

นิยามและปัจจัยของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล โดยการทำกลุ่มโฟกัส

ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถชยากร*

พรเลิศ ฉัตรแก้ว **, ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์ ***

ภรเอก มั่นสวานิช **** ทิพย์พร สงวนทรัพย์ *,*****

นวรรตน์ มีถาวร *,***** ชลิดา อู๋ทัยเฉลิม *****

Akkayagorn L, Chatrkaw P, Sriratanabal P, Manasvanich B, Sa-nguansap T, Meethavorn N, Udayachalem C. Definition and influencing factors of difficulty hospital discharge using focus group. Chula Med J 2017 Jul – Aug;61(4):511 - 24

Background : *In university hospitals and tertiary level hospitals, which have complexities, the patients and the medical teams are frequently faced with difficult situations in leaving or discharging patients from the hospital, thereby resulting in prolonged hospital stay.*

Objectives : *For a better understanding of “Difficult Hospital Discharge” (DHD), this study is aimed to determine the definition of DHD and to identify common influencing factors from the view points of medical staff as well as the definition of “prolonged hospital stay” (PHS).*

Methods : *Four focus-group interviews for total 37 experienced multi-disciplinary participants were performed intensively by a well-trained interviewer. The data obtained from the groups were analyzed and then conveyed into working definitions for DHD and PHS. Potential associating factors mentioned in the groups were also collected and classified.*

* ศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**** ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

*****ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- Results** : *The definition of PHS was defined as a situation when a patient has occupied a bed in a tertiary care hospital longer than the system anticipates or recognized by any of the following criteria: 1) Thai diagnosis related groups (DRGs): 2) Average occupying days of each ward: 3) Average medical expense of each diagnoses: or 4) Inability to discharge despite the existing discharge order. Meaningfully, the last criteria of PHS was found to be the definition of DHD when it came together with a feeling of difficulty resulted from discharge order in the patient, the family or the medical team. The 3 most quoted factors that might promote DHD were: 1) Burden from excessive care expense 2) Fear of clinical instability after leaving a hospital and 3) Unfeasible residences or housings. The 3 most quoted factors anticipated to prevent DHD were: 1) Standard programs to acknowledge caregivers on how to care the patient at home 2) Holistic discharge planning initiated a head of discharge time and 3) Proper palliative care introduction and education.*
- Conclusion** : *This study gives practical definitions of PHS and DHD as well as positively and negatively influencing factors. The data could be used as a base for further research and hospital management.*
- Keywords** : *Difficult hospital discharge, hospital utilization, prolonged length of stay, patient discharge, definition, focus groups.*

Correspondence to: Manvanich B. Center of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.

Email: bhornake@hotmail.com

Received for publication. October 18, 2016.

ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, ภรเอก มนัสวานิช,
ทิพย์พร สงวนทรัพย์, นวรัตน์ มีถาวร, ชลิดา อุทัยเฉลิม. นิยามและปัจจัยของการไม่สามารถ
จำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล โดยการทำการกลุ่มโफักส์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2560
ก.ค. - ส.ค.;61(4):511 - 24

เหตุผลของการทำวิจัย : การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาล
โรงเรียนแพทย์มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความยากลำบากในการจำหน่าย
ผู้ป่วย สังเกตได้จากปัญหาการนอนโรงพยาบาลนาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจนิยามของ “การนอนโรงพยาบาลนาน
และภาวะจำหน่ายยาก” ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ
จำหน่ายยาก จากมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล

วิธีการทำวิจัย : การทำการกลุ่มโफักส์ จำนวน 4 กลุ่มที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์
ผู้ทรงคุณวุฒิแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 37 ราย ข้อมูลจากการทำ
กลุ่มสัมภาษณ์ถูกนำมาวิเคราะห์และรวบรวมเป็นนิยามของการนอน
โรงพยาบาลนานและภาวะจำหน่ายยาก ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้องทั้งทางบวก และลบต่อภาวะจำหน่ายยาก

ผลการศึกษา : นิยามเรื่องการนอนโรงพยาบาลนาน หมายถึง ภาวะการนอนรักษาตัว
อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินานเกินกว่าที่ระบบการรักษากำหนด
ไว้ ด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่ 1. ตาม diagnosis related groups (DRGs)
2. ตามค่าเฉลี่ยของวันนอนของแต่ละหอผู้ป่วย 3. ค่าใช้จ่ายที่สูงเกิน
ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน และ 4. มีคำสั่งจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลแล้วแต่ไม่สามารถจำหน่ายได้ ซึ่งในข้อสุดท้ายนี้ถือว่าเป็น
นิยามของ “ภาวะจำหน่ายยาก” โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะจำหน่ายยาก
ที่ถูกกล่าวถึงมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการดูแล
ที่เพิ่มขึ้น 2. ความกลัวความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง
และ 3. ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย ส่วนปัจจัยที่มีผลลดภาวะ
จำหน่ายยาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. โปรแกรมและสถานที่เพื่อฝึกดูแล
ผู้ป่วยให้แก่ญาติผู้ดูแลที่ได้มาตรฐาน 2. การวางแผนจำหน่ายร่วมกับ
ผู้ดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และ 3. การให้ความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

- สรุป** : การวิจัยนี้ได้ให้ข้อสรุปเรื่องนิยามของการนอนโรงพยาบาลนาน และภาวะจำหน่ายยาก ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะจำหน่ายยาก จากมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการอ้างอิงและวิจัยต่อไป
- คำสำคัญ** : การนอนโรงพยาบาลนาน, ภาวะจำหน่ายยาก, ผู้ป่วยใน, นิยาม, ปัจจัย, กลุ่มโพลี.

แม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำเครือข่ายระบบส่งต่อในเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2547 และแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย⁽¹⁾ ในปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ คือการไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง และ การใช้เวลานานเกินไป⁽²⁾ ดังนั้น ส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556 - 2560 จึงมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา

โรงพยาบาลใหญ่ของรัฐและโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้ามารับการรักษาคาดว่าเกิดจากความหนาแน่นของผู้ป่วยในมีอัตราการครองเตียงค่อนข้างสูง ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนาน คือ ไม่สามารถหรือไม่พร้อมกลับบ้าน แม้ว่าจะหมดภาวะจำเป็นที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งที่มาของความไม่พร้อมนั้นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านการรักษา พยาบาล ด้านผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งปัจจัยทางสังคม ผลที่ตามมา คือ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับการรักษาลดลง ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้รับการรักษาล่าช้า ตกค้างในห้องฉุกเฉิน ส่งผลเสียต่อตัว ผู้ป่วยรายนั้นและครอบครัว ในบทบาทโรงเรียนแพทย์ อาจได้รับผลกระทบด้านการเรียนการสอนของนักเรียนแพทย์

การจะลดอัตราการครองเตียงลงได้นั้น ต้องทำความเข้าใจถึงนิยามหรือเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลหรือภาวะจำหน่ายยาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อนี้ ก็ยังไม่พบว่ามีความชัดเจน ทั้งนี้จุดเริ่มต้นของการพิจารณาว่าผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ เริ่มเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็น ว่าผู้ป่วยรายนั้นสามารถย้ายออกจากโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้จึงเป็นการกำหนดนิยามหรือเกณฑ์ที่จะใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยเข้าสู่งานวิจัยในอนาคต โดยใช้การเสวนาระหว่างบุคลากรทาง

การแพทย์สาขาต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์ในรูปแบบของการทำการกลุ่มย่อย (focus groups) เพื่อหาความหมายของคำว่า “การนอนโรงพยาบาลนานและภาวะจำหน่ายยาก” และหาปัจจัยเบื้องต้นในด้านต่าง ๆ ที่ทำให้ภาวะจำหน่ายยากของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

วิธีการศึกษา

ผู้เข้าร่วมในการทำการกลุ่มประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่าง ๆ เช่น แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจำนวนประมาณ 40 ราย ร่วมกับผู้แทนจากคณะผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกลุ่ม โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มดังนี้ คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐหรือโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อของกลุ่มไม่ต่ำกว่า 3 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการทำการกลุ่ม

โดยผู้เข้าร่วมกลุ่มแต่ละรายเป็นผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อในที่ประชุมของคณะผู้วิจัย ก่อนจะได้รับ การติดต่อ เพื่อเชิญมาร่วมแสดงความคิดเห็น หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อและคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติจะพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีชื่อเสียงและหรือมีผลงานที่เป็นที่ยอมรับในด้านนั้น ๆ ส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรที่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันกับทีมผู้วิจัยและหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือเป็นตัวแทนจากหน่วยงานที่มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาจะได้รับการเชิญทางโทรศัพท์ ก่อนที่ผู้วิจัยจะออกหนังสือเชิญเป็นทางการตามไป

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มาเข้าร่วมการศึกษา ถูกแบ่งกลุ่มตามความเชี่ยวชาญออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 4) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยคลอดบุตร ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการทุพพลภาพ

กระบวนการทำกลุ่มย่อย (focus groups)

ผู้ทรงคุณวุฒิลงทะเบียนวิจัยโดยการลงนามหน้าห้อง รับป้ายตัวอักษรแทนชื่อเพื่อคล้องคอขณะพูดคุย จากนั้นเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเข้าห้องทำกลุ่มย่อย นั่งตามตำแหน่งตัวอักษรที่จัดไว้เป็นวงกลม แล้วให้ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาและเหตุผลการทำกลุ่มย่อย และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะพูดคุย แล้วผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงร่วมกันในการพูดคุย ดังนี้ 1) แนะนำตัวอักษรก่อนการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง และกรุณาตอบเสียงดังฟังชัด เช่น A: ครับ ขอตอบว่า....B: ค่ะ ขอสนับสนุน...ว่า...C: ครับ ขอให้สังเกตว่า.... (คัดค้านหรือเสนอแนะเพิ่มเติมเล็กน้อย) 2) เสียงและเอกสารการถอดเทปจะถูกทำลายทิ้งเมื่อเสร็จการวิจัยทันที และ 3) มีการตั้งคำถาม 2 ช่วงคือการให้นิยามการนอนโรงพยาบาลนาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยทำการส่งเทปบันทึกเสียงไปถอดเนื้อหาเป็นเอกสารเพื่อการทบทวนและสกัดความรู้ จากนั้นผู้วิจัยทำการอ่านเอกสารการถอดเทปในคอมพิวเตอร์ และ

ฟังเสียงที่บันทึกไว้ในส่วนที่อ่านเอกสารการถอดเทปไม่เข้าใจ 1 รอบ พร้อมทำการเพิ่มเติมแก้ไขเอกสารการถอดเทปจนสมบูรณ์ และอ่านทำความเข้าใจและพิมพ์สัญลักษณ์ไว้หน้าข้อความ แล้วจึงทำการสกัดข้อความที่ทำสัญลักษณ์ไว้เพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ต่อไป

ผลการศึกษา

คณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสิ้นจำนวน 46 ราย มีผู้มาร่วมทำกลุ่ม 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.43 ของผู้ที่ได้รับเชิญ

สาขาวิชาชีพของผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านอาวุโส พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 4 กลุ่มตามความเชี่ยวชาญ มีจำนวนในแต่ละกลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 11 ราย 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม จำนวน 10 ราย 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ราย และ 4) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้านอื่น ๆ จำนวน 10 ราย

ตารางที่ 1. แสดงจำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมทำกลุ่มย่อย

บทบาทหน้าที่วิชาชีพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	17 (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 11 ราย และโรงพยาบาลอื่น 6 ราย)	45.95
อาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	8	21.62
นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	8	21.62
นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1	2.70
แพทย์ประจำบ้านอาวุโส โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	3	8.11

นิยามของความยากลำบากในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะนี้ที่ได้จากการทำการกลุ่มย่อยทั้ง 4 กลุ่ม ได้ถูกวิเคราะห์และรวบรวมออกมาว่า “การนอนโรงพยาบาลนาน” (prolonged length of stay) หมายถึง ภาวะการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินานเกินกว่าที่ระบบการรักษากำหนดไว้ ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น diagnosis related groups (DRGs) หรือวันนอนเฉลี่ย เป็นต้น ส่วน “ภาวะจำหน่ายยาก” (difficult hospital discharge) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย ให้คำแนะนำ หรือรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จนกระทั่งแพทย์มีคำสั่งให้กลับบ้านหรือส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลระดับเล็กกว่าตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย แต่ในที่สุดก็ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกได้ มีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล
- 2) มีการแจ้ง

ต่อผู้ป่วยหรือญาติทราบเหตุผลในข้อแรกแล้ว 3) ผู้ป่วยหรือญาติมีความลำบากใจที่แสดงออกได้ชัด 4) แพทย์และทีมผู้ดูแลมีความลำบากใจต่อการอนุญาตให้ผู้ป่วยพักอยู่ต่อในหอหรือหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป และ 5) ผู้ป่วยยังคงพักอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดภาวะจำหน่ายยาก และปัจจัยที่น่าจะมีผลลดการนอนโรงพยาบาลนานและภาวะจำหน่ายยาก ซึ่งผู้วิจัยพบว่าถูกกล่าวถึงอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปในการทำการกลุ่มย่อยอย่างละ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยทางการแพทย์ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย 4) ปัจจัยทางสังคม 5) ปัจจัยด้านบริบทอื่น ๆ ขององค์กร และ 6) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. แสดงปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่อาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก

ปัจจัย 6 ด้าน	ปัจจัยสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก	ปัจจัยอาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก
1) ปัจจัยทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> • ขาดการทำงานเป็นทีมของบุคลากร สาธารณสุขตั้งแต่เริ่มให้การดูแลรักษา • การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการตั้งแต่ต้นเรื่องเป้าหมายการรักษา • กระบวนการรักษาที่ซับซ้อนหรือที่ต้องใช้เวลานาน • เกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ • การรอคอยอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย • การวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนหรือต้องใช้เวลา • การวิเคราะห์และวางแผนจำหน่ายไม่ได้คุณภาพ • บุคลากรมีทัศนคติ ความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น ไม่มั่นใจในการจำหน่าย หรือมีการใช้หัตถการที่สิ้นเปลือง 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแล โดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย • ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบ palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ • การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการแต่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมเฉพาะทางและสหวิชาชีพสม่ำเสมอ • แพทย์มีการสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2. (ต่อ) แสดงปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่อาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก

ปัจจัย 6 ด้าน	ปัจจัยสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก	ปัจจัยอาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก
2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ภาวะที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ • ผู้ป่วยกลัว ไม่มั่นใจหรืออับอาย ในการใช้ชีวิตหลังถูกจำหน่ายกลับบ้านหรือการดูแลที่อาจจะไม่ดีเมื่อกลับไปต้นสังกัด • ผู้ป่วยต้องการอยู่ในโรงพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย จาก secondary gain หรือ sick role เช่น มีปัญหาที่ทำงาน ทำให้แสดงออกมาว่าตนเองยังไม่หายป่วย หรือ ปิดบังญาติ เรื่องที่ตนหายป่วยแล้ว จึงไม่มีใครมารับกลับบ้าน 	
3) ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการดูแลที่เพิ่มขึ้น เช่น การจ้างผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ค่าเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยสังคมชนบท • ความกลัวและความไม่มั่นใจของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วย • ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือ เสมือนไรญาติ • ความขัดแย้งภายในครอบครัว • ครอบครัวทอดทิ้งผู้ป่วย • ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันใกล้ • ญาติคาดหวังสูงต่อผลการรักษา หรือสภาพของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล • ทศนคติของญาติที่มองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด • ภาวะบ้านแตก สมาชิกไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้ป่วยและสังคมได้ • ปัญหาความยากจนของผู้ดูแล • มีจำนวนญาติที่จะให้การดูแลผู้ป่วยน้อย โดยเฉพาะน้อยกว่า 2 คน • ปัญหาการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยในครอบครัว • ญาติกลัวความรับผิดชอบ ถ้านำผู้ป่วยกลับบ้านหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน • ความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านสถานที่และการขนย้าย 	<ul style="list-style-type: none"> • ญาติผู้ดูแลอยู่ในฐานะบิดามารดา โดยเฉพาะมารดา

ตารางที่ 2. (ต่อ) แสดงปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่อาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก

ปัจจัย 6 ด้าน	ปัจจัยสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก	ปัจจัยอาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก
4) ปัจจัยทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ● ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย เช่น อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มีมลภาวะทางอากาศ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ●ทัศนคติของคนไข้เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคม ทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงาน เพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย ● ผู้ป่วยกรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล ● การไม่เข้าใจถึงหลักการของ palliative care ของคนในสังคม ทุกฝ่ายจึงปล่อยให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ ● การพยายามพิทักษ์การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้ป่วยประกันสังคม ● ทัศนคติของสังคมที่มองว่าการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล ● ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ-สกุล ไม่สามารถหาญาติหรือช่องทางจำหน่ายได้ ● การเป็นครอบครัวเดี่ยว มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> ● การเป็นครอบครัวขยาย ● การมีสถานสงเคราะห์ที่รองรับการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนเพิ่มขึ้น
5) ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆขององค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการบริหารจัดการเตียง โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และทรัพยากรบุคคลที่จะเข้ามารับผิดชอบส่วนนี้ ● ความล่าช้าของหน่วยงานราชการภายนอกองค์กร ที่ต้องทำงานร่วมกับสถานพยาบาล เช่น งานติดตามบุคคล งานคดีความ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดให้มีโปรแกรมและสถานที่ในการฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล ● พัฒนาระบบ Home Health Care ที่เข้มแข็ง ได้มาตรฐานตามบริบทสังคม ● มีระบบการให้ยืมหรือสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

ตารางที่ 2. (ต่อ) แสดงปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่อาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก

ปัจจัย 6 ด้าน	ปัจจัยสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก	ปัจจัยอาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก
6) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> • ศักยภาพของโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า เช่น ขาดแคลนอุปกรณ์หรือบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> • มีบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและสังคมแก่ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม • มีการจำแนกฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ดูแลที่ชัดเจน เพื่อการพิจารณาปัจจัยสนับสนุนทางการแพทย์อย่างเหมาะสม • มีระบบให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปอยู่บ้านเพื่อทดสอบความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจริง
		<ul style="list-style-type: none"> • นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดการปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมือง • นโยบายการประสานงานกับทีม Home Health Care ระดับสาธารณสุขจังหวัด อำเภอและตำบล

อภิปรายผลของการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยการทำกลุ่มย่อย ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการสร้างข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางหรือเครื่องมือในการศึกษาปัญหาเรื่องภาวะจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากลำบาก โดยเฉพาะในการศึกษาลำดับต่อไปของคณะผู้วิจัยชุดนี้

ผู้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจุดเด่นอยู่ที่ความหลากหลายในเรื่องของพื้นฐานความถนัดในวิชาชีพ เพราะมีผู้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้งจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมมีทั้งหอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ที่ทำงานต่อเนื่องไปถึงในชุมชน ทั้งผู้ที่ทำงาน กับผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิยังมาจากโรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร และของสถาบันต่าง ๆ ระดับประเทศ

และยังมีประสบการณ์ทำงานที่หลากหลายในแง่ของสาขาวิชา ได้แก่ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม วิกฤตฉุกเฉิน จิตเวช สูตินรีเวช มะเร็งวิทยา ประคับประคอง และศัลยกรรม ความหลากหลายในจุดนี้ทำให้ได้มุมมองต่อปัญหาภาวะจำหน่ายยากที่กว้างและครอบคลุมถึงปัจจัยในวงกว้าง

การวิจัยส่วนนี้ให้คำนิยามของภาวะจำหน่ายยากในประเด็นของ “การไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” นั้น คำว่า “ข้อบ่งชี้” ในที่นี้ให้ความหมายถึง การรักษาช่วงเฉียบพลัน (acute care treatment หรือ acute conditions) เท่านั้น [ในบางบริบทข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลอาจจะรวมถึง ช่วงระยะกึ่งเฉียบพลัน (intermediate) ระยะเรื้อรัง (chronic) และระยะฟื้นฟูบำบัด (rehabilitation care treatments หรือ conditions)] อันเป็นบทบาทหลักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเนื่องด้วยเป็นบริบทที่มัก

จะเกิดความซับซ้อนในการรักษา ความคาดหวังทางสังคมที่สูงที่สุด มักพบปัญหาเรื่องความสามารถบริหารจัดการเตียงนอนในโรงพยาบาลที่สูงที่สุดในทุกที่ ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งของการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน

จากนิยามของการนอนโรงพยาบาลนาน (prolonged hospital stay หรือ prolonged length of stay) ทางทีมผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อสังเกตว่า หากใช้ข้อกำหนดตามลักษณะสากลหรือ DRGs ต่อภาวะการนอนนานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นอาจจะไม่เหมาะสม เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิจะเป็นบริบทสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่ถูกส่งต่อมาตัวโรคมีลักษณะที่ซับซ้อน ยากต่อการวินิจฉัย และอาจมีหลายโรคพร้อมกัน ทำให้ต้องใช้การรักษาที่นานขึ้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ละเอียดและมากกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า จึงควรต้องมีการใช้ตัวชี้วัดอื่น ๆ มาช่วยกำหนดค่าจำกัดความของการนอนนานในโรงพยาบาลตติยภูมิเสียใหม่ ให้สามารถเข้าถึงหรือทำนายได้จนสามารถบริหารจัดการให้สอดคล้องต่องบประมาณค่าใช้จ่ายที่มีอยู่จำกัด ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลหรือของหน่วยงานในระดับต่าง ๆ ต่อไป

อีกเกณฑ์หนึ่งของการชี้ว่าเป็นการนอนโรงพยาบาลนาน คือ การมีคำสั่งจำหน่าย (discharge order) แล้ว แต่ในแง่ของการปฏิบัติงานจริง แพทย์ส่วนหนึ่งจะไม่เขียนคำสั่งจำหน่ายจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านจริงหรือทำการเขียนคำสั่งในวันที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลจริง ๆ ประเด็นความเห็นของการพิจารณาว่าพร้อมที่จะจำหน่ายยังขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน จึงให้เกิดแง่คิดเรื่องช่วงเวลารอคอยจำหน่าย (delayed discharge) เพิ่มขึ้น มา ดังนั้นหากจะใช้นิยามข้อนี้ไปทำการศึกษาค้นคว้า อาจต้องให้ถือว่าการที่มีแผนจะจำหน่ายผู้ป่วยหรือการกำหนดวันที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออก เป็นจุดเริ่มต้นในการสังเกตและวิเคราะห์เหตุปัจจัยต่าง ๆ

งานวิจัยนี้ได้มองแยกประเด็นของการนอนโรงพยาบาลนาน (prolonged hospital stay) กับภาวะจำหน่ายยาก (difficult discharge) ออกจากกัน ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานอาจจะไม่ใช่ผู้ป่วยภาวะจำหน่ายยาก แต่อาจต้องนอนนานเพราะมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการยังไม่ปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยภาวะจำหน่ายยาก ก็ไม่จำเป็นต้องมีวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน แต่มองไปที่การหมดข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลแล้ว อีกตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะจำหน่ายยาก คือ ความรู้สึกยากหรืออึดอัดหรือลำบากใจ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนในกระบวนการจำหน่าย ซึ่งเป็นนามธรรมและขึ้นกับบุคคลแต่ละราย

ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายผู้ป่วย งานวิจัยนี้ได้นำเสนอทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะจำหน่ายยากและปัจจัยที่ช่วยลดภาวะนี้ ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านการแพทย์ ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม ด้านบริบทเฉพาะขององค์กร รวมไปถึงด้านระบบสาธารณสุข

ปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์สอดคล้องกับงานของ Mak G. และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และทำให้วันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น

การศึกษาของ คักดีดา ศิริภัทรโสภณ และปารยทิพย์ ธนาภิกุปตานนท์⁽⁷⁾ ซึ่งชี้ว่าคุณภาพบริการที่ดีของสถานพยาบาลเอกชนมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีความภักดีในระดับสูง เกิดการใช้บริการซ้ำบ่อยครั้ง กับการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคิน⁽⁸⁾ ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาจนพบว่าผู้ป่วยยินดีที่จะเดินทางไกลเพื่อไปยังสถานพยาบาลที่คนรักเขา มีชื่อเสียงนั้น ช่วยสนับสนุนสาเหตุที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด เพราะพอใจในโรงพยาบาลปัจจุบันและไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประเด็นเรื่องปัญหาทางสังคมใน European Journal of Heart Failure⁽⁹⁾ กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะ

เวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยที่ต้องการ Home health care ซึ่งสอดคล้องไปกับผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการศึกษาต่อไปในประเด็นของปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการจำหน่าย

นโยบายเรื่องการครองเตียงที่ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับงานของ Ekdahl AW. และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่านโยบายของโรงพยาบาลที่ทำให้แพทย์และพยาบาลต้องคิดถึงการเร่งรัดการจำหน่ายผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้แพทย์และพยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของผู้ป่วยได้ เมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าทางโรงพยาบาลไม่ยอมรับตนไว้รักษาอีกด้วย

ประเด็นเรื่องการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญและต่อเนื่องระหว่างทีมผู้ให้ การดูแลด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ การศึกษาในต่างประเทศจึงมุ่งที่การพัฒนากระบวนการในจุดนี้ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน โดยที่ที่มีการศึกษาอยู่หลายฉบับที่พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่าย โดยกล่าวถึงประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายแล้วยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการวางแผนที่ดี และควรมีการประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาได้ทันที่⁽¹¹⁾

การวิจัยเรื่อง Patient center model of care for hospital discharge⁽¹²⁾ นี้ได้กล่าวถึงการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการดูแลต่อเองที่บ้าน การให้ความสำคัญกับญาติพี่น้อง และการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจำหน่ายออกได้ของผู้ป่วย ตลอดจนการให้การรักษาวิธีต่าง ๆ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 199 ราย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ก่อน/ขณะที่มีการบรรจุเป็นผู้ป่วยในและหลังจากจำหน่ายกลับ ต่อการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารส่วนปลาย

ซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ในส่วนของปัจจัยที่อาจจะลดภาวะจำหน่ายยากด้านการแพทย์ ได้แก่ 1. การมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง) 2. การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบ palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตติยภูมิ

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยเรื่อง Patient participation and preference assessment⁽¹³⁾ พบว่าการขาดกระบวนการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ดีมีผลทำให้การจำหน่ายเป็นไปได้ยาก ในทางตรงข้ามการมีเครื่อง Patient Participation Preferences Assessment (PPPA), Family Preferences Assessment (FPA) จะสามารถช่วยให้การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเบื้องต้นมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการจำหน่ายได้ดีในเวลาต่อมา ซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้เช่นกันทั้ง ในส่วนของปัจจัยที่อาจจะส่งเสริมและลดภาวะจำหน่ายยาก คือ 1. การวิเคราะห์และวางแผนจำหน่ายไม่ได้คุณภาพ เช่น ไม่มีการคุยกันระหว่างบุคลากรในทีมเจ้าของไข้ ไม่ได้วางแผนจำหน่ายครบทุกด้าน (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง) และ 2. มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง) ตามลำดับ

ผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก คือ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนถึงเป้าหมายการรักษา เช่น กรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังรักษาไม่เต็มที่ สอดคล้องกับงานของ Reyes-Ortiz CA. และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ว่าการส่งปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลภายหลังการส่งปรึกษาที่ลดลง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospice care)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยลักษณะนี้อาจเกิด Selection bias เพราะไม่ได้ใช้การสุ่มเลือก แต่ใช้การเชิญเป็นรายบุคคลแทน

ในภาพรวม หากต้องการนำเนื้อหาข้างต้นไปใช้อ้างอิงในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิอื่น ๆ หรือนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัจจัยในเชิงลึก ควรคำนึงถึงตัวแปรด้านทรัพยากรบุคคล สถานที่ และรูปแบบการบริหารองค์กรด้วย เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิในการทำกลุ่มย่อย มีผู้มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างไปจากโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงนิยามที่ใช้ได้จริงในเรื่องของ “การนอนโรงพยาบาลนาน” (prolonged hospital stay หรือ prolonged length of stay) และ “ภาวะจำหน่ายยาก” (difficult discharge) ตลอดจนปัจจัยที่น่าจะมีส่วนสนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก และช่วยลดภาวะจำหน่ายยากในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้ข้อสรุปปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อเนื่องในส่วนต่อไป ตลอดจนการนำไปปรับปรุงกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาลที่เหมาะสมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผ่านทางศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย งานวิจัยในส่วนนี้สามารถเสร็จลุล่วงลงได้ เพราะได้รับการสนับสนุนจาก นางสาวพัชรกานต์ รักษาพล นางสาววิษรินทร์ เสถียรภัทรนันท์ รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ทีมงานศูนย์วิจัยระบบบริการสาธารณสุขทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเรื่องกระบวนการสัมภาษณ์วิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ และคณะวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

ที่สละเวลามาร่วมออกความเห็นและแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. พัทณี ธรรมวันนา. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2556 - 2560. ในการประชุมเสวนาเรื่อง การจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 12 เขตบริการของกระทรวงสาธารณสุขและเขตกรุงเทพมหานคร และโอกาสวิจัยสำหรับโรงเรียนแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ; 24 ก.ค. 2556; กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
2. รัฐพล เตரியมิชานนท์. ระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร. ในการประชุมเสวนาเรื่อง การจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 12 เขตบริการของกระทรวงสาธารณสุขและเขตกรุงเทพมหานคร และโอกาสวิจัยสำหรับโรงเรียนแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ; 24 ก.ค. 2556; กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
3. Swidler RN, Seastrum T, Shelton W. Difficult hospital inpatient discharge decisions: ethical, legal and clinical practice issues. Am J Bioeth 2007;7:23-8.
4. Quinn MP, Courtney AE, Fogarty DG, O'reilly D, Cardwell C, McNamee PT. Influence of prolonged hospitalization on overall bed occupancy: a five-year single-centre study. QJM 2007;100:561-6.
5. Hwabejire JO, Kaafarani HM, Imam AM, Solis CV, Verge J, Sullivan NM, et al. Excessively long hospital stays after trauma are not related to the severity of illness: let's aim to the right target!. JAMA Surg 2013;148:956-61.

6. Mak G, Grant WD, McKenzie JC, McCabe JB. Physicians' ability to predict hospital length of stay for patients admitted to the hospital from the emergency department. *Emerg Med Int* 2012;2012:824674 .
7. ศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณ, ปารย์ทิพย์ ธนาภิกุปตานนท์. เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจ และความภักดีของคนไข้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัย มช* [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 19 ต.ค. 2559];10(2):160-72. เข้าถึงได้จาก: <http://resjournal.kku.ac.th/social%28be%29/PDF/10%282%29160-172.pdf>
8. ปรีชา อุปโยคิน. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาระหว่างโรคเรื้อรังและโรคที่มีอาการเฉียบพลัน. ใน: ภาภรณ์ น้าว่า, ศิริวิมล วันทอง. *ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี*. รายงานวิจัยปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม [ออนไลน์]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://ps.npru.ac.th/health/wp-content/uploads/2008/04/binder8.pdf>
9. Wright SP, Verouhis D, Gamble G, Swedberg K, Sharpe N, Doughty RN. Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2003;5:201-9.
10. Ekdahl AW, Linderholm M, Friedrichsen M. Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?'. A qualitative observational study. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23166138
11. ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะ รพ.นครพิงค์ เชียงใหม่ การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ;กรณีศึกษา รพ.วานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
12. Mary KA, Hudson-Barr D. Patient center model of care for hospital discharge, *Clin Nurs Res* 2004;13:117-36.
13. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs* 2003;19:204-10.
14. Reyes-Ortiz CA, Williams C, Westphal C. Comparison of early versus late palliative care consultation in end-of-life care for the hospitalized frail elderly patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2015;32:516-20.