วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ พื้นที่กรุงเทพมหานคร[1]

DEVELOPMENT OF A SERVICES SYSTEM FOR IMPOVERISHED BEDBOUND PATIENTS IN THE BANGKOK AREA

พิชญุตม์ กฤตย์รัตนะโชติ[2]
Phitchayuth Kritrattanachot
ศรีปริญญา ธูปกระจ่าง[2]
Sriparinya Toopgrajank
นลินี สุรดินทร์กูร[2]
Nalinee Suradinkura
ทิพย์วรรณ จักรเพ็ชร[2]
Tippawan Chakphet
วิชิต สุรดินทร์กูร[2,*]
Vichit Suradinkura

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
A part of a dissertation for the Doctor of Philosophy (Development Administration), Suan Sunandha Rajabhat University
[2]มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit District, Bangkok, 10300, Thailand
*Corresponding author E-mail: vichit.su@ssru.ac.th

Received: *March 20, 2025* Revised: *June 29, 2025* Accepted: *December 30, 2025*

บทคัดย่อ

งานวิจัยผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของนวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และ 3) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบบริการ ตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 350 คน ได้มาโดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (SEM) และ Path Analysis สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพได้มาจากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ รองลงมา คือ ด้านมาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ และด้านภาคีการมีส่วนร่วม ตามลำดับ 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลสมการโครงสร้างที่ได้มาจากทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกลมกลืนกันดี (*Chi-square* = 70.9, *df* = 44, *p* = .06, *GFI* = .99, *AGFI* =.99, *CFI* = .99, *RMR* = .043, *RMSEA* = .042) โดยมาตรฐานดูแลรักษาพยาบาลมีอิทธิพลโดยรวมมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ รองลงมา คือ ภาคีการมีส่วนร่วม นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และนวัตกรรมบริการ ตามลำดับ 3) แนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ คือ 3.1) การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ควรครอบคลุมการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยหน่วยบริการเคลื่อนที่

และระบบข้อมูลกลาง 3.2) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ IoT อย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน 3.3) การพัฒนาและถ่ายทอดแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลที่ใช้งานได้จริง 3.4) การสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่องและบูรณาการ และ 3.5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสร้างระบบบริการที่เป็นธรรม ครอบคลุม และยั่งยืน

คำสำคัญ : ระบบบริการ, ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ป่วยยากไร้

Abstract

This mixed-methods study aimed to: 1) assess the development level of service systems for impoverished bedridden patients, service innovations, standards of care, service policies, and stakeholder participation; 2) examine the influence of service innovations, standards of care, service policies, and stakeholder participation on the development of these service systems; and 3) propose strategic guidelines for service system improvement. The quantitative phase involved 350 bedridden patients selected through multistage random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, structural equation modeling (SEM), and path analysis. The qualitative phase consisted of in-depth interviews with 15 informants selected through purposive selection, with data analyzed through content analysis.

The results revealed that: 1) The highest mean score was for the development of service systems for impoverished bedridden patients, followed by standards of care, service policy, service innovation, and stakeholder participation, respectively. 2) The SEM model showed good fit with the empirical data (*Chi-square* = 70.9, *df* = 44, *p* = .06, *GFI* = .99, *AGFI* = .99, *CFI* = .99, *RMR* = .043, *RMSEA* = .042). Standards of care had the greatest total influence on service system development for impoverished bedridden patients, followed by stakeholder participation, service policy, and service innovation. 3) The proposed development guidelines included: 3.1) expanding service accessibility through mobile health units and centralized data systems; 3.2) applying digital and Internet of Things (IoT) technologies aligned with local community contexts; 3.3) developing and implementing practical, standardized care protocols; 3.4) ensuring sustained policy and budgetary integration; and 3.5) fostering multisectoral and community-wide engagement to build equitable, inclusive, and sustainable care systems.

Keywords: healthcare service system, bedbound patients, impoverished patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนผ่านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยนวัตกรรมบริการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2018) สอดคล้องกับนโยบาย “ประเทศไทย 4.0” ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องแต่ยังเข้าถึงบริการได้จำกัด

กรุงเทพมหานครมีการจัดระเบียบราชการบริหารส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 50 เขต (Bangkok Metropolitan Administration Act, 1985) และมีศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 69 แห่ง ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) (Health Department, Bangkok, 2024) แม้ระบบบริการจะครอบคลุมการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่ง แต่จากข้อมูลของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้จำนวน 5,762 ราย และแนวโน้มยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในระบบเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 5 - 8 (Digital Government Development Agency (Public Organization), 2024) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงภาระของระบบสุขภาพเมืองหลวงที่มีความซับซ้อนทั้งด้านโครงสร้างบริการและสังคมเมืองที่มีความเหลื่อมล้ำสูง และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในเขตกรุงเทพมหานครยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และระบบดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกัน การใช้เทคโนโลยียังไม่ทั่วถึงหรือขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ ความรู้เท่าทันเทคโนโลยี และจำนวนบุคลากรที่ดูแลในชุมชนยังมีไม่เพียงพอต่อการบริการ ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2022; National Health Commission Office, 2020)

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยอาศัยการนำเทคโนโลยีมาใช้สนับสนุน เช่น แอปพลิเคชัน “หมอชนะ” “เป๋าตัง” และ “NHSO Connect” ที่ช่วยติดตามสิทธิและนัดหมายบริการ รวมถึงระบบบริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) ซึ่งบางโรงพยาบาลนำมาใช้ให้คำปรึกษาทางไกล อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าสภาพปัญหาของระบบบริการในปัจจุบัน และยังขาดการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ที่ยังเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างจำกัด การศึกษาหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในบริบทของกรุงเทพมหานคร จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพราะเป็นบริบทเมืองหลวงที่มีประชากรหลากหลาย และระบบบริการสุขภาพมีการกระจายตัวเป็นอย่างมาก การศึกษานี้จึงมุ่งประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อหาข้อเสนอแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

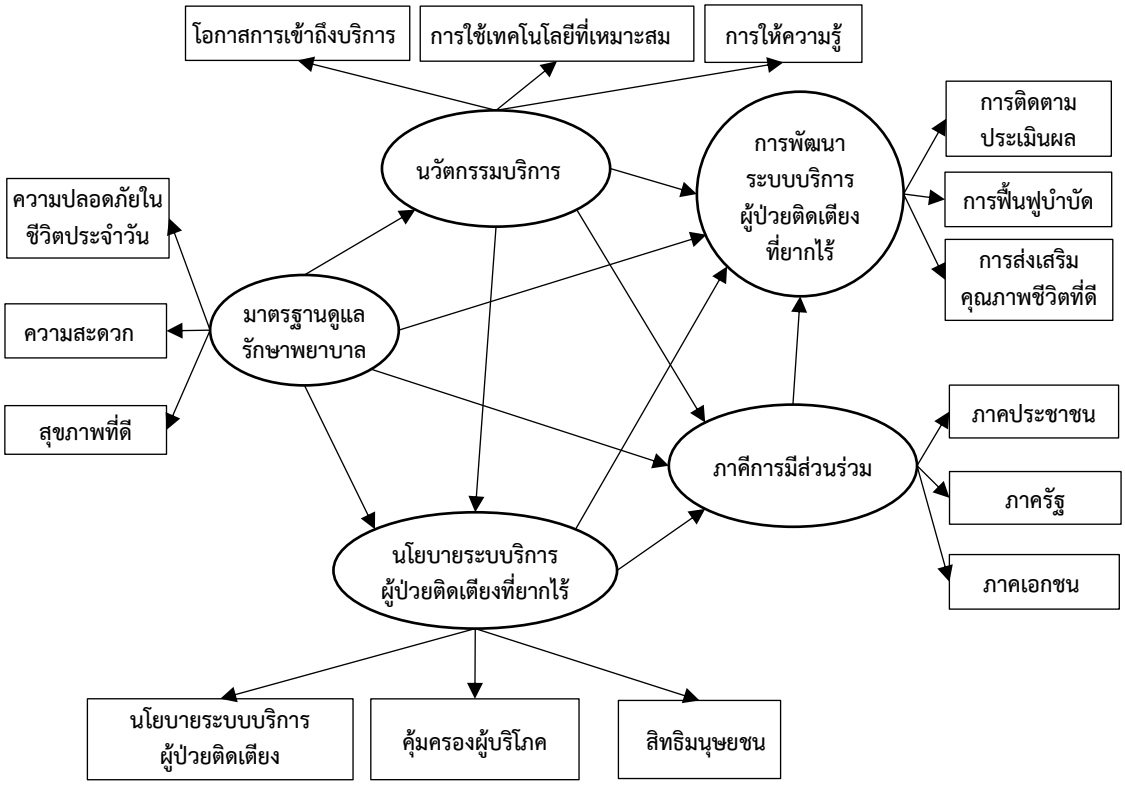
1. เพื่อศึกษาระดับของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของนวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพ (health service system framework) นำมาจากเป็นแบบแผนของการจัดบริการสุขภาพที่ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด ได้กล่าวไว้ในหนังสือผู้สูงอายุในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง (Mienkird, 2020) ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น ประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ

มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม ซึ่งมีความครอบคลุม เหมาะสม และน่าจะนำไปใช้ได้จริงในบริบทเมืองที่มีความแออัด และมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ดังแสดงในภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods Research) เริ่มต้นจากการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาระดับและอิทธิพลของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาขึ้น และตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกในประเด็นการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม นำไปสู่ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดของการศึกษา ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร เป็นผู้ป่วยติดเตียงยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยติดเตียงยากไร้ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ที่กำหนดว่า จำนวนตัวอย่างในการศึกษาไม่ควรต่ำกว่า 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ (Costello &

Osborn, 2005) จากกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ (ภาพ 1) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 15 ตัวแปร ดังนั้น ต้องใช้จำนวนตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 300 คน ซึ่งในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีเขตพื้นที่ทั้งหมด 50 เขต ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้แบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเขตที่จะเป็นตัวแทนในการศึกษามา 10 เขต ขั้นตอนที่ 2 เลือกชุมชนในแต่ละเขตมา 5 ชุมชน รวม 50 ชุมชน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มครัวเรือนในแต่ละชุมชนได้ 7 ครัวเรือนต่อชุมชน ขั้นตอนที่ 4 สุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้เพียง 1 คนต่อครัวเรือน ทำให้ได้ตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจริงทั้งหมด 350 คน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ผู้บริหารระดับสูง 5 คน 2) ผู้ป่วยติดเตียง 5 คน 3) ภาคีซึ่งมาจากตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน 5 คน รวมทั้งหมด 15 คน ได้มาโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญ 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ค่าใช้จ่าย หนี้สิน ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลประจำ และสวัสดิการที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามครอบคลุมประเด็นนวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการ และภาคีการมีส่วนร่วม มีข้อคำถามทั้งหมด 75 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง มีความคิดเห็นน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง มีความคิดเห็นมากที่สุด แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับสูงมาก

3.51 - 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับสูง

2.51 - 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมชีวการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพัฒนา ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายสิทธิมนุษยชน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อย่างละ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหลังการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เท่ากับ 1.00 และมีความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อสัมภาษณ์สภาพทั่วไปของนวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการ และภาคีการมีส่วนร่วม ต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวม 7 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีความชัดเจนและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย รวมทั้งมีความถูกต้องด้านภาษาและประเด็นการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Institutional Review Board: IRB) เลขที่ใบรับรอง 2-058/2024

ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งภายหลังการอนุมัติการทำวิจัยผู้วิจัยได้เข้าพบตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษาวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย รวมทั้งสอบถามความสมัครใจและให้ตัวอย่างลงนามให้เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่รักษาความลับของตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล โดยใช้การลงเลขรหัสแทนการระบุชื่อและนามสกุล รวมทั้งเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง เอกสารทั้งหมดจะถูกทำลายเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อตัวอย่างแต่อย่างใด และทุกครั้งที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ทุกครั้ง เพราะคำนึงถึงความเปราะบางของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้เป็นสำคัญ และในการสัมภาษณ์มีการขออนุญาตอัดเทปก่อนทุกครั้ง เพื่อเป็นการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และขอความอนุเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ซึ่งผ่านการอบรมโครงการวิจัยกับผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลบางส่วนด้วยตนเอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2568

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึกถึงผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ โดยติดต่อและนัดหมายผู้ให้ข้อมูลที่ละคนจนครบทั้ง 3 กลุ่ม 15 คน และเพื่อให้การติดต่อสัมภาษณ์ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้คัดสรรผู้ให้ข้อมูลให้ ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ คนละประมาณ 45 - 60 นาที โดยได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการบันทึกเสียง และมีการจดบันทึกประกอบ เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลภายหลังการสัมภาษณ์และทำให้การถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ แล้วทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลกับประเด็นคำถามวิจัยที่เตรียมไว้ในแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับยังไม่ครอบคลุมหรือไม่เพียงพอในบางประเด็น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกับผู้ให้ข้อมูลรายเดิม จนได้ข้อมูลที่ “อิ่มตัว” (data saturation) การเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ และความโด่ง

2. การวิเคราะห์อิทธิพลของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model: SEM) และ Path Analysis

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation methods) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 มากที่สุด รองลงมา คือ อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 20 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 70 รองลงมา คือ ต่ำกว่า 3,500 บาท ร้อยละ 20 ค่าใช้จ่ายไม่ครอบคลุมรายได้ ร้อยละ 90 ครอบครัวมีหนี้สินที่ต้องจ่ายเป็นประจำ ร้อยละ 60 สภาพที่อยู่อาศัยไม่ดี ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 64 รองลงมา คือ เช่าบ้าน

ร้อยละ 36 มีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ร้อยละ 70 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 60 และใช้สวัสดิการบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 86

2. ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และภาคีการมีส่วนร่วม พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ รองลงมา คือ ด้านมาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ นวัตกรรมบริการ และด้านภาคีการมีส่วนร่วม ตามลำดับ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ด้านการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.87, *SD* = .32) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านนี้ คือ มีความพึงพอใจกับคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่ได้รับในระดับมาก (*M* = 3.96, *SD* = .38) รองลงมา คือ รู้สึกสะดวกในการติดต่อขอรับบริการสุขภาพผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.95, *SD* = .43) และน้อยที่สุด คือ ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.01, *SD* = .35)

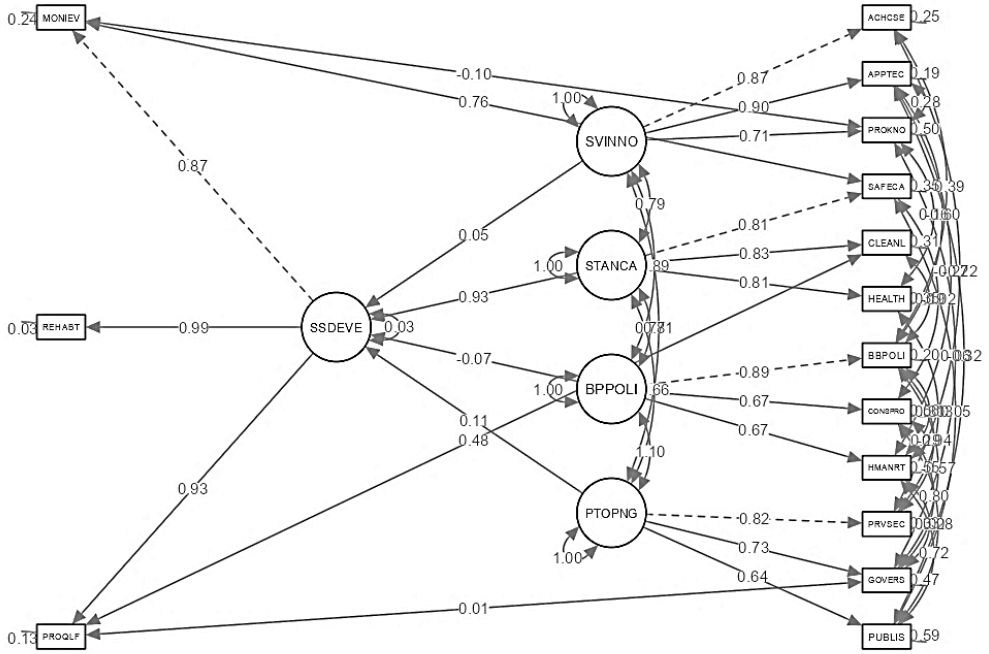
2.2 ด้านนวัตกรรมบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.36, *SD* = .29) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านนี้ คือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพในระดับมาก (*M* = 3.97, *SD* = .30) รองลงมา คือ มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.50, *SD* = .67) และน้อยที่สุด คือ มีเงินทุนเพียงพอในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.00, *SD* = .29)

2.3 ด้านมาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.65, *SD* = .32) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านนี้ คือ ผู้ป่วยติดเตียงปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับในระดับมาก (*M* = 3.91, *SD* = .47) รองลงมา คือ ผู้ป่วยติดเตียงปลอดภัยจากการติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.78, *SD* = .56) และน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยติดเตียงปลอดภัยจากภาวะข้อไหล่เลื่อนหลุดอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.01, *SD* = .35)

2.4 ด้านนโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.54, *SD* = .26) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านนี้ คือ พึงพอใจกับระบบบริการสาธารณสุขแพทย์สมัยใหม่ในระดับมาก (*M* = 3.98, *SD* = .30) รองลงมา คือ พึงพอใจกับคุณภาพของการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับในระดับมาก (*M* = 3.96, *SD* = .31) และน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยติดเตียงได้รับส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.03, *SD* = .46)

2.5 ด้านภาคีการมีส่วนร่วม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.36, *SD* = .29) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านนี้ คือ มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในระดับมาก (*M* = 3.81, *SD* = .56) รองลงมา คือ ชุมชนมีการช่วยดูแลหรือเยี่ยมผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.73, *SD* = .61) และน้อยที่สุด คือ อาสาสมัครมีการช่วยเฝ้าระวังและป้องกันโรคทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.11, *SD* = .47)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลสมการโครงสร้างตามที่ทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกลมกลืนกันดี (*Chi-square* = 70.9, *df* = 44, *p* = .06 , *GFI* = .99, *AGFI* =.99, *CFI* = .99, *RMR* = .043, *RMSEA* = .042) และจากภาพ 2 แสดงให้เห็นว่า มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาลมีอิทธิพลโดยรวมมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ รองลงมา คือ ภาคีการมีส่วนร่วม นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และนวัตกรรมบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ



หมายเหตุ :
SSDEVE คือ การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้
SVINNO คือ นวัตกรรมบริการ
STANCA คือ มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาล
BPPOLI คือ นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้
PTOPNG คือ ภาคีการมีส่วนร่วม

ภาพ 2 โมเดลสมการโครงสร้างการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้

4. ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผลการวิจัยเชิงปริมาณที่กล่าวมา ทำให้สรุปเป็นข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้พื้นที่กรุงเทพมหานครได้ ดังนี้

4.1 การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ควรปรับปรุงในส่วนของการเข้าถึงบริการ โดยสร้างหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) รวมทั้งจัดตั้งระบบข้อมูลกลาง พัฒนาฐานข้อมูลดิจิทัลที่เชื่อมโยงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการติดตามผู้ป่วยและจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มทรัพยากรบุคลากรจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในชุมชนและอาสาสมัคร ให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแล โดยมีข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

“การจัดตั้งระบบข้อมูลกลางจะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่หลุดจากระบบ” (ID 1)

“ถ้ามี Mobile Unit อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เราจะเข้าถึงผู้ป่วยในซอยลึกได้มากขึ้น” (ID 2)

“ต้องรอพยาบาลนานมาก เพราะบ้านอยู่ลึกในชุมชนแออัด” (ID 3)

4.2 ควรมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ แอปพลิเคชันสุขภาพ อุปกรณ์อินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (internet of things: IoT) เช่น Smartwatch นาฬิกาวัดชีพจร และเตียงไฟฟ้าปรับอัตโนมัติ เป็นต้น มาใช้ในผู้ป่วยติดเตียงบางพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตที่มีการสนับสนุนจากภาคเอกชนหรือมีโครงการ

นำร่องของหน่วยงานรัฐ อย่างไรก็ตาม การใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้ยังไม่แพร่หลายเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ความรู้ด้านเทคโนโลยีของผู้ดูแล และโครงสร้างพื้นฐานในชุมชน เช่น อินเทอร์เน็ตไม่ครอบคลุมหรือไม่มีอุปกรณ์รองรับ เป็นต้น ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์และข้อมูลเชิงปริมาณทำให้สรุปเป็นแนวทางการพัฒนาและต่อยอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ ดังนี้

4.2.1 พัฒนาแพลตฟอร์มแบบรวมศูนย์ (integrated platform) ที่เชื่อมต่อข้อมูลจาก IoT ระบบคลินิกออนไลน์ และฐานข้อมูลของสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4.2.2 ออกแบบอุปกรณ์ให้เหมาะกับบริบทไทย เช่น อุปกรณ์ราคาย่อมเยา ใช้งานง่าย มีคู่มือและการใช้งานเป็นภาษาไทย รองรับการเชื่อมต่อผ่านอุปกรณ์มือถือราคาประหยัดที่ประชาชนมีใช้กันโดยปกติทั่วไป

4.2.3 จัดอบรมเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในชุมชนให้มีความรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานที่จำเป็น และสามารถใช้แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

4.2.4 ขยายบริการคลินิกสุขภาพออนไลน์แบบ Home-Based Care ให้ครอบคลุมทุกเขต โดยมีแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดร่วมประเมินสุขภาพผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอล (VDO call) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ครอบครัวและผู้ป่วย

4.2.5 ส่งเสริมนวัตกรรมจาก Start-up หรือภาคการศึกษา เช่น การผลิตเตียงอัจฉริยะในประเทศ การพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้ AI ช่วยประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

4.2.6 ใช้ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (Alert System) กรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ การลื่นล้ม หรือเมื่ออุณหภูมิร่างกายผิดปกติ เป็นต้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สนับสนุนวิธีการดังกล่าว ได้แก่

“บางครั้งเตียงธรรมดาทำให้คนไข้ปวดหลัง แต่พอเปลี่ยนเป็นเตียงลม แผลกดทับก็ไม่กลับมาอีกเลย” (ID 6)

“ควรมี IoT และระบบเตือนอัตโนมัติที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจล้มเหลวในเวลากลางคืน” (ID 1)

“อยากให้มีหมอมาดูผ่านวิดีโอคอลแล้วพูดคุยสอบถามอาการได้ง่าย ๆ เพราะเวลามีแผลหรือปวด ไม่รู้จะถามใคร” (ID 10)

“ลูกชายสอนให้ใช้เครื่องวัดความดันดิจิทัลกับมือถือ มันดีที่ไม่ต้องไปหาหมอบ่อย แต่บางทีก็ไม่รู้จะส่งข้อมูลไปให้ใครดู” (ID 11)

4.3 มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมามีแนวทางที่ดีอยู่แล้วระดับหนึ่ง เช่น แนวทางการดูแลและรักษาพยาบาลของกรมการแพทย์และสถาบันการศึกษา แต่การนำไปใช้จริงยังมีข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากรบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงเอกสาร หรือไม่ได้รับการอบรม ขาดระบบติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง บางพื้นที่ยังขาดทรัพยากรในการดำเนินการตามแนวทาง ดังนั้นควรแปลงคู่มือมาตรฐานเป็นรูปแบบที่ใช้งานง่าย ใส่ภาพ Infographics คลิปวิดีโอ หรือจัดทำ Mobile application สำหรับอาสาสมัครและครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพในการดูแลแบบต่อเนื่องทั้งในรูปแบบออนไลน์และลงพื้นที่ในชุมชน นอกจากนี้ ควรสร้างเครือข่ายผู้ดูแลมาตรฐาน (care standard network) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ติดตามการใช้แนวปฏิบัติ และรับคำปรึกษา รวมทั้งเพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐให้ใช้แนวทางที่เป็นมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ หรือระบบบันทึกข้อมูลกลาง โดยมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สนับสนุน ได้แก่

“อบรมแค่ครั้งเดียวไม่พอค่ะ เราจำได้ไม่หมด ต้องมีเอกสารหรือวิดีโอกลับไปดูซ้ำ” (ID 4)

“เมื่อเราอบรมให้ชัดเจนเรื่องแผลกดทับ ผู้ดูแลก็สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดได้จริง” (ID 5)

“แม่ฉันเคยเป็นแผลกดทับเพราะไม่รู้วิธีพลิกตัว จนมีพยาบาลมาสอนถึงบ้าน แผลถึงค่อย ๆ หาย” (ID 6)

“อยากให้มีการฝึกอบรมซ้ำทุกปี เพราะดูแลผู้ป่วยแบบนี้ ต้องเรียนรู้ตลอดเวลา” (ID 7)

4.4 นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ประกอบด้วย 1) สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มงบประมาณสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร 2) กำหนดนโยบายที่ครอบคลุม จัดทำแผนระยะยาวที่เน้นการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างยั่งยืน รวมถึงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และ 3) การบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้มาทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สนับสนุน ได้แก่

“ควรมีแผนนโยบายที่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางในระดับเขตและชุมชน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง” (ID 12)

4.5 ภาคีการมีส่วนร่วม ควรปฏิบัติดังนี้ 1) เสริมบทบาทชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัคร 2) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน โดยอาจร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไรในการสนับสนุนทรัพยากร เทคโนโลยี และบุคลากร และ 3) ส่งเสริมการรับรู้ จัดแคมเปญและโครงการสร้างความตระหนักในสังคมเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งจะช่วยสร้างระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในกรุงเทพมหานครให้มีความครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยั่งยืน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สนับสนุน ได้แก่

“เรามีกลุ่มอาสาที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยในซอย ช่วยแบ่งเบาภาระญาติได้เยอะมาก” (ID 8)

“ถ้ามีภาคเอกชนมาช่วยสนับสนุนอุปกรณ์หรือทุน เราจะขยายทีมอาสาสมัครได้อีก” (ID 9)

“มีพี่อาสามาเยี่ยมทุกสัปดาห์ ทำให้หนูไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” (ID 10)

จากข้อมูลข้อเสนอแนวทางทั้งหมดที่กล่าวมา ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ ควรตั้งอยู่บนฐานของความเป็นธรรมเท่าเทียม และได้รับความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาลและนโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้อยู่ในระดับมาก ในขณะที่นวัตกรรมบริการและภาคีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้เพราะในบริบทของกรุงเทพมหานคร ปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่การไม่มีระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้หรือเทคโนโลยีที่จำเป็น แต่เป็นการเข้าถึงระบบบริการและเทคโนโลยีที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งสามารถอธิบายผ่านสามปัจจัยหลัก ได้แก่ โอกาสการเข้าถึงบริการ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการให้ความรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สอดคล้องกับ World Health Organization (2016) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการใช้การแพทย์เคลื่อนที่ (telemedicine) ช่วยเรื่องลดระยะทางและระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ แต่ยังมีความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital inequalities) ที่ผู้สูงอายุอาจเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ตหรือใช้อุปกรณ์ไม่เป็น โดยพบได้ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ประเด็นความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยี และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทพื้นที่กับการนำเทคโนโลยีไปใช้ พบว่ายังมีการศึกษาในจำนวนน้อย ข้อเสนอเชิงนโยบายจึงเน้นไปที่การพัฒนากลยุทธ์โดยคำนึงถึงความเป็นธรรม

การทำงานร่วมกันแบบพหุระดับและใช้ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ และการใช้ผลการประเมินระบบบริการเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จะทำให้ผู้สงุอายุมีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์และสาธารณสุข (Badr, Motulsky, & Denis, 2024) นอกจากนี้ Mohamed, Abd Allah, Aboserea, and Mohammed (2023) ได้กล่าวไว้ว่า การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โครงการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้เครื่องมือช่วยเหลือในการป้องกันแผลกดทับ และ Choi, DiNitto, and Marti (2016) ได้ศึกษาพบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจผ่านโปรแกรมออนไลน์ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยเรื้อรัง การนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในกรุงเทพมหานครจึงน่าจะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ได้ ตามคะแนนเฉลี่ยการได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตใจที่แม้จะอยู่ในระดับปานกลางแต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในผลการศึกษาด้านการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ครั้งนี้

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า มาตรฐานดูแลรักษาพยาบาลมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ รองลงมา คือ ภาคีการมีส่วนร่วม นโยบายระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ และ นวัตกรรมบริการ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยยากไร้ติดเตียงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความต้องการความปลอดภัยในชีวิตเหนือสิ่งอื่นใด และจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการจำเป็นในการอบรมให้ความรู้ ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลเป็นประจำ สอดคล้องกับ Liu and Zhang (2021) ที่ได้กล่าวถึงความสำคัญของภาคเอกชนในการพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศจีน โดยเฉพาะในการนำเทคโนโลยีและการบริการทางการแพทย์มาปรับใช้ให้บริการประชาชนมากขึ้น แต่ทั้งนี้ประเภทของหน่วยงานที่ดำเนินการโรงพยาบาลอินเทอร์เน็ตนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาลรัฐ หน่วยงานรัฐบาล และบริษัทด้านสุขภาพดิจิทัล เป็น 3 อันดับแรก ที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจจะเลือกใช้บริการมากที่สุด และจากการศึกษาของ Coleman et al. (2013) พบว่าการใช้มาตรการป้องกัน เช่น การพลิกตัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ที่นอนลดแรงกด ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การนำสิ่งเหล่านี้มาใช้ในกรุงเทพมหานครน่าจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับความไว้วางใจ ความมั่นใจ และความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้

สำหรับข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ จากผลการวิจัยพบว่าประกอบด้วย 5 ด้าน 1) การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ควรครอบคลุมการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยหน่วยบริการเคลื่อนที่และระบบข้อมูลกลาง 2) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ IoT อย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน 3) การพัฒนาและถ่ายทอดแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลที่ใช้งานได้จริง 4) การสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่องและบูรณาการ และ 5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสร้างระบบบริการที่เป็นธรรม ครอบคลุม และยั่งยืน สอดคล้องกับ Leibowitz, Livaditis, Daftary, Pelton-Cairns, Regis, and Taveras (2021) ที่กล่าวถึงหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ (mobile health clinics) ว่ามีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงประชากรที่ขาดโอกาสทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของ COVID-19 ทำให้สามารถเพิ่มความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ครอบครัวที่หลีกเลี่ยงหรือมีอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล ทั้งสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้บริการโดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงยาก และ IoT มีบทบาทสำคัญในการยกระดับการดูแลสุขภาพผ่านการติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การจัดการ

โรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก อย่างไรก็ตาม การนำ IoT ไปใช้ยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล การทำงานร่วมกันของระบบ (interoperability) ต้นทุน โครงสร้างพื้นฐาน และการยอมรับจากผู้ใช้ ดังนั้น การพัฒนา IoT ด้านสุขภาพในอนาคตควรมุ่งเน้นการบูรณาการใช้เทคโนโลยีกับบริบทของระบบสุขภาพจริง การกำหนดนโยบายและมาตรฐานที่ชัดเจน และการคำนึงถึงมิติด้านจริยธรรมและความเป็นธรรม เพื่อให้ IoT สามารถสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (Rejeb et al, 2023) นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับ van Velthoven, Cordon, and Challagalla (2019) ที่ชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของการพัฒนาและการนำแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับดิจิทัลด้านสุขภาพไปใช้ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับความสามารถขององค์กรในการบูรณาการเทคโนโลยีกับโครงสร้าง กระบวนการทำงาน และบริบทการแข่งขันของระบบสุขภาพ การเลือกพัฒนาดิจิทัลที่เหมาะสมโดยอาศัยความร่วมมือกับองค์กรที่เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี ซึ่งประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาและถ่ายทอดแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลที่ใช้งานได้จริง เนื่องจากมาตรฐานการดูแลที่พึ่งพาเทคโนโลยีดิจิทัลจำเป็นต้องอาศัยระบบองค์กรและโครงสร้างที่สนับสนุนและเอื้อต่อการนำไปใช้ในบริบทการปฏิบัติงานจริง และการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะทำให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการพัฒนามากยิ่งขึ้น และจากผลการวิเคราะห์อภิมานของ O'Mara-Eves, Brunton, Oliver, Kavanagh, Jamal, and Thomas (2015) แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตนเองด้านการดูแลสุขภาพ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส แม้ว่างานวิจัยจะยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารูปแบบใดของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบใด แต่ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นว่า "กระบวนการมีส่วนร่วม" เป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและเสริมพลังให้กับกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งสร้างความเป็นธรรม ครอบคลุม และยั่งยืน ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนควบคู่กับการสร้างความร่วมมือในรูปแบบภาคีระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้การออกแบบและการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ด้านมาตรฐานการดูแล ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนเมืองที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ตลอดจนมีการอบรมผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมครสาธารณสุข (อสส.) ให้มีทักษะพื้นฐานในการดูแล รวมถึงการจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ยั่งยืน

1.2 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมบริการ โดยรัฐควรสนับสนุนการใช้ Telemedicine ระบบติดตามสุขภาพอัจฉริยะ และแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และลดภาระของสถานพยาบาล

1.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยสร้างมาตรการจูงใจให้ภาคเอกชนสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ บริจาคเงินหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนองค์กรภาคประชาชนและจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย

1.4 รัฐบาลควรตั้งงบประมาณเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงยากไร้ ด้านค่ารักษาพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเงินอุดหนุนรายเดือนแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 ควรจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) และเครือข่ายผู้ดูแลให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรจัดตั้งเครือข่ายสนับสนุนผู้ป่วยติดเตียงแบบบูรณาการในแต่ละเขต โดยเน้นการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์บริการฯ และชุมชน

2.3 จัดตั้งคลังอุปกรณ์กลาง เช่น เตียงพลิกตัว อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ รถเข็น พร้อมระบบยืม-คืนสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรืองานวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรมบริการหรือระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ยากไร้ให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และไร้รอยต่อ ตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร และอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อสร้างกลไกการดูแลที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลได้ในระดับเขตและชุมชนอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

Badr, J., Motulsky, A., & Denis, J. L. (2024). Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations. *Health Policy, 146*, 105122. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122

Bangkok Metropolitan Administration Act, B.E. 2528. (1985). *Royal Thai Government Gazette,* Vol. 102, Part 115 Special Issue, pp. 1-28. Retrieved from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2528/A/115/1.PDF

Choi, N. G., DiNitto, D. M., & Marti, C. N. (2016). Older-adult marijuana users and ex-users: Comparisons of sociodemographic characteristics and mental and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 165*, 94-102. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.05.023

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., Farrin, A., Brown, J., Schoonhoven, L., & Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 50*(7), 974-1003. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019

Costello, A. B., & Osborn, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*(7). https://doi.org/10.7275/jyj1-4868

Digital Government Development Agency (Public Organization). (2024). *Information on continuous home care for patients and the elderly (homebound/bedridden).* Retrieved from https://data.go.th/dataset/doh006

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2022). *Situation of the Thai elderly 2021*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Retrieved from https://thaitgri.org/?p=40101

Health Department, Bangkok. (2024). *List of public health centers.* Retrieved from https://webportal.bangkok.go.th/health

Leibowitz, A., Livaditis, L., Daftary, G., Pelton-Cairns, L., Regis, C., & Taveras, E. (2021). Using mobile clinics to deliver care to difficult-to-reach populations: A COVID-19 practice we should keep. *Preventive Medicine Reports, 24*, 101551. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101551

Liu, L., & Zhang, Y. (2021). Chinese patients' intention to use different types of internet hospitals: Cross-sectional study on virtual visits. *Journal of Medical Internet Research, 23*(8), e25978. https://doi.org/10.2196/25978

Mienkird, W. (2020). *Elderly people in shelters for the homeless.* Bangkok: Charansanitwong Printing.

Mohamed, A. M. M., Abd Allah, E. S., Aboserea, M. M., & Mohammed, R. A. (2023). Training program for caregivers on prevention of pressure ulcers among elderly patients. *International Journal of Chemical and Biochemical Sciences, 24*(10), 1516-1524. Retrieved from https://www.iscientific.org/wp-content/uploads/191-ijcbs-23-24-10-191e.pdf

National Health Commission Office. (2020). *Bangkok health charter 2020*. Nonthaburi: National Health Commission Office. Retrieved from https://prt.parliament.go.th/items/04cbcfab-99b9-40ca-bc27-a883d79b9027/full

Office of the National Economic and Social Development Board. (2018). *National strategy (2018–2037).* Royal Thai Government Gazette. Retrieved from https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF

O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health, 15*(1), 129. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y

Rejeb, A., Rejeb, K., Treiblmaier, H., Appolloni, A., Alghamdi, S., Alhasawi, Y., & Iranmanesh, M. (2023). The internet of things (IoT) in healthcare: Taking stock and moving forward. *Internet of Things, 22*, 100721. https://doi.org/10.1016/j.iot.2023.100721

van Velthoven, M. H., Cordon, C., & Challagalla, G. (2019). Digitization of healthcare organizations: The digital health landscape and information theory. *International Journal of Medical Informatics, 124*, 49-57. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.01.007