ช่องว่างในการดูแลต่อเนื่อง: การติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องใช้เวลาการประสานงานนาน และไม่ต่อเนื่อง การขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทีมสหวิชาชีพดังกล่าว ย่อมนำไปสู่การทำงานที่ไม่เป็นระบบ¹⁻² การใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม และอาจพลาดโอกาสในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งสาเหตุของปัญหาเกิดจากระบบงานเดิมขาดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ การบันทึกข้อมูลทางสังคมไม่ต่อเนื่องส่งผลให้การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีช่องว่างในการประสานงานดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะในช่วงวันหยุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล³

ด้วยเหตุนี้การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความซ้ำซ้อน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ทันทีทันที่ และต่อเนื่องจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งผลการวิจัยนี้ยังสามารถนำไปเป็นต้นแบบ (Best Practice) สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ในระดับภูมิภาคที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และ ประเมินผลการใช้การจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนา

และประเมินแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤศจิกายน 2568 โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลในระยะทดลองใช้ระหว่างวันที่ 11 กันยายน ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling/Census) เพื่อให้ได้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ปฏิบัติงานหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการใช้แนวทางปฏิบัติมาเป็นผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จำนวน 5 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ 2) พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) จำนวน 43 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

- 1) เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
- 2) เป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คู่มือแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการการวิเคราะห์ปัญหาจริงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เข้ากับมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และหลักการดูแลแบบองค์รวม คู่มือนี้เน้นกระบวนการหลัก 5 ขั้นตอน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ และแนวทาง

การคัดกรอง/ส่งต่อสำหรับพยาบาล ซึ่งทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.91)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มาตรฐานวิชาชีพ และวิเคราะห์บริบทของปัญหาการดำเนินงานจริง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (ตั้งแต่ ปฏิบัติ/พึงพอใจ น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึง ปฏิบัติ/พึงพอใจ มากที่สุด 5 คะแนน) สำหรับส่วนที่ 2, 3 และ 4 ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 8 ข้อ): สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2: ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (จำนวน 27 ข้อ): เนื้อหาครอบคลุมขั้นตอนและกระบวนการหลักในการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 5 ด้าน ได้แก่ การแสวงหาข้อเท็จจริง, การประเมินและวินิจฉัยทางสังคม, การวางแผนแนวทางการช่วยเหลือ, การจัดบริการสังคมสงเคราะห์, และการติดตามและประเมินผล

ส่วนที่ 3: ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลในหอผู้ป่วย (จำนวน 6 ข้อ): เนื้อหาเน้นการประเมินการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม การส่งต่อ และการประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์

ส่วนที่ 4: แบบประเมินความพึงพอใจ (จำนวน 8 ข้อ): ประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (พยาบาล/นักสังคมสงเคราะห์) ต่อการใช้แนวทางการจัดบริการฯ ที่พัฒนาขึ้น

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย (Mean)	การปฏิบัติ	ความพึงพอใจ
4.21 – 5.00	ปฏิบัติทุกครั้งสม่ำเสมอ (มากที่สุด)	พึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มาก)	พึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง (ปานกลาง)	พึงพอใจปานกลาง
1.81 – 2.60	ปฏิบัติน้อยครั้ง (น้อย)	พึงพอใจน้อย
1.00 – 1.80	ปฏิบัติน้อยที่สุด (น้อยที่สุด)	พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทั้งหมดถูกนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.91 (ค่า IOC > 0.50 ถือว่าใช้ได้)

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ทั้ง 4 ส่วน ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลและ นักสังคมสงเคราะห์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient, α) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และรายด้าน ดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 2 (ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของนักสังคมสงเคราะห์) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.887 แบบสอบถามส่วนที่ 3 (ระดับการปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาล) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.871 และแบบสอบถามส่วนที่ 4 (แบบประเมินความพึงพอใจ) ซึ่งประเมินจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ 0.975 (ค่า α > 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้สูงกว่า 0.80 ทุกส่วน แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูงและเหมาะสมสำหรับการนำไปเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (มกราคม - 10 กันยายน 2568):

ดังนี้ 1) ม.ค.-มิ.ย.: วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (ข้อมูลปี พ.ศ.2567) 2) ก.ค.-ส.ค.: พัฒนาเครื่องมือวิจัยและร่างคู่มือ REH-MSW Model โดยอ้างอิงจากมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และมาตรฐานการปฏิบัติงาน คลินิกสังคมสงเคราะห์และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC) พร้อมยื่นจริยธรรมและ 3) ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งรับรองวันที่ 10 ก.ย. 68 (เลขที่ RE 155/2568) และห้ามเก็บข้อมูล ก่อนวันนี้

2. ขั้นดำเนินการและทดลองใช้ (11 กันยายน - พฤศจิกายน 2568): ดังนี้ 1) ขออนุญาตและชี้แจงโครงร่างวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) 11 ก.ย. เป็นต้นไป: เริ่มชี้แจงหัวหน้าวอร์ดและชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทันทีที่ได้รับใบรับรอง 3) นำคู่มือ REH-MSW Model ไปทดลองใช้จริงในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยและนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน ไปจนถึงสิ้นเดือนตุลาคม และ 4) หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ทั้ง 4 ส่วน เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้เครื่องมือจนเห็นผลแล้ว

3. ขั้นสรุปผล: เป็นการประมวลผลข้อมูลที่ได้จาก

แบบสอบถามออนไลน์ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test ตามที่ระบุไว้ เพื่อให้งานวิจัยเสร็จสิ้นทันกรอบเวลาพฤศจิกายน 2568 จากนั้นนำมาสรุป ประเมินผล และปรับปรุงแนวทางฯ ให้มีความสมบูรณ์ ก่อนดำเนินการประกาศใช้และเผยแพร่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล และนำไป วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีสถิติที่ใช้ ดังนี้:

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างและระดับการปฏิบัติงาน

2. สถิติอนุมาน ใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจระหว่างกลุ่มวิชาชีพ (พยาบาลและ นักสังคมสงเคราะห์)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE 155/2568 รับรองวันที่ 10 กันยายน 2568) ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยให้ข้อมูลและ ขอความยินยอมอย่างสมัครใจจากผู้ร่วมวิจัย (Informed Consent) และรับรองการพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับ ของข้อมูลส่วนบุคคล และการให้สิทธิผู้ร่วมวิจัยในการถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย 3 ประการ โดยแบ่ง การนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับขั้นตอนของการวิจัย ได้แก่

1. สภาพปัญหาการบริหารสังคมสงเคราะห์ ทางกายภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการบริการสังคมสงเคราะห์ ทางกายภาพ สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นหลักๆ ได้ดังนี้

1.1 สภาพปัญหาและอุปสรรคในภาพรวมของ การจัดการบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์พบว่าปัญหาหลักในการจัด บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม โดยในด้านโครงสร้างและบุคลากรนั้นประสบปัญหา ขาดแคลนบุคลากรและนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะทาง อย่างชัดเจน รวมถึงการขาดมาตรฐานการปฏิบัติงาน เฉพาะกิจ และความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่ยังไม่ได้รับ การส่งเสริมอย่างเต็มที่ ในขณะที่ด้านสถานที่และ ทรัพยากรมีปัญหาสำคัญคือสถานที่ให้คำปรึกษา ขาดความเป็นส่วนตัว ทรัพยากรและงบประมาณมีจำกัด ตลอดจนการขาดแคลนสถานสงเคราะห์หรือที่พักพิง ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยไร้ที่พึ่งเกิดความล่าช้าอย่างมาก สำหรับด้านการดำเนินงานและผู้ป่วย พบว่าปัญหาสังคม มีความซับซ้อนสูง เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา ขณะที่ข้อมูลผู้ป่วยแรกเข้ายังไม่ชัดเจน และแนวทางปฏิบัติ งานยังไม่เป็นระบบเดียวกันในบางพื้นที่ และสุดท้าย ด้านนักสังคมสงเคราะห์เอง พบว่า บุคลากรกลุ่มนี้ มีความเครียดสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อย และกิจกรรม เสริมสุขที่จัดขึ้นยังไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อ คุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

1.2 สภาพปัญหาและสถานการณ์เฉพาะ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พบว่า การจัดการบริการสังคมสงเคราะห์ ทางกายภาพ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2568 พบว่ามีภาระงานที่สูง โดยมีผู้มารับบริการรวม 3,015 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (1,812 ราย) และผู้ป่วย เกือบทั้งหมดพึ่งพาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2,736 ราย) รวมถึงมีอาชีพที่มีรายได้ไม่มั่นคง เช่น ทำนา/เกษตรกรรม และรับจ้าง ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการ ความช่วยเหลือด้านสังคมและสวัสดิการในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ในด้านการดำเนินงานเชิงคุณภาพ กลับพบปัญหาและช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

ปัญหาเชิงระบบและการส่งต่อ คือการส่งปรึกษาผู้ป่วยใน ขาดระบบมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึง การบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติไม่ครอบคลุมและ ไม่ต่อเนื่อง ทำให้การสื่อสารในทีมสหวิชาชีพไม่มีประสิทธิภาพ **ปัญหาด้านการประสานงาน** พบปัญหาสำคัญคือ “วันหยุด ติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) และทีมสหวิชาชีพ ยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การส่งปรึกษา ซึ่งอาจทำให้ พลาดการช่วยเหลือเคสวิกฤต และสุดท้าย **ปัญหาด้าน สถานที่และจริยธรรม** คือการขาดสถานที่ให้คำปรึกษาที่เป็น ส่วนตัวในหอผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการ รักษาความลับและคุณภาพของการบำบัดรักษา

2. แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

ผลการพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ ทางทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model) จากสภาพปัญหาเชิงระบบและ การประสานงานที่พบ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา “แนวทางการ จัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม

ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)” โดยมี หลักการสำคัญ คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง (Collaboration) และ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก เพื่อปิดช่องว่างของ ระบบเดิม คือ **องค์ประกอบที่ 1:** การพัฒนาแบบฟอร์ม การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ **REH-MSS Tool** เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบ องค์ประกอบ ที่ 1 การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ องค์ประกอบที่ 2 การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) 5 ขั้นตอน และเน้นการบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) เพื่อยกระดับสู่การปฏิบัติงานที่ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ (EBP) องค์ประกอบที่ 3 การบันทึกข้อมูล ทางสังคมมาตรฐาน 4 ส่วนในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อสื่อสาร ให้ทีมสหวิชาชีพทราบความก้าวหน้า และองค์ประกอบที่ 4 การสร้าง **Emergency Contact Protocol** เพื่อปิดช่องว่าง “วันหยุดติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) เพื่อการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)

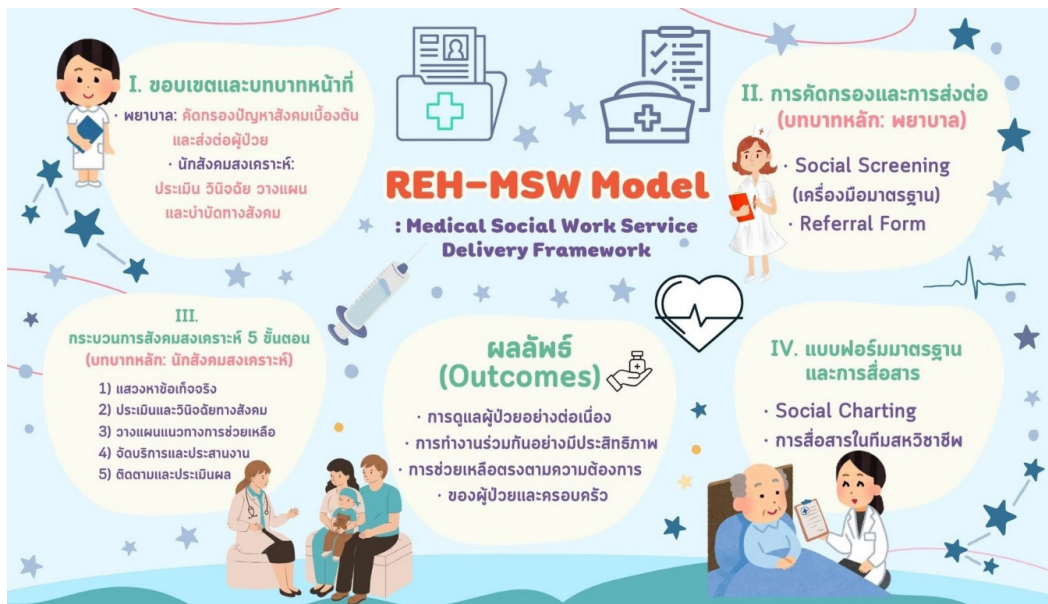
องค์ประกอบหลักของ แนวทางใหม่	รายละเอียดการพัฒนาที่สำคัญ และสาระสำคัญ	วัตถุประสงค์หลัก ในการแก้ไขปัญหา
1. การคัดกรองและ การเข้าถึงบริการ	พัฒนา แบบฟอร์ม/เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน (REH-MSS Tool) ที่ชัดเจน เช่น เกณฑ์ Red Flag สำหรับการส่งปรึกษาทันที เพื่อกำหนดให้ ทีมสหวิชาชีพใช้เกณฑ์เดียวกัน	แก้ไขปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบ ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และลดความ เข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างทีม
2. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs)	จัดทำ SOPs 5 ขั้นตอนหลัก (ตั้งแต่การค้นหาข้อเท็จจริงจนถึงการยุติการช่วยเหลือ) และเน้น การบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) รวมถึงแนวทางปฏิบัติรายโรคตาม Service Plan	สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ เป็น ระบบและเพิ่มคุณภาพของ การบำบัด ทางสังคมเฉพาะทาง เพื่อให้การแก้ไข ปัญหา มีความลึกซึ้งและยั่งยืนขึ้น
3. การบันทึกและ การสื่อสาร	กำหนด รูปแบบการบันทึกข้อมูลทางสังคมที่เป็น มาตรฐาน (4 ส่วนหลัก) ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย (เช่น Social Diagnosis, Intervention Plan) พร้อมกำหนดให้มีการ แจ้งผลการดำเนินการ (Feed-back) แก่ทีมสหวิชาชีพ	แก้ไขปัญหาการบันทึกที่ไม่ต่อเนื่องและ ไม่ครอบคลุม เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพทราบ ความก้าวหน้าของการช่วยเหลือได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักของ แนวทางใหม่	รายละเอียดการพัฒนาที่สำคัญ และสาระสำคัญ	วัตถุประสงค์หลัก ในการแก้ไขปัญหา
4. การประสานงานและ การดูแลต่อเนื่อง	สร้าง Emergency Contact Protocol สำหรับการประสานงานนอกเวลาและวันหยุด (เพื่อแก้ปัญหา Holiday Contact Gap) และ จัดทำ คู่มือการส่งต่อชุมชน พร้อมกลไกการติดตาม ผลหลังจำหน่าย (Follow-up Tracking)	แก้ไขปัญหาการติดต่อยากในวันหยุด และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย โดยปิดช่องว่างการดูแลใน ระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือ REH-MSW Model เพื่อสร้าง
แนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนสำหรับบุคลากร
ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คู่มือนี้
มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการที่มุ่งส่งเสริมการทำงาน
ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นจากการกำหนด
ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนระหว่างนัก
สังคมสงเคราะห์และพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนใน
การทำงาน ประการต่อมาคือการกำหนด กระบวนการหลัก
5 ขั้นตอนสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ (Fact-finding
ถึง Follow-up) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามลำดับ
และมีมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังได้กำหนด แนวทาง
การคัดกรองและการส่งต่อสำหรับพยาบาล พร้อมเครื่องมือ

คัดกรองเบื้องต้น เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหา
สังคมซับซ้อนไปยังนักสังคมสงเคราะห์ได้อย่างทันที่
และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ สุดท้ายคู่มือได้จัดให้มี
แบบฟอร์มมาตรฐาน เช่น แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล
ทางสังคม (Social Charting) และแบบฟอร์มการส่งปรึกษา
(Referral Form) เพื่อให้เกิดการสื่อสารข้อมูลที่ครอบคลุม
และต่อเนื่องในทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น คู่มือ REH-MSW
Model จึงทำหน้าที่เป็นพิมพ์เขียวที่ยกระดับการจัดการ
สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและ
สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการจัดการบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (REH-MSW Model)

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการจัดบริการ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ผลการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบหลังการนำแนวทาง REH-MSW Model ไปใช้ ดำเนินการใน 4 มิติหลัก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวทางและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานหลัก (พยาบาลวิชาชีพ

และนักสังคมสงเคราะห์) พบว่า

3.1 ผลลัพธ์เชิงเปรียบเทียบ 4 มิติ (ก่อนและหลังการใช้แนวทาง) ผลการวัดผลเชิงประสิทธิภาพและคุณภาพพบว่าแนวทาง REH-MSW Model ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านสรุปผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ 4 มิติ ก่อนและหลังการใช้แนวทาง REH-MSW Model

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมินผล (KPIs)	ก่อนใช้แนวทาง ปี 2567 (Baseline)	หลังการใช้แนวทาง ปี 2568 (Post-Intervention)	นัยยะสำคัญ
I. ประสิทธิภาพเชิงระบบ				
1.	อัตราการใช้แบบฟอร์ม/ เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน	0%	92%	แสดงถึงการยอมรับและการนำเกณฑ์ คัดกรองใหม่ไปใช้ในระบบงานประจำ
2.	จำนวนครั้งของการบำบัดทางสังคมเฉพาะราย	14 ครั้ง	150 ครั้ง	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ถึงการเพิ่มคุณภาพการบำบัดเฉพาะทาง
II. คุณภาพการประสานงาน				
3.	อัตราความสำเร็จในการติดต่อประสานงานในวันหยุด (เคสฉุกเฉิน)	ต่ำ	95%	ระบบการประสานงานที่ชัดเจนช่วยแก้ไขช่องว่างของระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
III. ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม				
4.	ร้อยละ ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาทางสังคม	70%	88%	แนวทางการบำบัดที่เป็นระบบ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น
IV. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ				
5.	คะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการสังคมสงเคราะห์ ร้อยละความเข้าใจเกี่ยวกับ	3.50/5.00 (พอใช้)	4.70/5.00 (ดีมาก)	ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าได้ได้รับความช่วยเหลือที่ตรงประเด็นและเป็นระบบมากขึ้น
6.	แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	55%	90%	แนวทางที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติมีความเข้าใจแนวทางการดูแลต่อที่บ้าน ลดความสับสน

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ จากการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้ REH-MSW Model ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความคิดเห็นหลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ในทุกมิติ (ประสิทธิภาพเชิงระบบ, คุณภาพการประสานงาน, ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม, และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ) โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) ไม่ครอบคลุมค่า 0 ซึ่งตอกย้ำถึงประสิทธิภาพ

ของแนวทางที่พัฒนาขึ้นในการยกระดับคุณภาพบริการ ในทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้ REH-MSW Model (n=48)

มิติการประเมิน	ก่อนใช้ (2567)	หลังใช้ (2568)	95%CI	p
	Mean ± SD.	Mean ± SD.		
I. ประสิทธิภาพเชิงระบบ	3.00 ± 0.50	4.60 ± 0.40	(1.42, 1.78)	< .001
II. คุณภาพการประสานงาน	3.20 ± 0.45	4.75 ± 0.35	(1.35, 1.75)	< .001
III. ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคม	3.10 ± 0.55	4.65 ± 0.42	(1.25, 1.85)	< .001
IV. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	3.50 ± 0.60	4.70 ± 0.30	(0.98, 1.42)	< .001

3.2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและมุมมองต่อแนวทาง REH-MSW Model (โดยบุคลากร)
ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานหลัก (พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์) ต่อแนวทาง

REH-MSW Model พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูงมากถึงสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวม > 4.60) ซึ่งยืนยันถึงการยอมรับอย่างสูงจากผู้ปฏิบัติงานจริง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและมุมมองต่อแนวทาง REH-MSW Model (โดยบุคลากร)

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมิน (KPIs)	กลุ่มเป้าหมาย	คะแนนเฉลี่ย (Mean Score)	นัยยะสำคัญเชิงกลยุทธ์
I. ความพึงพอใจโดยรวม				
1.	ความพึงพอใจโดยรวมต่อการ ใช้แนวทาง	พยาบาลวิชาชีพ (n=43)	4.79 (สูงที่สุด)	ได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพในระดับสูงมาก
2.	ความพึงพอใจโดยรวมต่อการ ใช้แนวทาง	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.=5)	4.64 (สูงมาก)	นสค. มีความพึงพอใจ แสดงว่าแนวทางใหม่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานวิชาชีพให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น
II. การรับรู้ถึงคุณภาพและประสิทธิภาพ				
3.	แนวทางฯ ช่วยให้มีสุขภาพ เข้าใจตรงกัน	พยาบาลวิชาชีพ	4.87 (สูงที่สุด)	จุดแข็งสูงสุดของระบบ: ประสบความสำเร็จในการเป็น “สะพานเชื่อม” และเครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน ทำให้การประสานงานไร้รอยต่อ
5.	แนวทางฯ ช่วยให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.)	4.73 (สูงที่สุด)	แนวทางฯ สามารถลดความซ้ำซ้อนของงาน และเพิ่มคุณภาพการบำบัดทางสังคมของ นสค. ได้จริง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัดการประเมิน (KPIs)	กลุ่มเป้าหมาย	คะแนนเฉลี่ย (Mean Score)	นัยยะสำคัญเชิงกลยุทธ์
6.	แนวทางฯ ช่วยพัฒนาทักษะ/ความสามารถ	นักสังคมสงเคราะห์ (นสค.)	4.55 (สูงมาก)	แนวทางฯ ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเรียนรู้ (Learning Tool) และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการใช้เทคนิคบำบัดเฉพาะทาง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิชาชีพ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล ไม่พบความแตกต่างของความคิดเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ของผลต่างค่า

เฉลี่ยครอบคลุมค่า 0 ในทุกมิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าแนวทาง REH-MSW Model ประสบความสำเร็จในการเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นกลางและได้รับการยอมรับร่วมกันจากทั้งสองกลุ่มวิชาชีพ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อ REH-MSW Model ระหว่างกลุ่มวิชาชีพ (Independent t-test)

มิติการประเมิน	นักสังคมสงเคราะห์ (n=5*)	พยาบาล (n=43*)	95%CI	p
1. ความชัดเจนของแนวทาง	4.64 ± 0.45	4.79 ± 0.35	(-0.48, 0.18)	.399
2. การประสานงานทีม	4.73 ± 0.40	4.87 ± 0.30	(-0.45, 0.17)	.362
3. ความพึงพอใจโดยรวม	4.64 ± 0.45	4.79 ± 0.35	(-0.48, 0.18)	.399

ข้อสรุปเชิงกลยุทธ์หลังการประเมิน

ผลการประเมินยืนยันว่า แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แบบองค์รวม (REH-MSW Model) ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบและการประสานงาน โดยเฉพาะการเป็น “สะพานเชื่อม” (คะแนนความเข้าใจตรงกัน 4.87) และการแก้ไขปัญหาช่องว่างการดูแล (อัตราความสำเร็จในการติดต่อวันหยุดร้อยละ 95) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูงมาก (4.70/5.00) ผลลัพธ์ที่โดดเด่นนี้ควรนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันให้มีการนำแนวทางฯ ไปใช้เป็นมาตรฐาน (Standard Practice) ในโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

วิจารณ์

การอภิปรายผลการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงข้อค้นพบเชิงประจักษ์จากทุกขั้นตอนของการศึกษาดังแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาไปจนถึงการพัฒนาและการประเมินผลลัพธ์ของแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model) เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความสอดคล้องของแนวทางฯ กับความท้าทายที่พบในบริบทโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเน้นการเสริมด้วยการอ้างอิงงานวิจัยและมาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางวิชาการ ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. อภิปรายผลการศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาได้เผยให้เห็นถึง ช่องว่างเชิงระบบ (Systemic Gaps) และ ความท้าทายเชิงวิชาชีพ (Professional Challenges) ที่เป็นรากฐานของปัญหาการส่งมอบบริการโดยอภิปรายผลได้ ดังนี้

1.1 ปัญหาเชิงระบบและการเข้าถึงบริการ ประเด็นที่การส่งปรึกษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาทางสังคม ไม่เป็นระบบ ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และไม่ชัดเจน ประกอบกับการที่การบันทึกข้อมูลทางสังคมในแฟ้มประวัติการรักษาไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่าความบกพร่องเหล่านี้เป็นผลมาจากการขาดมาตรฐาน (Lack of Standardization) ในการปฏิบัติงาน⁵ การขาดเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Screening) ที่ชัดเจนและยอมรับร่วมกันนำไปสู่การตัดสินใจส่งต่อที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดการ “ส่งต่อที่ไม่เหมาะสม” (Inappropriate Referral) หรือ “การพลาดโอกาสสำคัญ” (Missed Opportunities) ที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน⁶⁻⁷ การมีเครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDOH) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁸ ยิ่งไปกว่านั้นการบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ยังขัดขวางหลักการความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ⁹ หากขาดการบันทึกที่เป็นมาตรฐานย่อมส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพไม่สามารถทราบความก้าวหน้าของการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ปัญหาด้านการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การพบปัญหา “วันหยุดติดต่อยาก” (Holiday Contact Gap) ถือเป็นอุปสรรคสำคัญเชิงอุปสรรคในการประสานงาน (Barriers to Collaboration) ในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration: IPC)¹⁰ ปัญหาการสื่อสารที่ขาดหายไปในช่วงนอกเวลาราชการนี้ บั่นทอนความเชื่อมั่น (Trust) ของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์¹⁰ ในขณะเดียวกันการที่ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่งปรึกษา ไม่เพียงพอ ยืนยันถึงปัญหาความไม่ชัดเจนในบทบาท (Lack of Role Clarity) ซึ่งเป็นอุปสรรคพื้นฐาน

ที่พบได้บ่อยในการบูรณาการบริการสหวิชาชีพ¹¹ และขัดต่อบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการสื่อสารข้อมูลทางสังคมแก่ทีมการรักษา¹²

1.3 ปัญหาด้านการบริการวิชาชีพ ข้อค้นพบที่ระบุว่ากระบวนการบำบัดหลักเน้นที่ การสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการใช้การบำบัดทางสังคมเฉพาะราย ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติงานยังคงอยู่ในรูปแบบเชิงตั้งรับ (Reactive) ซึ่งขัดต่อมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์¹³ ที่เน้นการใช้มาตรฐานการบำบัดทางสังคม (Social Treatment) ที่เป็นระบบ การขาดการบำบัดเฉพาะทางนี้จึงเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการยกระดับสู่การปฏิบัติงานที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Elevating to EBP)¹⁴ สอดคล้องกับมาตรฐานของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งชาติ¹⁵ ที่ส่งเสริมให้มีการใช้เทคนิคการบำบัดที่มีหลักฐานรองรับในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่มีความลึกซึ้งและยั่งยืน

2. อภิปรายผลการพัฒนาแนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (REH-MSW Model)

แนวทาง REH-MSW Model ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นกลไกในการปิดช่องว่าง (Closing the Gaps) และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตอบโต้ความท้าทายในแต่ละมิติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดการอภิปราย ดังนี้

2.1 การพัฒนา: การคัดกรองและการเข้าถึงบริการ การพัฒนาแบบฟอร์ม/เกณฑ์การส่งต่อมาตรฐาน (REH-MSS Tool) โดยใช้ระบบคะแนนความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Score) และเกณฑ์ Red Flag นั้น มุ่งแก้ไข ปัญหาการส่งปรึกษาที่ไม่เป็นระบบอย่างตรงจุด การพัฒนานี้เป็นไปตามหลักการการสร้างมาตรฐาน (Standardization) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ทำให้การตัดสินใจส่งปรึกษาเป็นไปตามความเสี่ยงที่วัดได้ และสามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (High-Risk Screening) ได้อย่างแม่นยำ⁷

2.2 การพัฒนา: มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) การจัดทำ SOPs 5 ขั้นตอนหลัก ที่ผนวกการใช้การบำบัดทางสังคมเฉพาะราย (Specific Intervention) เข้าไปนั้น

ถือเป็นการตอบสนองเชิงรุกต่อปัญหาการปฏิบัติงานที่ขาดความลึกซึ้ง การนำหลักการ EBP มาใช้กำหนดขั้นตอนการบำบัดรักษาโรคเป็นการเปลี่ยนผ่านบทบาทนักสังคมสงเคราะห์จาก Generalist Practice ไปสู่ Specialist Practice ซึ่งยกระดับความเป็นวิชาชีพตามที่มาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กำหนดไว้¹³⁻¹⁴

2.3 การพัฒนา: การบันทึกและการสื่อสาร (Documentation and Communication)

การกำหนด รูปแบบการบันทึกข้อมูลทางสังคมที่เป็นมาตรฐาน (4 ส่วนหลัก) ในแฟ้มประวัติ/EHR มุ่งแก้ไขปัญหา “การบันทึกที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม” โดยตรงกลไกนี้ช่วยสร้างวงจรข้อมูล (Information Loop) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถใช้ข้อมูลทางสังคมในการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shared Decision Making) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการทำงานเป็นทีม (Teamwork) และการสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วนตามกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลก¹⁶

2.4 การพัฒนา: การประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง (Coordination and Continuity of Care)

การสร้างระบบการประสานงานนอกเวลาและวันหยุด (Emergency Contact Protocol) และ คู่มือการส่งต่อชุมชน เป็นการตอบสนองต่อปัญหา “วันหยุดติดต่อยาก” และ “การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย” การจัดทำ Emergency Contact Protocol ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความพร้อมของระบบ (System Responsiveness) ในภาวะวิกฤต ส่วนการพัฒนาคู่มือการส่งต่อและการติดตามผลหลังจำหน่าย เป็นการดำเนินการตามหลักการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Care Transition) เพื่อเปิดช่องว่างการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งมีผลสำคัญในการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา (Readmission Rate) และประกันความยั่งยืนของการฟื้นฟูทางสังคมของผู้ป่วย¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁵ ที่มีขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผล

3. อภิปรายผลการใช้แนวทางการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ผลการประเมินการใช้ REH-MSW Model เป็นการยืนยันว่าการแก้ไขปัญหาระบบและการพัฒนามาตรฐานได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ

3.1 ประสิทธิภาพเชิงระบบ และคุณภาพการประสานงานข้อค้นพบที่อัตราการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานเพิ่มเป็นร้อยละ 92 และคะแนนความเข้าใจร่วมกันของพยาบาลอยู่ในระดับ สูงที่สุด (4.87/5.00) แสดงให้เห็นว่า REH-MSW Model ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการสร้าง “ภาษาเดียวกัน” (Common Language) ในการดูแลผู้ป่วย การยอมรับมาตรฐานที่สูงบ่งชี้ว่าแนวทางฯ สามารถแก้ไขปัญหาความไม่ชัดเจนในการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นเอกสารร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพช่วยลดความแปรปรวนของคุณภาพบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพได้จริง¹¹

3.2 ผลลัพธ์การบำบัดทางสังคมและความเป็นวิชาชีพของนักสังคมสงเคราะห์ที่จำนวนครั้งของการบำบัดเฉพาะทางเพิ่มจาก 14 ครั้ง เป็น 150 ครั้ง อย่างก้าวกระโดดและร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาด้านสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 88 ถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า REH-MSW Model ได้ยกระดับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไปสู่งานวิชาชีพที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) อย่างแท้จริง การใช้แนวทางที่ระบุเทคนิคการบำบัดเฉพาะ เป็นการตอกย้ำถึงความเป็นมืออาชีพ (Professionalization)¹⁴ และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาดังนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกรณี (Case Management) ที่ถูกออกแบบมาอย่างเป็นระบบตามที่กำหนดในมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์⁵ ซึ่งเน้นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน¹⁸

3.3 ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วย/ญาติที่มีต่อแนวทางฯ ความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรอยู่ใน

ระดับสูงมากถึงสูงสุด และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ (4.70/5.00) โดยร้อยละความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการดูแลต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 90 ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่าการปรับปรุงกระบวนการภายในได้ถูกแปลงเป็นผลลัพธ์ที่ส่งมอบสู่ผู้รับบริการ (Patient-Centered Outcome) อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับการส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care - PCC)¹⁹ และตรงตามคำจำกัดความของความพึงพอใจในฐานะความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองตามความต้องการ²⁰⁻²¹ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจแผนการดูแลต่อเนื่องถึงร้อยละ 90 มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน¹⁷

โดยสรุป ผลการวิจัยได้ยืนยันความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่างการระบุปัญหา การออกแบบแนวทาง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดย REH-MSW Model ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบในทุกมิติของการประเมิน ทั้งในด้านกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ โดยพบว่าหลังการใช้แนวทางฯ คะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพที่แม่นยำ ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันว่าแนวทางฯ นี้ควรได้รับการพิจารณาให้เป็น “Best Practice” ในการจัดบริการ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และเป็นแบบอย่างในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบบริการ เสริมสร้างความร่วมมือของทีมสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอย่างยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นที่สำคัญคือ การมุ่งเน้น การบูรณาการสหวิชาชีพ (Interprofessional Integration) โดยไม่ได้จำกัดขอบเขตเพียงมิติด้านสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ได้ดึงพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้แนวทาง REH-MSW Model ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง (Feasibility) และได้รับการยอมรับเป็นเอกฉันท์โดยไม่มีความแตกต่างในมุมมองระหว่างกลุ่มวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้

เครื่องมือที่ใช้ยังผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.91) และการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ($\alpha = 0.80$) ส่งผลให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ที่สำคัญคือสามารถปิดช่องว่างเชิงระบบ (Gap Filling) ที่เป็นอุปสรรคมาอย่างยาวนาน อาทิ การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งต่อ และปัญหาการประสานงานในช่วงวันหยุด (Holiday Gap) ให้กลายเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมผ่าน SOP 5 ขั้นตอน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์ที่มีจำนวนจำกัดตามบริบทของโรงพยาบาล ($n=5$) ซึ่งอาจส่งผลต่อความอ่อนไหวของค่าทางสถิติหากมีค่าผิดปกติ (Outliers) เกิดขึ้น อีกทั้ง ระยะเวลาการติดตามผลยังอยู่ในกรอบระยะสั้นเพียง 1 เดือน ทำให้สะท้อนผลลัพธ์ได้เพียงในระยะเริ่มแรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อยืนยันความยั่งยืนของระบบในอนาคต ประการสุดท้ายคือ บริบทของพื้นที่ เนื่องจากแนวทางนี้ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลระดับอื่นที่มีทรัพยากรแตกต่างกัน จึงอาจจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาและรายละเอียดให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: เสนอให้โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกาศใช้ REH-MSW Model เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ทันที พร้อมทั้งจัดการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพยาบาลในเรื่องการคัดกรองและการส่งต่อ และควรบูรณาการเกณฑ์การบันทึกข้อมูลทางสังคมเข้าสู่ระบบ EMR/HIS เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป: ควรศึกษาประสิทธิผลระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (เช่น อัตราการกลับมา

รักษาซ้ำ) และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจมุมมองและอุปสรรคในการประสานงานสหวิชาชีพ และการขยายผลโมเดลนี้เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในโรงพยาบาลระดับภูมิภาคอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคนิตย สำหรับคำปรึกษาและชี้แนะงานวิจัยสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และร่วมมือในการเก็บข้อมูล คุณค่าของงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่การยกระดับคุณภาพบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และวิชาชีพสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Hospital Association. Role of Social Workers in Health Care. [Provide detailed source information upon publication]; 2016.
2. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ปี 2567. จังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับปรับปรุงใหม่). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.
4. พรเพ็ญ ฐิระเวช, กรรณิกา ม่วงมณี, สุชาติ ชินะจิต. การประเมินผลการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. Alonazi A B, Almansour A M, Alghunaim M. The effectiveness of screening tools for social determinants of health: a systematic review. J Public Health. 2021;43(2):e207–216.
7. D' Angelo V. Addressing social determinants of health in the hospital: a systematic review of social care interventions. Health Soc Care Community. 2021;29(1):e1–10.
8. Rudd R E, Phelan J C. Social determinants of health: a critical perspective on health equity. Health Educ Res. 2020;35(1):1–12.
9. HA Standards. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 5). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2021.
10. Vestergaard J, Heinonen A. Interprofessional collaboration and communication in hospital social work: a scoping review. J Soc Work Pract. 2020;34(3):295–310.
11. Shaw E K. Interprofessional Collaboration in Health Care: Evidence and Frameworks for Action. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
12. วันทนีย์ วาสีเกสิน. นักสังคมสงเคราะห์กับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2530.
13. คณะกรรมการพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลและคณะ. หนังสือมาตรฐานการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์; 2565.
14. Thyer B A. Evidence-Based Practice in Social Work: A Critical Stance. Routledge; 2019.
15. National Association of Social Workers (NASW). Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. Washington, DC: NASW Press; 2015.

16. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010.
17. Coleman E A, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc. 2003;51(9):1334–5.
18. Moxley D P. The Practice of Case Management. Sage Publications; 2011.
19. Rehabilitation Standards. มาตรฐานการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. (อ้างอิงถึงหลักการ patient-centered care และ comprehensive care); 2018.
20. น้าลิน เทียมแก้ว. ความพึงพอใจในการใช้บริการคลินิกทันตกรรมเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
21. อติทยา วิมลเมือง. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น [รายงานการวิจัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.