

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจาก
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่าย
และส่งต่อผู้ป่วยลง ระยะที่ 1

Situational Analysis of Difficulty in Discharging Inpatients from
Tertiary Care Hospitals and Development of Guideline to Facilitate
Discharge Processes and Downstream Referrals; Phase1

กรเอก มั่นสวานิช
พรเลิศ จัตรแก้ว
ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์
ลัญจน์ศักดิ์ อรรถขยายกร
ทิพย์พร สงวนทรัพย์
นวรรตน์ มีถาวร
ชลิดา อุทัยเฉลิม

พฤษภาคม 2558

งานวิจัยภายใต้การสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ผ่านทางศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่สัญญาวิจัย TRC-HS 57-01

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ : ในสถานการณ์ปัจจุบัน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังมีปัญหาและอุปสรรคอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐและโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์มักมีความหนาแน่นของผู้ป่วยใน ค่อนข้างสูงโดยตลอด ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยรายอื่นรวมถึงผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเข้าเป็นผู้ป่วยในได้ ฉะนั้นถ้าสามารถลดอัตราครองเตียงลงได้ ก็จะทำให้เกิดการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัญหาความหนาแน่นของผู้ป่วยในส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยครองเตียงนานเพราะไม่พร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการจะลดอัตราครองเตียงลงได้นั้น ต้องเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลเมื่อถึงเวลาอันสมควรให้ได้ก่อน

วิธีดำเนินการ : เป็นการศึกษาถึงปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ซึ่งเน้นที่กลุ่มผู้ป่วยจำหน่ายยาก (Difficult discharge) โดยมุ่งไปที่การวิเคราะห์สถานการณ์การจำหน่ายยากและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสังคม งานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน และใช้วิธีการศึกษาที่หลากหลาย ทั้งการหาข้อตกลงในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ การออกสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง

ผลการศึกษา :

ส่วนที่1: เป็นการศึกษามุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อปัญหาการจำหน่ายยาก ซึ่งกลุ่มสหสาขาวิชาชีพมองว่า ปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยมีทั้ง การจำหน่ายออกได้ช้า (prolonged length of stay) และ การจำหน่ายยาก (difficult discharge) ซึ่งทั้ง 2 ภาวะ เริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้สำหรับการรักษา acute condition แล้วเกิดความล่าช้าในการจำหน่าย แตกต่างกันที่การจำหน่ายยาก จะก่อให้เกิดความลำบากใจ (difficulty feeling) ทั้งในด้านผู้ให้การรักษา และด้านผู้ป่วยกับครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญยังมองว่า ปัญหาการจำหน่ายยากเกิดจากปัจจัย 6 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ ด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านระบบบริการสาธารณสุข และ บริบทพิเศษของแต่ละโรงพยาบาล

ส่วนที่2: เป็นการศึกษาถึงขนาดของปัญหาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจำหน่ายยากมีอยู่ประมาณ 10% ของผู้ป่วยในทั้งหมด โดยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและระบบไหลเวียนเลือด และมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยที่ 50% ของผู้ป่วยยังมี active medical problems อยู่ แต่ 70% ไม่ได้มีความจำเป็นที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อฝ่ายผู้ให้การ

รักษา คือ ภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยและความไม่พร้อมของญาติที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนฝ่ายผู้ป่วยและครอบครัวมักเกิดความลำบากใจจากความไม่มั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนที่3: เป็นการศึกษามุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ต่อการนอนโรงพยาบาลและการออกจากโรงพยาบาล การศึกษาพบว่า สังคมไทยให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลไว้สูงมาก เชื่อมั่นว่าสามารถรักษาได้ทุกโรคและเป็นที่พึ่งหลักทางสุขภาพ ประชาชนมีภาวะพึ่งพาโรงพยาบาลสูง ทำให้เมื่อเกิดภาวะที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยและครอบครัวจะทำใจยอมรับได้ยาก เมื่อถึงเวลาจำหน่ายออก ด้านผู้ป่วยก็มักคิดเห็นไม่สอดคล้องกับบุคลากรการแพทย์ เพราะยังยึดติดกับการพึ่งพาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าสังคมไทยขาดความรู้เกี่ยวกับ palliative care และยังขาดสถานที่ที่จะช่วยรองรับปัญหาความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น chronic care facility, nursing home, หรือ hospice

ส่วนที่4: เป็นการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และการจัดการกับปัญหาจำหน่ายยากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพฯ และตัวแทนของ 12 เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ข้อคิดหลักที่พบคือ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจในแผนการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้การจำหน่ายทำได้ง่ายขึ้น การมีโรงพยาบาลเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันในแต่ละเขตสุขภาพส่งผลดีต่อการจำหน่ายผู้ป่วยลง และ ปัญหาใหญ่ในเขตกรุงเทพฯ คือ การขาดโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อการส่งต่อลงที่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขาดความพร้อมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

บทสรุป : ปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศ เกิดจากหลายปัจจัยซับซ้อน ทั้งปัจจัยทางตัวโรค ทางกายภาพ ทางผู้ป่วยและครอบครัว ทางสังคม รวมถึงทางระบบบริการสุขภาพของประเทศ การแก้ไขปัญหการจำหน่ายต้องดำเนินการไปพร้อมกันในทุกด้าน จึงควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้

Correspondence: นพ.ภรเอก มนัสวานิช

ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายผู้ป่วยนอก ชั้น 18 ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1873 ถนนพระรามสี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์ 02-256-5005, 02-256-5009 แฟกซ์ 02-256-5389 Email: bhornake@hotmail.com

ส่วนที่ 1 การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษาโดยการทำ focus groups

ข้อค้นพบ

1. การนอนโรงพยาบาลนาน (Prolonged Length of Stay) ยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนว่าระยะเวลาขนาดไหนจึงเรียกว่านาน อาจต้องใช้วิธีต่างๆมาช่วยกำหนด เช่น ตาม DRGs ตามค่าเฉลี่ยวันนอนของแต่ละหอผู้ป่วย ตามค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในแต่ละโรค หรือ ตามการมีคำสั่งจำหน่าย
2. ภาวะจำหน่ายยาก(Difficult Hospital Discharge) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและมีความตั้งใจที่จะให้การจำหน่ายแล้ว แต่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกได้ และทำให้เกิดความยากลำบากใจทั้งต่อฝ่ายผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยากมีดังนี้

ด้าน	ผล	ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาก
การแพทย์	เพิ่ม	ตัวโรคที่ใช้เวลานานในการวินิจฉัยและการรักษา, ภาวะแทรกซ้อน หรือ ความเสี่ยงต่างๆ, ความต้องการอุปกรณ์การแพทย์พิเศษ, การวางแผนจำหน่ายที่ไม่รอบด้าน, ขาดการทำงานเป็นทีม, ไม่สื่อสารกับผู้รับบริการ
	ลด	วางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติตั้งแต่แรก, สร้างความเข้าใจใน Palliative care, การสื่อสารระหว่างทีมที่สม่ำเสมอ, การปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย, สร้างความเชื่อมั่นการมีเตียง ถ้าต้อง re-admit
ผู้ป่วย	เพิ่ม	ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ, มีภาวะฟุ้งฟิง, ไม่มั่นใจที่จะกลับบ้านหรือไปต้นสังกัด, Secondary gain หรือ sick role, ความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลตติยภูมิ, มีประวัติการ re-admit หลายครั้ง, ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ-สกุล, ผู้ป่วยต่างชาติ
	ลด	ผู้ป่วยที่มี Self-care competency สูง, ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในทีมรักษา, ผู้ป่วยที่ยอมรับความจริงของภาวะเจ็บป่วย
ครอบครัว	เพิ่ม	ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น, ความยากจน, ความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย, ไม่มีญาติ หรือ เสมือนใจ ญาติ หรือ มีคนดูแลน้อย, ครอบครัวขัดแย้ง ทอดทิ้ง, ความคาดหวังสูงต่อผลการรักษา, ปัญหาการจัดเวลา, ที่พักอาศัยอยู่ไกล, เคลื่อนย้ายลำบาก
	ลด	ญาติที่อยู่ในฐานะมรดก, การเชิญญาติร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษาตั้งแต่ในโรงพยาบาล
สังคม	เพิ่ม	ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย, การพยายามใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล,ทัศนคติที่ว่าการรักษาเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล
	ลด	สถานสงเคราะห์ที่รองรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง, เครือข่ายการดูแลสุขภาพในสังคม, Respite care, การเจ็บป่วยระยะท้ายในสังคมชนบท, การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, ความคาดหวังต่อการดูแลความเจ็บป่วยอย่างสมเหตุสมผล, กองทุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
องค์กร (โรงพยาบาล)	เพิ่ม	การบริการดีทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการไปอื่น, กรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล, ขาดแนวทางปฏิบัติในการจัดการเตียง, ขาดบุคลากรที่จะเข้ามารับผิดชอบส่วนนี้, ความล่าช้าของหน่วยงานภายนอกที่ทำงานร่วมกัน, ขาดการอบรมผู้ดูแล, ขาดการติดตามหลังจำหน่ายและการบริการที่บ้าน
	ลด	โปรแกรมและสถานที่ในการฝึกผู้ดูแล, ระบบ Home health care, ระบบสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์, ให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา, ระบบให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปอยู่บ้าน, บุคลากรที่ดูแลเรื่องการจำหน่าย
ระบบการส่งต่อตามสิทธิ	เพิ่ม	ศักยภาพของโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า, การขาดแคลนเครือข่ายในการส่งต่อ, การสื่อสารกับโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ
	ลด	ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมือง, การติดต่อกับทีม Home health care ในระดับท้องถิ่น, ระบบการติดต่อกับหน่วยงานภายนอกที่ได้มาตรฐาน, การสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา

ข้อค้นพบ

1. พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้ 10.14% ของผู้ป่วยในทั้งหมด
2. ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่เด่นชัด ได้แก่ ผู้สูงอายุ, อาศัยอยู่ในเขตเมือง, อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์, และมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม

อายุ	1-97 ปี [Mean 61.84 ; Median 65.50]
ที่อยู่ปัจจุบัน	เขตกรุงเทพและปริมณฑล 81.1% ต่างจังหวัด 18.9%
สิทธิการรักษา	30 บาท ทุกประเภท 31.6 % เงินสด 10.5% ประกันสังคม 7.4% ผู้ป่วยในความอนุเคราะห์ 6.3% ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 33.7% ต่างชาติ 2.1% สวัสดิการ สภากาชาดไทย 8.4%
Activity of daily living	Modified Barthel Index 0-20 [Mean 5.99 ; Median 0.00]
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	2-1750 วัน [Mean 235.01 ; Median 51]
แผนก	อายุรกรรม 45.8% ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ 26.0% มะเร็ง 8.3% กุมารเวชกรรม 6.3% อื่นๆ 7.2%
กลุ่มโรคหลัก	Cancer 20.8% Circulatory 13.5% GU/KUB 12.5% Neurology 9.4% Musculoskeletal 9.4% Respiratory 7.3% Pregnancy 5.2% Injury 4.2% Hematology 3.1% Endocrine 3.1% Eye/Ear 3.1% Congenital 3.1%

3. ลักษณะทางครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีสมาชิกเฉลี่ย 3 คน
4. ผู้ป่วย 53% ยังมี active conditions แต่ผู้ป่วย 71% ไม่จำเป็นต้องอยู่ในรพ.ระดับตติยภูมิ
5. ผู้ป่วยจำหน่ายยาก ไม่จำเป็นต้องมีวันนอนโรงพยาบาลที่นาน
6. สาเหตุที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาลที่พบบ่อยคือ รอญาติพร้อม และ รอผู้ป่วยพร้อม
7. สิ่งที่สร้างความยากลำบากใจในการจำหน่ายให้กับทีมผู้รักษาคือ ความไม่พร้อมของญาติและตัวโรค ส่วนในด้านผู้รับการรักษาคือ ตัวโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
8. ปัจจัยที่มีผลกระทบอย่างมากต่อการจำหน่าย ได้แก่ ภาวะพึ่งพิง, ตัวโรคและอาการที่ทำให้การจำหน่ายซับซ้อนขึ้น, ความต้องการของผู้ป่วยที่จะอยู่ในโรงพยาบาลต่อ, ความต้องการให้สามารถช่วยเหลือตนเองขึ้นสูงให้ได้ก่อน, มุมมองของผู้ป่วยและญาติที่มองว่าผู้ป่วยยังไม่หายดี, ผู้ป่วยและญาติกลัวอาการกำเริบ, ความไม่พร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับ, สังคมที่มองว่าคนป่วยควรต้องอยู่ในโรงพยาบาลจนกว่าจะหายดี, และความกังวลเรื่องเตียงเต็มหากต้องเข้าโรงพยาบาลอีก

ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อค้นพบ

1. การไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้หรือการที่ผู้ป่วยยี้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลออกไปเกินระยะเวลาที่แพทย์กำหนดนั้น มักเกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิมากกว่าในระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ
2. บริบททางสังคมและวัฒนธรรม มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการออกจากโรงพยาบาล
3. แพทย์านุวัตร (Medicalisation) หรือ การที่ระบบการแพทย์เข้าไปมีบทบาทในชีวิตของมนุษย์อย่างมาก ทำให้มนุษย์ต้องพึ่งพาการแพทย์ในระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดความหวังต่อการแพทย์อย่างสูง นำไปสู่ความเชื่อว่าทุกอาการสามารถรักษาให้หายได้
4. การตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ เริ่มจากแพทย์ก่อน แล้วจึงนำสิ่งที่แพทย์ตัดสินใจมาแล้วแจ้งต่อไปยังผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีนัยยะว่าผู้ป่วยและญาติขาดการมีส่วนร่วม ทำให้มีช่องว่างระหว่างสิ่งที่แพทย์ประเมินและความต้องการของผู้ป่วย
5. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีลักษณะพิเศษคือ ผู้ปฏิบัติ (ผู้ป่วย) ไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ตัดสินใจโดยตรง แต่เป็นผู้ต้องตัดสินใจเลือกที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับสิ่งที่แพทย์ได้ตัดสินใจแล้ว
6. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจออกจากโรงพยาบาล อาจมีมากกว่า 2 ฝ่าย เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจมีความคิดเห็นแตกต่างหรือแม้แต่คิดเห็นขัดแย้งได้
7. สถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีโอกาสที่จะเหมือนกันแบบที่มีแบบแผนตายตัว เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว จึงไม่มีสิ่งใดที่ช่วยพยากรณ์ได้อย่างแม่นยำว่า ผู้ป่วยรายใดจะจำหน่ายออกได้หรือไม่
8. แม้ผู้ป่วยดูเหมือนจะรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ในความเป็นจริงถ้าความเสี่ยงยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยและญาติก็ไม่ได้เตรียมใจในจุดนี้ เพราะมีแต่ความหวังที่จะหายจากโรคและความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาลอย่างเต็มที่
9. กระบวนการเจรจาต่อรองหรือการปฏิเสธไม่ยอมรับการจำหน่าย เป็นสิ่งที่อยู่เหนือการควบคุมของโรงพยาบาล การเป็นโรงพยาบาลที่ใช้หลักมนุษยธรรม ส่งผลให้โรงพยาบาลอยู่ในสถานะของการตั้งรับไม่ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับการตัดสินใจของแพทย์ก็ตาม
10. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของการสื่อสารเรื่องการจำหน่ายออกขึ้นอยู่กับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยและครอบครัว ประสพการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยมีต่อโรงพยาบาล ความเข้าใจและความคาดหวังของผู้ป่วย
11. การกำหนดแนวทางรับมือกับสถานการณ์การจำหน่ายยาก ต้องมีลักษณะยืดหยุ่น ไม่อิงกับการพัฒนาระบบรองรับจนเกินไป เพราะระบบไม่สามารถแก้ไขปัญหาลูกคนได้ และต้องอาศัยพลังภายในตัวบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

ส่วนที่ 4 การสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในวงกว้างโดยการจัดการประชุม เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อค้นพบ

1. สถานการณ์การจำหน่ายยาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศไทยมี
ปัญหาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มประชากรในแต่ละพื้นที่และระบบ
สนับสนุนต่างๆในท้องถิ่น
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ประสบปัญหาในการจำหน่าย ส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่
หาย, ต้องการอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์, มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน, ผู้ป่วยที่ไม่มี
ญาติ, และ ผู้ป่วยต่างชาติ
3. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมที่พบบ่อย ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแล, ครอบครัวไม่มั่นใจในการดูแล
ผู้ป่วย, ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล, ขาดแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน, สังคมมองว่าการดูแลผู้ป่วย
เป็นบทบาทของโรงพยาบาล, สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผลการรักษา, ประชาชนเน้นการพึ่งพา
โรงพยาบาลขนาดใหญ่และไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาลขนาดเล็ก
4. ระบบส่งต่อของโรงพยาบาลศูนย์ค่อนข้างประสบความสำเร็จ มีรูปแบบการส่งต่อที่เป็นทางการ
ในขณะที่โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ ยังไม่มีเครือข่ายส่งต่อที่ชัดเจนและยังไม่ค่อยตื่นตัวในเรื่องการสร้าง
เครือข่าย
5. ปัจจัยที่เป็นปัญหาต่อการจำหน่ายในระดับประเทศอย่างมาก คือ ความไม่พร้อมของโรงพยาบาล
ชุมชนที่เป็นต้นสังกัดในการรับตัวผู้ป่วยที่ซับซ้อนกลับไปดูแล, ญาติไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือ
การกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัด, ตัวโรคซับซ้อนต้องดูแลในโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะไม่มีสถานพยาบาล
รูปแบบอื่นที่รองรับได้
6. การแก้ไขปัญหการจำหน่าย ต้องกระทำไปพร้อมกันในทุกด้าน พัฒนาการดูแลให้ครอบคลุมไปถึง
ระยะเรื้อรัง ให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลระยะฟื้นฟู ทำงานร่วมกันเป็นทีม ส่งเสริมความเข้าใจในสังคม
เกี่ยวกับบทบาทของโรงพยาบาล เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน
7. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรมีบทบาทในการพัฒนาเครือข่ายในการส่งต่อที่มีรูปแบบชัดเจนและเข้า
ไปพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่ายด้วย เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

เชิงนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข

- ระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องได้ดี โดยเฉพาะเมื่อมีการเชื่อมโยงเครือข่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ
- สำหรับในเขตกรุงเทพฯ พบปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยได้บ่อยเพราะผู้ป่วยฟังฟังและยึดติดโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงต้องเข้าเชื่อมโยงกับระบบการส่งต่อ ทำให้เกิดรูปแบบการส่งต่อที่เป็นทางการ และพัฒนาเครือข่ายให้เป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชน
- สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นสิทธิที่ไม่มีระบบส่งต่อ ไม่เชื่อต่อการส่งต่อ
- สร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผ่านทางสวัสดิการหรือการสนับสนุนต่างๆ
- การตั้งระบบสนับสนุน เช่น home care agency หรือ หน่วยสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เช่น hospice หรือ long term care facility หรือ chronic care facility
- สร้างความสอดคล้องของการส่งต่อฯลงให้ไปถึงหน่วยปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์ในการส่งต่อเดียวกัน
- เตรียมระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย สังคมเมือง และผู้ป่วยต่างชาติ
- ยังขาดแนวทางการจัดการเชิงระบบ ต่อปัญหาเวลาที่ผู้ป่วยไม่ยอมออกจากโรงพยาบาล

เชิงโรงพยาบาล

- สร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยฯลงที่เป็นทางการและเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน
- ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะจำหน่ายยาก เพื่อทำการวางแผนและเตรียมความพร้อมจำหน่ายตั้งแต่แรก โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม
- ควรมีหน่วยงานส่วนกลางในการช่วยติดตามปัญหาการจำหน่าย เช่น มี discharge managers
- พัฒนาหน่วย home care ให้มีความสามารถในการประเมินผู้ป่วย การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีความสามารถในการเยี่ยมบ้านที่หลากหลาย
- การฝึกผู้ทำหน้าที่ caregiver ต้องให้เวลาทำความเข้าใจและฝึกฝนจนเกิดมั่นใจ
- การรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิควรมีการวางแผนเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะรักษาอาการอะไร ถึงระดับไหน และสร้างความเข้าใจในจุดนี้ให้กับผู้ป่วยและญาติ
- เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและการสื่อสารที่เข้าใจกัน เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฝึกทักษะการสื่อสารหรือการรับมือกับสถานการณ์ยากๆ

- สร้างความตระหนักให้กับบุคลากรว่าผู้ป่วยมักจับจองพฤติกรรมทุกอย่างที่บุคลากรทางการแพทย์กระทำ โดยเฉพาะผู้ที่พบกับผู้ป่วยเป็นด่านแรก เพราะผู้ป่วยมักจะหยิบยกมาใช้เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาแทรกซ้อน

เชิงสังคม

- การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้นในทางสุขภาพ รวมถึงเพิ่มเครือข่ายในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น หรือ แหล่งที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ยืม
- สื่อสารกับสังคม ในประเด็นของการพึ่งพาตนเอง บทบาทที่แท้จริงของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ประชาสัมพันธ์ให้สังคมได้รู้จักระบบ รูปแบบการให้บริการ และบทบาทหน้าที่ของ hospice สถานพยาบาลแบบ long term care facility และ nursing home

เชิงวิจัย

- ผลงานวิจัยเกี่ยวกับ hospice สถานพยาบาลแบบ long term care facility หรือ nursing home โดยมีการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเรื่องรูปแบบบริการ มาตรฐาน ความต้องการของประชาชนและสังคม รวมทั้งความคุ้มค่า
- พัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และเป็นองค์รวม
- สร้างแนวทางปฏิบัติ (guideline) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจำหน่าย อาจเริ่มที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง กลุ่มที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์พิเศษ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับโรงพยาบาล เพราะเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย

รายนามวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมแสดงความคิดเห็น

พญ.ไศรยา ธรรมรักษ์	รพ.สระบุรี	พว.ปิยธิดา บวรสุธาสิน	รพ.สุราษฎร์ธานี
พว.ปรารธนา สหัสกุล	รพ.สระบุรี	พว.กฤตพร เมืองพร้อม	รพ.วชิระภูเก็ต
พว.ประหยัด พึ่งทิม	รพ.สระบุรี	อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์	รพ.รามธิบดี
พว.วรุณรัตน์ จุฑาเวช	รพ.สระบุรี	พว.ศากุน ปวีณวัฒน์	รพ.รามธิบดี
น.ส.ศรินทิพย์ แสงศาสตรา	รพ.สระบุรี	รศ.พญ.กวิวัฒน์ วีรกุล	รพ.ศิริราช
พว.ชนิดา พันผา	รพ.สระบุรี	พว.สุรีย์ ลีมงคล	รพ.ศิริราช
พว.ธนนันท์ มณีศิลป์	รพ.สระบุรี	อ.นพ.พลเลิศ พันธุ์นากุล	รพ.วชิรพยาบาล
น.ส.พรพีไล อาลัยสุข	รพ.สระบุรี	พว.นงลักษณ์ ทองอินทร์	รพ.วชิรพยาบาล
พญ.พรรณนา ลีลาธนากร	รพ.สุรินทร์	พว.วราภรณ์ ภิภาวงศ์	รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.เฉลียว สัตตมัย	รพ.สุรินทร์	นพ.รัฐภูมิ ชามบุญช	รพ.พุทธชินราช
พญ.อรรณพ ตะเวทิพงศ์	รพ.เขาย้อย	พว.นาคยา คำสว่าง	รพ.พุทธชินราช
พว.อุษา เอี่ยมมองอาจ	รพ.เขาย้อย	พว.สุริรัตน์ น้อมนิล	รพ.อุทัยธานี
พว.ทิพวรรณ ยงภูมิพุทธา	รพ.ราชบุรี	นพ.เกียรติศักดิ์ พรหมเสนา	รพ.สกลนคร
พว.ปรานี เสี้ยจันทร์บริบูรณ์	รพ.ราชบุรี	อ.พญ.วรรณ อังคสุวรรณ	รพ.หาดใหญ่
อ.นพ.นรวิทย์ จั่วแจ่มใส	รพ.พระปกเกล้า	พว.นภา จิตจินดา	รพ.หาดใหญ่
พว.ธมนวรรณ เต็มศิริพันธุ์	รพ.พระปกเกล้า	พว.อัจฉริยา บุญสนิท	รพ.หาดใหญ่
พว.นพพร ไพรวลัยสฤทธ	รพ.พระปกเกล้า	พว.สุมาลี ชุศักดิ์ศิลป์	รพ.ธรรมศาสตร์ฯ
พว.นภาพร กอบกิจวัฒนา	รพ.พระปกเกล้า	พว.สิริษา ทันเจริญ	รพ.ธรรมศาสตร์ฯ
พว.สุภา วัฒนสิทธิ์	รพ.พระปกเกล้า	นพ.พงษ์ธร เกียรติดำรงวงศ์	รพ.กรุงเทพ
พว.นันทฎณีย์ เจริญนาน	รพ.พระปกเกล้า	พว.กุลนภา บุญมากุล	สถาบันมะเร็งฯ
พว.ชัชฎาภา บุญโยประการ	รพ.พระปกเกล้า	น.ท.ญ.ดร.โสพรรณ โพทะยะ	รพ.ภูมิพลฯ
พว.ศิริพร วินิจธรรม	รพ.พระปกเกล้า	พ.ต.ญ.นิลภา สุขเจริญ	รพ.พระมงกุฎเกล้า
พว.นิภาวรรณ วัฒนรัตน์	รพ.ระยอง	พว.ปรีภาดา สร้างนอก	สถาบันสุขภาพเด็กฯ
พว.ธนิดา ตั้งยิ่งยง	รพ.สรรพสิทธิประสงค์		

วิทยากรจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พว.มาลินี ดุสิตากร	น.ส.เบญญาพัตร์ ดวงธนากร	พว.พรทิพย์ ไหมทอง
พว.วันเพ็ญ จันท์	ศ.นพ.อิสรางค์ นุชประยูร	พว.ภาวณิ กาญจนบุตร
พว.การะเกด สายบรรดาศักดิ์	นพ.เก่งพงศ์ ตั้งอรุณสันติ	พว.สมศรี บุญย้อย
น.ส.สำราญ ทาสี	พว.สุภา พูนพงศ์นิรันดร์	น.ส.ณัฐฎิการ์ แสงสิทธิอำพันธ์
น.ส.จันทร์ทิพย์ ปานประยูร	พว.วนิดา รัตนานนท์	น.ส.สุกัญญา มีสกุลทอง
นางนิรมล บันลายนาค	พว.เนตรสุวิทย์ เจริญจิตสวัสดิ์	รศ.พญ.ดารินทร์ ซอเสตติกุล
รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์	พว.สุภัทรา พัฒนประทีป	พญ.ธิดาพร พุรังษีโรจน์
ศ.นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์	น.ส.วนันท์ชน ชินสกุลอนันต์	พว.วารีวรรณ จิระเสวกติก
นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ	นางพวงเพชร นาคศุภมิตร	ผศ.พญ.กษยา ตันติผลาชีวะ
พว.ผกามาศ ธรรมรส	พญ.ชีนา โอฬารรัตน์พันธ์	นพ.กรมิษฐ์ ศุภพิพัฒน์
น.ส.สุชาทิพย์ คำเที่ยง	พญ.รัศเมน กัลยาศิริ	

Abstract

Background: Patient referral to tertiary hospitals is currently problematic and faces many obstacles. At large state hospitals and teaching hospitals, consistently high inpatient occupancy rates limit the ability of the hospitals to admit new patients, including referral patients. Since the issues with high inpatient occupancy rates partially stem from patients not being ready to leave hospital care at the time of discharge and prolonging hospital stay, it is important to understand the reasons why this happens.

Methodology: The study focused on cases of difficult discharges at a large tertiary hospital by analyzing the situation around the discharges and other relevant factors on the part of the hospital, the patients, their families and societal attitudes. It is divided into four parts, each with different methodologies designed to give a comprehensive view of the issues from various stakeholders: 1) compilation of consensus opinions of medical experts, 2) a survey of difficult discharges, 3) in-depth interviews, and 4) a knowledge exchange workshop.

Results:

Part 1: The first part of the study looked at the opinions of medical personnel towards difficult discharge cases. A multidisciplinary panel viewed the issue from two perspectives, patients with prolonged length of hospital stays and those with difficult discharges. The main difference between the two was that difficult discharge cases resulted in feelings of anxiety for the patients and other involved. The panel classified the main factors affecting difficult discharges into six categories: medical, patient, family, social, organization and health care system.

Part 2: The second part of the study looks at the magnitude of the problem at one teaching hospital in the Bangkok metropolitan area. A survey found that difficult discharges occur in about 10% of all cases, with the majority of patients being over 65 years of age and required some form of assisted living. Most were general medicine patients with cancer or circulatory system disorders and are part of a healthcare program where hospitalization costs can be reimbursed. About 50% of the difficult discharge cases still had active medical conditions, while 70% no longer needed to be treated at a tertiary hospital. The factors

contributed to anxiety for medical staff in dealing with these cases include the patient's inability to care for themselves independently, and the fact that their families are not ready to care for the patient at home. For patients and their families, their concerns stem of a lack of confidence in their ability to care for the patient at home.

Part 3: The third part of the study focuses on the perspective of the patients, their families and society at large towards hospital stays and discharges. It was found that Thai society in general places high expectations on hospitals, with many holding the view that hospitals are able to treat and cure all ailments and is their primary healthcare provider. Subsequently, when faced with situations where medical conditions are not curable, patients and their families are not able to cope with the bad news. At the time of discharge, patients tend to disagree with the recommendations of the medical staff because of their dependency on hospital care. In addition, the Thai public lacks knowledge about palliative care and there is a general shortage facilities for alternative care such as nursing homes, hospices and chronic care facilities.

Part 4: The last part of the study was a knowledge exchange workshop on the issue of difficult discharges and potential solutions for tertiary hospitals in the Bangkok metropolitan area. The workshop was conducted with representatives from the hospitals and from the staff of 12 health districts under the Ministry of Public Health. Some of the major findings from the workshop was that: 1) the participation of family members in the patient's treatment plan helped to make the discharge process easier, 2) hospital systems working in close cooperation in each health district resulted in a more efficient discharge and referral process and 3) for Bangkok, a major problem was the lack of secondary care institutions that were acceptable for patients and their families and the family not being ready to care for the patients at home.

Conclusion: The issue with difficult discharges from tertiary hospitals is widespread throughout large hospitals in Thailand. Many complex and overlapping factors contribute to the issue, including medical, patient, family, social and larger health care system factors. The solution to the problem needs coordinated steps that tackle all facets of the problem and requires further study to develop discharge protocols that can be practically applied by each hospital.

คำนำ

ในยุคที่การแพทย์เข้ามามีบทบาทกับชีวิตและสังคมเป็นอย่างมาก การใช้บริการโรงพยาบาลจึงแทบจะกลายเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลของภาครัฐ มีผู้มารับบริการอย่างเนืองแน่นตลอด

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยถึงระดับที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล คนส่วนใหญ่จะพยายามเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะมั่นใจในชื่อเสียงและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำหน้า อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันดีว่าโรงพยาบาลเหล่านี้มักจะมีปัญหา "เตียงเต็ม" อยู่ตลอด ทำให้รับผู้ป่วยรายใหม่เข้านอนรักษาได้ช้าและลำบาก นอกจากนั้น ด้วยสภาพการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและสภาพสังคมที่คาดหวังสูงต่อผลการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจที่จะออกจากโรงพยาบาลถ้ายังไม่หายดี เป็นปกติ ทำให้การออกจากโรงพยาบาลล่าช้าออกไปอีก ยิ่งเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือต้องการการดูแลที่ซับซ้อน การให้ออกจากโรงพยาบาลจึงกลายเป็นเรื่องที่ลำบากมากและอาจจะเป็นไปได้ไม่ได้ โรงพยาบาลจึงมีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่นมาก หากสังเกตจะพบว่า มีการสร้างตึกเพิ่มขึ้นมากมายภายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ถึงแม้จะสร้างเท่าไร ก็คงไม่พอ เพราะมีแต่คนมาเข้านอน แต่ไม่สามารถออกไปได้ จึงเกิดโครงการศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งมีชื่อย่อว่า "โครงการ Empty Bed" ขึ้นมา

รายงานฉบับนี้ เป็นรายงานผลที่ได้จากการศึกษาวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่และหาข้อเสนอแนะในการลดความรุนแรงของปัญหา โดยมุ่งไปที่การหาข้อมูลพื้นฐานในเรื่องของขนาดปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล การศึกษานี้ ถึงแม้เป็นเรื่องของการจำหน่ายผู้ป่วย แต่มีที่มาจากปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามายังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้น ข้อคิดที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้สำหรับการพัฒนาระบบการส่งต่อได้อีกด้วย

ทางคณะผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลงานฉบับนี้ โดยเฉพาะ สวรส. และ ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็นผู้จุดประกายหัวข้อการทำวิจัยและสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้ทำการศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วย

คณะผู้ทำการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาทั้งหมดนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงลงได้ เพราะการสนับสนุนจากบุคคลต่อไปนี้

- รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ พว.ขวัญใจ เหมือนเทศ และดร.นพ.สรวรวัช อัครเรืองชัย
- ดร.กนิษชานันท์ ช่วยเรือง คุณทักษิณา วัชรินทร์ และทีมงานศูนย์วิจัยระบบบริการสาธารณสุข
- วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลามาร่วมออกความคิดเห็น
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- นักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ศูนย์ชีวภินา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ร่วมให้ข้อมูล
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง
- นางสาวนลินธรรณ์ มะลังกา และ นายธนัญญกร เกศราช
- นางสาวณัฐชนก มีถาวร
- นางสาวพัชรกานต์ รักษาพล
- นางสาวรัชสินทร์ เสถียรภักธนันท์
- นางสาวณิชาภานต์ แก้วบัวดี
- นายปิยงกูร ทวีผล
- นายณภัทร กิจสำเร็จ
- นางสาวชญาณัฐ โพธิ์นอก
- นายภูเบศ อินประชา
- นายชัชวาลย์ ชิดสิน
- นางสาวศิริรัตน์ แจ่มจันทร์
- นางสาวปนัดดา ฉายประดับ
- นายสุวินัย เพียรธรัตน์

ทางคณะผู้ทำการศึกษาจึงขอแสดงความขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	๗
ชื่อโครงการ	1
บทนำและที่มา	2
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	3
คำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
กรอบแนวความคิดในการศึกษา	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
คำสำคัญ	7
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	7
รูปแบบการวิจัย	8
การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล	8
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	9
การบริหารงานวิจัยและตารางการปฏิบัติงาน	10
งบประมาณ	10
การศึกษาส่วนที่ 1	
วัตถุประสงค์	11
รูปแบบการศึกษา	11
ระเบียบวิธีวิจัย	12
ผลการศึกษา	15
อภิปรายผล	23
ข้อจำกัด	27
สรุป	28

สารบัญ (ต่อ)

หัวเรื่อง	หน้า
การศึกษาส่วนที่ 2	
วัตถุประสงค์	29
รูปแบบการศึกษา	29
ระเบียบวิธีวิจัย	31
ผลการศึกษา	34
อภิปรายผล	52
ข้อจำกัด	58
สรุป	59
การศึกษาส่วนที่ 3	
วัตถุประสงค์	60
รูปแบบการศึกษา	60
ระเบียบวิธีวิจัย	61
ผลการศึกษา	65
อภิปรายผล	72
ข้อจำกัด	75
สรุป	75
การศึกษาส่วนที่ 4	
วัตถุประสงค์	76
รูปแบบการศึกษา	76
ระเบียบวิธีวิจัย	77
ผลการศึกษา	80
อภิปรายผล	90
ข้อจำกัด	93
สรุป	93
บทสรุปของการศึกษา	94
ปัญหาและอุปสรรค	94

สารบัญ (ต่อ)

หัวเรื่อง	หน้า
ประโยชน์ที่ได้รับ	95
ข้อเสนอแนะ	95
ข้อจำกัด	99
เอกสารอ้างอิง	100
ภาคผนวก	
รายนามคณะผู้ทำการศึกษา	i
รายนามคณะที่ปรึกษา	ii
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 1	iii
แบบสอบถามของการศึกษาส่วนที่ 2	v
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยส่วนที่ 2	xviii
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนที่ 2	xxiv
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยส่วนที่ 3	xxviii
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนที่ 3	xxxvi
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 4	xl
แบบสอบถามของการศึกษาส่วนที่ 4	xlii
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	xlv

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลง ระยะที่ 1

ส่วนที่ 1 การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษาโดยการทำ focus groups

ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา

ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 การสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในวงกว้างโดยการจัดการประชุมเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ)

Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase1

Part 1: Establishing the definition of difficulty discharge and associating factors identification by focus groups

Part 2: Prevalence and distribution of difficulty discharge in a tertiary care hospital

Part 3: Decision making processes concerning a readiness to be discharged

Part 4: Meeting and sharing experiences in dealing with difficulty discharge among representatives from public tertiary care hospitals

บทนำและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background & Rationale)

โดยทั่วไป ระดับการให้บริการทางการแพทย์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทั้งนี้การที่จะให้หน่วยบริการทั้ง 3 ระดับ ทำงานสอดคล้องกันได้นั้น จำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มจัดทำเครือข่ายระบบส่งต่อในเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2547 และได้พัฒนาปรับปรุงจนได้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยในเขตกรุงเทพฯที่ชัดเจน⁽¹⁾

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยยังมีปัญหาและอุปสรรคอยู่ โดยพบว่าปัญหาการส่งต่อที่สำคัญคือ การไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ การไม่มีผู้รับผิดชอบเรื่องการส่งต่อโดยตรง และ การใช้เวลาในการประสานเพื่อการส่งต่อนานเกินไป⁽²⁾ ดังนั้น ส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556-2560 จึงมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาตรงจุดนี้

การที่โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิไม่สามารถรับผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้ามารับการรักษาได้นั้น คาดว่าเกิดจากปัญหาความหนาแน่นของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐและโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ มักมีความหนาแน่นของผู้ป่วยในและมีอัตราการครองเตียงที่ค่อนข้างสูงโดยตลอด เมื่อผู้ป่วยครองเตียงเป็นระยะเวลานาน โรงพยาบาลแห่งนั้นก็เลยไม่สามารถรับผู้ป่วยรายอื่นเข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในได้

จากการพูดคุยเบื้องต้นกับทีมงานผู้ให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานคือ ผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่พร้อมที่จะกลับบ้านได้ แม้ว่าในขณะนั้นตัวผู้ป่วยได้หมดภาวะจำเป็นที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว โดยที่มาของความไม่พร้อมนั้นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล ด้านผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งปัจจัยทางสังคม

เมื่อผู้ป่วยแต่ละรายนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผลที่ตามมาคือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาลดลง ผู้ป่วยรายอื่นที่จำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับการรักษาล่าช้าออกไป มีผู้ป่วยตกค้างในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยกลับบ้านไม่ได้ ยังส่งผลต่อตัวผู้ป่วยรายนั้นและครอบครัวอีกด้วย เช่น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อในโรงพยาบาล การขาดงาน สูญเสียรายได้ ต้องห่างจากครอบครัว ญาติต้องเดินทางมาโรงพยาบาลทุกวัน เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ การที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยรวมน้อย ทำให้นักเรียนมีโอกาสรียนรู้จากคนไข้น้อยลง ส่งผลต่อการเรียนการสอนตามมาอีกด้วย ฉะนั้นถ้าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ก็จะทำให้เกิดการรับตัวผู้ป่วยส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ข้างต้น

การจะลดอัตราครองเตียงลงได้นั้น ต้องเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลเมื่อถึงเวลาอันสมควรให้ได้ก่อน แต่ทั้งนี้ยังไม่มีข้อพิสูจน์เป็นตัวเลขที่ชัดเจนถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยต่างๆ ฉะนั้นถ้าสามารถทำการศึกษาออกมาได้ชัดเจน จะทำให้ทราบขนาดของปัญหาและรายละเอียดของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคาดว่าจะผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปใช้วางแผนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

การศึกษาในลักษณะนี้ จำเป็นที่จะต้องศึกษาจากกลุ่มตัวแทนของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้ หรือ จำหน่ายออกได้ยาก แต่ในขณะนี้ ยังไม่มีนิยามหรือเกณฑ์การตัดสินที่ตายตัวว่าหมายถึงผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างไร จึงต้องเริ่มการศึกษาโดยการกำหนดหลักการในการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้าศึกษาเสียก่อน เมื่อกำหนดกลุ่มประชากรที่จะศึกษาได้แล้ว จึงดำเนินการวัดขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาลและสืบค้นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสำรวจสภาพปัญหาและแนวทางจัดการที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตอื่นๆของประเทศไทยด้วย

นอกจากจะศึกษาถึงปัญหาในระดับของโรงพยาบาลแล้ว ต้องมีการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยและสังคมด้วย เนื่องจากการจำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นกับทางโรงพยาบาลฝ่ายเดียว ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญเพราะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการจำหน่ายโดยตรง ฉะนั้นการจะเข้าใจถึงความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ย่อมจะต้องมีการศึกษาถึงมุมมอง ความคิด และ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยร่วมไปด้วย จึงจะสามารถทำความเข้าใจในภาพรวมได้ทั้งหมด

คณะผู้วิจัยจึงวางแผนการศึกษาโดยเน้นที่การศึกษาถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน เพื่อกำหนดนิยามและปัจจัยที่ศึกษา สำรวจขนาดของปัญหา ศึกษามุมมองของผู้ป่วยและสังคม และสำรวจสถานการณ์ในประเทศไทย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of Related Literatures)

Difficult hospital discharge

นิยามของ “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้” นั้น ยังไม่มีคำจำกัดความที่ตายตัว การศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์หลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อนี้ ต่างก็ใช้คำจำกัดความที่หลากหลาย บ้างก็ใช้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลแม้ว่าจะหมดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute condition) แล้ว⁽³⁾ หรืออาจกำหนดเป็นระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานกว่า 100 วัน⁽⁴⁾ หรือ นอนโรงพยาบาลนานกว่า 2SD ของจำนวนวันที่กำหนดตาม DRGs⁽⁵⁾ แต่ทั้งนี้ส่วนใหญ่จะกล่าวไป

ในทางเดียวกันว่า จุดเริ่มต้นของการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ เริ่มเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากโรงพยาบาลได้

Nardi และคณะ⁽⁶⁾ ได้อ้างถึงการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยง่าย พบว่ามีประมาณ 2-3% ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งคิดเป็น 16% ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีลักษณะเสี่ยงดังนี้ อายุมากกว่า 80 ปี มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป มีปัญหาทางพุทธิปัญญาหรือทางการประกอบกิจวัตร ไม่มี family support อาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในบ้านคนชรา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นๆ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคทางระบบไหลเวียนเลือด กระดูกหักหรือมะเร็ง

การจำหน่ายออกผู้ป่วยเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย มักเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลาและบอกกล่าวข้อมูลจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้รักษาและผู้รักษาเจอความยุ่งยากบางประการจากความซับซ้อนดังกล่าว ผู้ป่วยมักไม่ได้รับความใส่ใจและมักไม่มีอำนาจในการเสนอความคิดเห็นกับผู้ดูแล เช่น แพทย์หรือพยาบาล อันนำไปสู่ปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นอุปสรรคและล่าช้า⁽⁷⁻⁹⁾ จากผลการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเอาใจใส่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 11 ประเทศ⁽¹⁰⁾ พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยไม่ได้รับการปฏิบัติดูแล และได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากผู้รักษา งานวิจัยชิ้นอื่นๆ ยังสนับสนุนและชี้ให้เห็นถึงความไม่พอใจในการบริการ และทัศนคติด้านลบระหว่างความสัมพันธ์ของผู้รักษา ผู้ป่วย และครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย เนื่องมาจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้มารับการรักษา⁽¹¹⁻¹³⁾ ทัศนคติที่ไม่ดีรวมถึงความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยสามารถนำไปสู่การกลับเข้ามาโรงพยาบาลใหม่อีกครั้ง (Readmission) หรืออาจนำไปสู่สถานการณ์ฉุกเฉินในขั้นตอนการจำหน่ายออก เช่น อยู่ ๆ ผู้ป่วยก็ไม่ยอมออก หรือฟ้องร้องกันในช่วงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งปรากฏการณ์นี้มักเกิดขึ้นเป็นพิเศษในผู้ป่วยสูงวัยที่มีความต้องการในขั้นตอนนี้สูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Discharge planning process

การศึกษาในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การวางแผนจำหน่าย(discharge planning) ให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลและวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าหากเร่งรีบให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปแบบไม่พร้อม จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการกลับมาเข้าโรงพยาบาลใหม่⁽¹⁷⁾

การทำ discharge planning ส่วนหนึ่งยังพบว่ามีปัญหาอยู่⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการให้ความสำคัญกับการวางแผนการจำหน่ายน้อยเกินไป⁽¹⁹⁾ รวมทั้งการวางแผนที่ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง

และขาดการเชื่อมโยงกับผู้ที่เกี่ยวข้อง^(20,21) ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องในจุดนี้ มีทั้งปัจจัยจากตัวระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย และปัจจัยจากบุคลากรทางการแพทย์^(20,21)

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงต้องทำเป็นระบบ มีทั้งการประเมินความเสี่ยงและชี้บ่งตัวผู้ป่วยที่อาจจะเกิดปัญหาในการออกจากโรงพยาบาล⁽²⁰⁾ มีการคุยถึงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่แรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบด้านทั้งทางกาย จิตและสังคม การวางแผนที่คำนึงถึงการเคารพในตัวผู้ป่วย และการมีช่องทาง การสื่อสารที่ชัดเจน⁽¹²⁾ นอกจากนั้นการมี discharge planning case manager จะสามารถช่วยลดปัญหาด้านการรักษายาบาล เช่น การกินยา การเลือกรับประทานอาหาร ได้⁽¹⁷⁾

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทย

ตามแนวปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้ผู้ประกันตนทุกคนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร แต่เมื่ออาการเจ็บป่วยเกินความสามารถของสถานพยาบาลปฐมภูมิ ผู้ประกันตนต้องได้รับการส่งต่อไปเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิต่อไป ทั้งนี้การส่งตัวผู้ป่วยภายในเขตกรุงเทพฯ หรือ จากภายนอกเขตเข้ามาในกรุงเทพฯ ได้มีการกำหนดให้ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อประสานงานรับตัวผู้ป่วยในเขตพื้นที่รอบกรุงเทพฯ ได้แก่ เขตปริมณฑล เขตจังหวัดภาคกลางและภาคตะวันออก เข้ามารักษาในโรงพยาบาลต่างๆในสังกัดกรมการแพทย์ สังกัดศึกษาธิการ สังกัดกลาโหม สังกัดมหาดไทย หรือ สังกัดกรุงเทพมหานคร⁽¹⁾

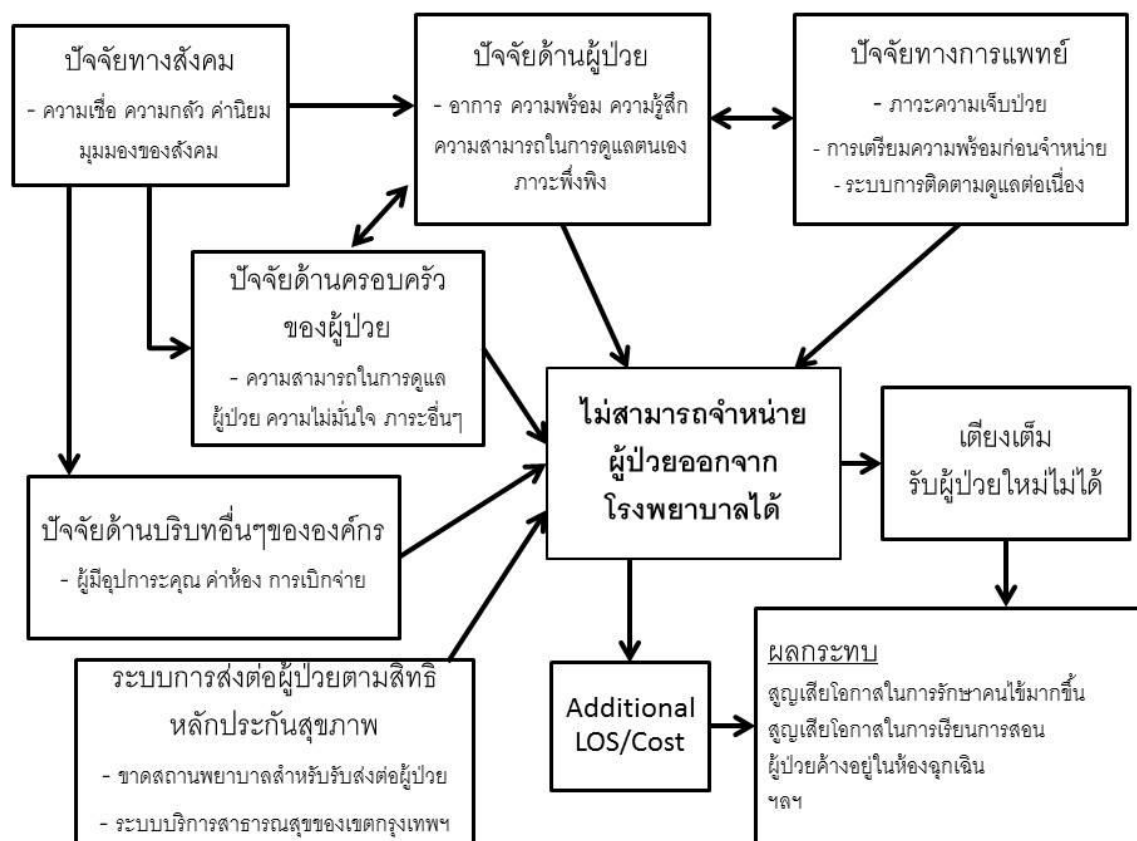
คำถามของการศึกษา (Research Questions)

1. จำนวนของผู้ป่วยในที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้มีเท่าไร
2. ข้อมูลพื้นฐานและการกระจายตัวของผู้ป่วยในที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้มีอะไรบ้างและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ทั้งของโรงพยาบาลในกรณีศึกษาและของโรงพยาบาลรัฐในเขตอื่นๆ
4. มุมมองของผู้ป่วยและสังคมต่อการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
5. โรงพยาบาลควรมีแนวทางจัดการกับปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงจำนวนและการกระจายตัวของผู้ป่วยในที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
2. เพื่อค้นหาปัจจัยในด้านต่างๆทั้งด้านระบบ ด้านผู้ป่วย และด้านสังคม ที่ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้
3. เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงรูปแบบของความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์และข้อมูลเชิงคุณภาพของปัจจัยต่างๆ ที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กรอบแนวความคิดในการศึกษา (Conceptual framework)



คณะผู้ทำการศึกษาวางกรอบแนวคิดในการวิจัยไว้ว่า การไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งปัจจัยทางการแพทย์ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น โดยที่ปัจจัยแต่ละอย่างมีผลต่อการจำหน่ายผู้ป่วยโดยตรงและยังมีผลต่อกันและกัน

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรณีศึกษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยใน ที่อยู่ในช่วงเวลาอื่นๆ ถือเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้
2. ผู้แทนของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เข้าร่วมการทำกลุ่มโฟกัสและการประชุมเสวนา เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของแต่ละสถานพยาบาล ถือเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ (Key words)

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน อัตราครองเตียง การจำหน่ายยาก นิยาม การทำกลุ่มโฟกัสกรุป ความเห็นของผู้ชำนาญ บุคลากรทางการแพทย์ การสำรวจโรงพยาบาล อุบัติการณ์ ลักษณะปัจจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก โรงพยาบาลตติยภูมิ

Difficult Hospital Discharge, Hospital Utilization, Prolonged Length of Stay, Patient Discharge, Definition, Expert opinions, Focus groups, Hospital survey, Prevalence, Characteristics, Factors, Tertiary care hospital, In-depth Interview

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการศึกษา (Operational Definition)

- การจำหน่ายผู้ป่วย (discharge) หมายถึง การให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน หรือ การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น แต่ไม่รวมถึงการเสียชีวิต
- ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยต่างๆ แต่ไม่รวมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาล หรือ ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแล้ว แต่ยังไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้คำนิยามดังกล่าวเป็นคำนิยามที่กำหนดในเบื้องต้น จะมีการกำหนดคำนิยามเพื่อใช้ในการจำแนกผู้ป่วยที่ชัดเจนและครอบคลุมภายหลังการทำการศึกษารound 1 (การทำ focus group)

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาทั้งหมด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษาโดย focus groups
2. ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาล
กรณีศึกษา
3. ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. ส่วนที่ 4 การสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลของรัฐในวงกว้างโดยการจัดการประชุม
เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อนึ่ง สำหรับรายละเอียดของรูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละส่วน ได้อธิบายไว้ใน
ส่วนเนื้อหาของการศึกษาแต่ละส่วน

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ โรคหรือภาวะความเจ็บป่วย ระยะเวลา
ที่นอนโรงพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล
2. ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ ภูมิลำเนา จำนวนสมาชิกในบ้าน ผู้ดูแลหลัก รายได้ต่อครัวเรือน
ภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆในครอบครัว
3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาล
และความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่รวบรวมโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ
โดยแบบบันทึกอิสระ ร่วมกับการบันทึกเสียง
4. ข้อมูลจากการเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำการรวบรวมโดย
ตัวแทนผู้ทำการศึกษา บันทึกในแบบบันทึกเปล่าอย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การสรุปข้อมูลจะใช้ descriptive statistic แปลผลข้อมูลเชิงปริมาณเป็นจำนวนนับ ร่วมกับร้อยละ หรืออัตรา พร้อมแสดงผลในรูปแบบของตารางและแผนภูมิต่างๆ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลจะใช้ Chi-square test การหาค่า correlation และการเปรียบเทียบค่า median เป็นการทดสอบ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะทำในคอมพิวเตอร์โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในกรณีที่มี missing data จะตัดข้อมูลในส่วนนั้นออก โดยที่จำนวนเต็มของประชากรในข้อนั้นจะถูกลดลงตามไปด้วย แต่จะมีการแจ้งถึงจำนวนของ missing data กำกับไว้

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การสรุปข้อมูลจะใช้ qualitative methods ต่างๆ เช่น การวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) การลงรหัสตีความ (interpret) เพื่อนำมาสรุปข้อมูลและสร้างเป็น grounded theory หรือ theme ก่อนนำเสนอเป็นแผนภาพแสดงความเชื่อมโยง

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Considerations)

สำหรับการศึกษาในส่วนที่ 1 และ 4 ที่มีการเชิญวิทยากรมาเข้าร่วม อาจก่อให้เกิดการเสียเวลาหรือสร้างความรบกวนให้กับผู้ที่ได้รับเชิญมาเข้าร่วมกลุ่ม ทั้งนี้ทางคณะผู้วิจัยจะทำการแจ้งและเน้นย้ำถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับเชิญ ที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการทำกลุ่ม สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้

เนื่องจากการศึกษาในส่วนที่ 2 และ 3 มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติด้วย อาจก่อให้เกิดการเสียเวลาหรือการสร้างความรบกวนกับผู้ถูกสัมภาษณ์ รวมถึงอาจสร้างความกังวลว่าความลับของผู้ป่วยอาจถูกเปิดเผยและส่งผลต่อการรักษาพยาบาล ส่วนการให้ข้อมูลโดยทีมแพทย์พยาบาลเจ้าของไข้ อาจถูกมองว่าเป็นการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ฉะนั้นจึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกราย ถ้าผู้เข้าร่วมในการวิจัยไม่ต้องการที่จะให้ข้อมูล ก็สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ อนึ่ง คณะผู้วิจัย ไม่เกี่ยวข้องากับทีมแพทย์ผู้รักษา ฉะนั้น แม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิเสธ ก็จะไม่มีความกระทบกับการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ทั้งนี้ การศึกษาในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การบริหารงานวิจัยและตารางการปฏิบัติงาน (Administration & Time Schedule)

กิจกรรม	ปี	ปี 2557												ปี 2558											
	5																								
	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ก) ขั้นเตรียมการ																									
1. ประชุม วางแผนงาน																									
2. เขียนโครงการงานวิจัย																									
3. ยื่นขอทุนวิจัย																									
ข) ขั้นปฏิบัติงาน																									
1. ดำเนินการส่วนที่ 1																									
2. ดำเนินการส่วนที่ 2																									
3. ดำเนินการส่วนที่ 3																									
4. ดำเนินการส่วนที่ 4																									
ค) ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล																									
1. วิเคราะห์ข้อมูล																									
2. สรุปผลและเขียนรายงาน																									

งบประมาณ (Budget)

งบประมาณทั้งหมด มาจากทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผ่านทางศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่สัญญาวิจัย TRC-HS 57-01

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลงระยะที่ 1

Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and
development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase1

ส่วนที่ 1

Part 1

การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษา
โดยการทำ Focus groups

Establishing the definition of difficulty discharge and associating
factors identification by focus groups

ส่วนที่ 1 การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษาโดยการทำ Focus groups

การศึกษาในส่วนที่ 1 เป็นการทำการการศึกษาเพื่อให้ได้มาถึงนิยามของคำว่าผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ยากหรือจำหน่ายออกไม่ได้ เนื่องจากยังไม่มี การตั้งกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับการบ่งชี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงต้องเริ่มจากการกำหนดลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่จะทำการศึกษา การศึกษาส่วนที่ 1 นี้ เป็นการวางพื้นฐานและเป็นตัวกำหนดขอบเขตของการศึกษาในลำดับต่อไป ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

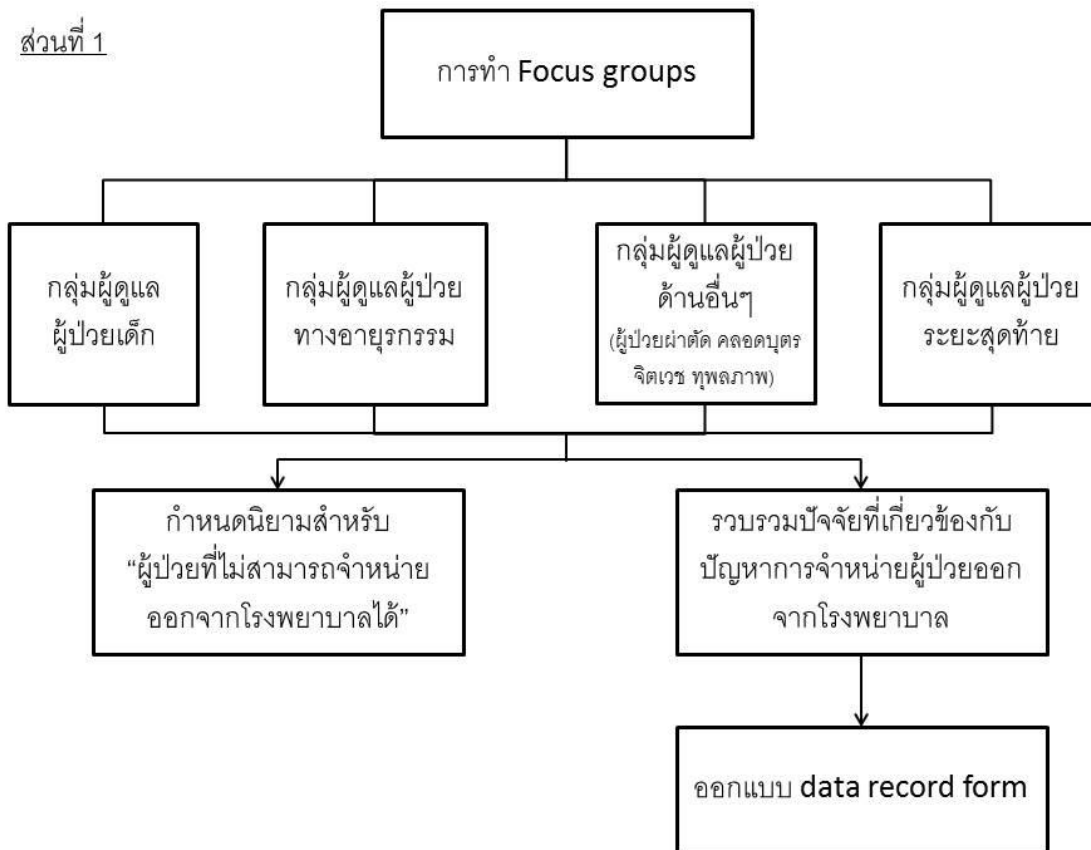
วัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนที่ 1 (Objectives)

- 1) เพื่อศึกษาถึงความหมายของคำว่า “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” ในความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
- 2) เพื่อค้นหาปัจจัยเบื้องต้นในด้านต่างๆทั้งด้านระบบ ด้านผู้ป่วย และด้านสังคม ที่ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ จากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
- 3) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มากำหนดนิยามของผู้ป่วยที่จะใช้ในการศึกษาส่วนต่อไปและนำมากำหนดขอบเขตของปัจจัยที่จะทำการศึกษาในการศึกษาส่วนที่ 2

รูปแบบการศึกษาของส่วนที่ 1 (Research Design)

การศึกษาในส่วนที่ 1 เป็นการทำ focus groups ที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่างๆที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ได้มาถึงนิยามของ “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้” ที่จะใช้ในการศึกษานี้ และเพื่อให้ได้มาถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้น

การทำ Focus groups มีทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นๆ โดยทำกลุ่มไปทีละกลุ่ม ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ผู้มาเข้ากลุ่มแต่ละรอบจะเป็นอิสระต่อกัน ไม่ทราบข้อมูลของกลุ่มอื่นๆ



ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษารายงานที่ 1 (Research Methodology)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample)

1) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรและตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมในการทำกลุ่มประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภท จำนวน 10-15 คน ร่วมกับผู้แทนจากทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกลุ่ม

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามามีการศึกษา (inclusion criteria)

ก) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐหรือโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ข) มีประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อของกลุ่มไม่ต่ำกว่า 3 ปี

ค) ยินดีเข้าร่วมการทำกลุ่ม

โดยผู้เข้าร่วมกลุ่มแต่ละรายเป็นผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อในที่ประชุมของคณะผู้วิจัย ก่อนที่จะได้รับการติดต่อ เพื่อเชิญมาร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อและคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติจะพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีชื่อเสียงและ/หรือมีผลงานที่เป็นที่ยอมรับในด้านนั้นๆ ส่วนหนึ่งเป็นบุคคลากรที่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันกับทีมผู้วิจัยและหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือเป็นตัวแทนจากหน่วยงานที่มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาจะได้รับการทาบทามเบื้องต้นทางโทรศัพท์ ก่อนที่ทางผู้วิจัยจะออกหนังสือเชิญเป็นทางการตามไป

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มาเข้าร่วมการศึกษา ถูกแบ่งกลุ่มตามความเชี่ยวชาญออกเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก
2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม
3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยคลอดบุตร ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการทุพพลภาพ

การสังเกตและการวัด (Observation & Measurement)

ผู้ควบคุมกลุ่มจะทำหน้าที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกรายคำถามและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มออกความคิดเห็น เกี่ยวกับความหมายของ “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้” และ ปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ที่ตนเองเคยประสบในการดูแลคนไข้ อนึ่ง ตัวแทนจากทีมผู้วิจัยที่เข้าร่วมกลุ่ม จะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ควบคุมกลุ่ม โดยไม่แสดงความคิดเห็น เพื่อไม่ให้เป็นการชี้นำกลุ่มจนเกิด bias

กระบวนการทำ Focus Group

1. ผู้ทรงคุณวุฒิลงทะเบียนวิจัยโดยการลงนามหน้าห้อง รับป้ายตัวอักษรแทนชื่อเพื่อคล้องคอขณะพูดคุย
2. เชิญผู้ทรงคุณวุฒิเข้าห้องทำ Focus group นั่งตามตำแหน่งตัวอักษรที่จัดไว้ เป็นวงกลม
3. ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาและเหตุผลการทำ Focus group และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะพูดคุย
4. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงร่วมกันในการพูดคุย ดังนี้
 - i. แนะนำตัวอักษรก่อนการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง และกรุณาตอบเสียงดังฟังชัด

เช่น A ครับ ขอตอบว่า....

B ค่ะ ขอสนับสนุน...ว่า...

C ครับ ขอให้สังเกตว่า.... (คัดค้านหรือเสนอแนะเพิ่มเติมเล็กน้อย)

- ii. เสี่ยงและเอกสารการถอดเทปจะถูกทำลายทิ้งเมื่อเสร็จการวิจัยทันที
- iii. มีการตั้งคำถาม 2 ช่วงคือการให้นิยามการนอนโรงพยาบาลนาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนจะมีสิทธิ์ในการออกความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม โดยความคิดเห็นทั้งหมดจะถูกบันทึกลงกระดาษ และเมื่อจบการออกความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะร่วมกันสรุปข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปประจำกลุ่ม

เมื่อทำ focus groups ครบทั้ง 4 กลุ่ม ผู้ควบคุมกลุ่มจะทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลของทั้ง 4 กลุ่ม มาสรุปรวมเป็นข้อมูลหลัก เพื่อนำไปปรับปรุง data record form ก่อนจะนำไปใช้ในการศึกษาส่วนต่อไป

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ในระหว่างการประชุมกลุ่มจะมีการบันทึกเสียง ซึ่งจะนำมาถอดเทปเป็นข้อความอีกครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ต่อไป

1) ข้อมูลที่รวบรวม ประกอบด้วย

1. ความหมายและขอบเขตของ “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้”
2. ปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

การรวบรวมความคิดเห็นในกลุ่มใช้การเขียนลงบนกระดาษไวท์บอร์ดเปล่า ส่วนข้อสรุปของแต่ละกลุ่ม จะถูกบันทึกลงในกระดาษเปล่า โดยตัวแทนคณะผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกลุ่ม และจะนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้งหมด รวมถึง data record form จะเป็นกระดาษเปล่า เพื่อให้บันทึกได้อย่างอิสระ การถอดเทปก็ทำโดยการพิมพ์คำพูดตามที่บันทึกเสียงไว้ทั้งหมดลงในกระดาษเปล่าเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาของส่วนที่ 1

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษา

คณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสิ้นจำนวน 46 ท่าน มีผู้มาร่วมทำกลุ่ม 37 ท่าน คิดเป็น 80.43% ของผู้ที่ได้รับเชิญ

สาขาวิชาชีพของผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านอายุโส พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และ นักกายภาพบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 ท่าน (คิดเป็น 45.95%) โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 11 ท่าน และ ณ โรงพยาบาลอื่น 6 ท่าน
2. อาจารย์แพทย์ จำนวน 8 ท่าน (คิดเป็น 21.62%) ทั้งหมดปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 8 ท่าน (คิดเป็น 21.62%) ทั้งหมดปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน (คิดเป็น 2.70%) ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. แพทย์ประจำบ้านอายุโสจำนวน 3 ท่าน (คิดเป็น 8.11%) ทั้งหมดปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 4 กลุ่มตามความเชี่ยวชาญ มีจำนวนในแต่ละกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 11 ท่าน
2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมจำนวน 10 ท่าน
3. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 6 ท่าน
4. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆ จำนวน 10 ท่าน

นิยามของ “ความยากลำบากในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล” และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะนี้

ข้อมูลที่ได้จาก Focus group ทั้ง 4 กลุ่ม ได้ถูกวิเคราะห์และรวบรวมออกมาเป็นนิยามของการนอนโรงพยาบาลนานและภาวะจำหน่ายยาก ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดภาวะจำหน่ายยากและปัจจัยที่น่าจะมีผลลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลงและภาวะจำหน่ายยาก ดังนี้

นิยามเรื่องการนอนโรงพยาบาลนาน (Prolonged Length of Stay)

การนอนโรงพยาบาลนาน ในที่นี้หมายถึง ภาวะการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินานเกินกว่าที่ระบบการรักษากำหนดไว้ ด้วยวิธีต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้น ได้แก่

1. ตามลักษณะสากลของการวินิจฉัยโรค การรักษา หรือหัตถการที่ใช้กับผู้ป่วยนั้น คือ นอนโรงพยาบาลนานกว่า 2 เท่าของค่า Standard deviation ของจำนวนวันที่กำหนดตาม DRGs
2. ตามค่าเฉลี่ยของวันนอนตามบริบทของหอผู้ป่วยเฉพาะเช่น ผู้ป่วยเด็กที่นอนโรงพยาบาลเกิน 30 วัน โดยอาจจะจำแนกเพิ่มเติมตามการวินิจฉัยและการรักษาโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรับเคมีบำบัด การติดเชื้อทางเดินหายใจ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การคลอด การดูแลภาวะแพ้ยา เป็นต้น
3. การประมาณการจากค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกินค่าเฉลี่ยที่ทางโรงพยาบาลรวบรวมได้ของผู้ป่วยลักษณะต่างๆ
4. การมีคำสั่งให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้จากแพทย์และได้สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติแล้วแต่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้

นิยามเรื่องภาวะจำหน่ายยาก (Difficult Hospital Discharge)

ภาวะจำหน่ายยาก ในที่นี้หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย ให้คำแนะนำ หรือรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จนกระทั่งแพทย์มีคำสั่งให้กลับบ้านหรือส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลระดับต่ำกว่าตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ในที่สุดก็ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกได้ โดยต้องมียอดประกอบดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Acute care treatment หรือ acute conditions) และแพทย์เจ้าของไข้มีความตั้งใจที่จะให้การจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว
2. ได้มีการแจ้งต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหรือโรงพยาบาลต้นสังกัด ทราบถึงเหตุผลในข้อ 1 แล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล หรือโรงพยาบาลต้นสังกัด มีความลำบากใจต่อการออกจากโรงพยาบาลโดยแสดงออกทางวาจาหรือสีหน้าท่าทาง
4. แพทย์และทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาล มีความลำบากใจต่อการอนุญาตให้ผู้ป่วยพักอยู่ต่อในห้องหรือหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไปไม่ว่าจะเกิดจากตัวผู้ป่วยหรือญาติ หรือความกดดันจากนโยบายเรื่องตัวชี้วัดในการนอนโรงพยาบาลนานของสถานพยาบาลนั้นๆ
5. ผู้ป่วยยังคงนอนอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจำหน่ายยาก

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจำหน่ายยากทั้งปัจจัยที่เพิ่มและปัจจัยที่ช่วยลดภาวะดังกล่าว ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 กลุ่มแล้ว สามารถแยกปัจจัยเหล่านั้นออกมาได้เป็น 6 ด้าน โดยมีรายละเอียดของปัจจัยและจำนวนครั้งที่ถูกกล่าวถึงดังนี้

1. ปัจจัยที่สนับสนุนภาวะจำหน่ายยาก

1.1. ปัจจัยทางการแพทย์

- ขาดการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มให้การดูแลรักษา (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการตั้งแต่ต้นในเรื่องเป้าหมายการรักษา เช่น กรณีผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังมีการรักษาเต็มที่ (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- กระบวนการรักษาที่ซับซ้อนหรือที่ต้องใช้เวลานาน (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- เกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- การรอคอยอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- การวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนหรือที่ต้องใช้เวลานาน (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- การวิเคราะห์และวางแผนจำหน่ายไม่ได้คุณภาพ เช่น ไม่มีการพูดคุยกันระหว่างบุคลากรในทีมเจ้าของไข้ ไม่ได้วางแผนจำหน่ายครบทุกด้าน (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- บุคลากรมีทัศนคติ ความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เช่น ไม่มั่นใจในการจำหน่ายหรือมีการใช้หัตถการที่สิ้นเปลือง (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- มีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายแผนก ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในโรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อรอพบและรับการส่งจำหน่ายจากแพทย์ทุกแผนก (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- กระบวนการส่งปรึกษาเฉพาะทางแต่ละแผนก มีขั้นตอนเยอะ ทำงานเอกสาร ไปจนถึงการที่ต้องมีแพทย์มาดูตามลำดับจนกว่าจะถึงอาจารย์แพทย์ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ไม่ดี เช่น ไม่ได้เตรียมความพร้อมให้กับญาติล่วงหน้า (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- การให้บริการดีทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการไปใช้บริการที่อื่น (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยทางจิตเวช (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- บริบทของโรงเรียนแพทย์ที่เร่งรัดการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้มีเตียงรับผู้ป่วยใหม่เข้ามาศึกษา ทำให้ในบางครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินที่ละเอียดพอ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้ยังต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

1.2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- ภาวะที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (ถูกกล่าวถึง 12 ครั้ง)
- ภาวะพิการทางร่างกายหรือจิตใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกระดับ (ถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง)
- ผู้ป่วยกลัวไม่มั่นใจหรืออับอายในการใช้ชีวิตหลังถูกจำหน่ายกลับบ้านหรือการดูแลที่อาจจะไม่ดีเมื่อกลับไปต้นสังกัด (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- ผู้ป่วยต้องการอยู่ในโรงพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย จาก Secondary gain หรือ sick role เช่น มีปัญหาที่ทำงาน ทำให้แสดงออกว่าตนเองยังไม่หายป่วย หรือ ปิดบังญาติเรื่องที่ตนหายป่วยแล้ว จึงไม่มีใครมารับกลับบ้าน (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ผู้ป่วยคุ้นเคยการรับบริการที่โรงพยาบาลตติยภูมิจนไม่ต้องการไปใช้บริการที่อื่นแม้เป็นสถานพยาบาลต้นสังกัด (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยที่มีประวัติการกลับเข้ามารักษาลำบากหลายครั้งในอดีต ทำให้ทีมผู้ดูแลไม่กล้าจำหน่ายออก และผู้ป่วยก็กังวลในการกลับบ้านมากขึ้น (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- มีนัดตรวจรักษาต่อเนื่องในเวลาอันใกล้แต่ที่พักอาศัยอยู่ต่างจังหวัดหรือไม่มีเงินค่าเดินทาง จึงพักอยู่ในโรงพยาบาลต่อ จนถึงวันนัด (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

1.3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่

- ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการดูแลที่เพิ่มขึ้น เช่นการจ้างผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์และค่าเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมชนบท (ถูกกล่าวถึง 14 ครั้ง)
- ความกลัวและความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วย (ถูกกล่าวถึง 13 ครั้ง)
- ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือ เสมือนไรญาติ (ถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง)
- ความขัดแย้งภายในครอบครัว (ถูกกล่าวถึง 9 ครั้ง)
- ครอบครัวทอดทิ้งผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 8 ครั้ง)
- ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันใกล้ (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- ญาติมีความคาดหวังสูงต่อผลการรักษาหรือสภาพของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง หรือช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด จึงจะออกจากโรงพยาบาลได้ (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- ทศนคติของญาติที่มองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- ภาวะบ้านแตกสมาชิกไม่สามารถรับมือกับตนเอง ผู้ป่วยและสังคมได้ (ถูกกล่าวถึง 7 ครั้ง)
- ปัญหาความยากจนของผู้ดูแล (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- มีจำนวนญาติที่จะให้การดูแลผู้ป่วยน้อยโดยเฉพาะน้อยกว่า 2 คน (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)

- ปัญหาการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- ญาติกลัวที่จะต้องรับผิดชอบถ้านำผู้ป่วยกลับบ้านหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังบ้านซึ่งมีข้อจำกัดด้านสถานที่และการขนย้าย เช่น บ้านแบบห้องชุด ซึ่งไม่สามารถใช้รถเข็น เปลหรือเตียงขนย้ายผู้ป่วยได้ (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ทักษะคิดว่าทำให้ผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรของตนรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการตอบแทนบุญคุณและแสดงความกตัญญู โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการหรือบุคลากรทางการแพทย์ (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- ความผูกพันและบทบาทความเป็นบุตรดูแลผู้ป่วยที่เป็นพ่อแม่หรือบุพการีสูงอายุ (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- มีเพียงญาติที่เป็นบุตรอายุน้อยจึงไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ เช่น กรณีที่มารดาป่วยแต่มีญาติคือบุตรสาวที่ยังเด็กเพียงคนเดียว (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ดูแลเป็นบิดาและมารดาที่มีอายุน้อย ไม่มีวุฒิภาวะพอที่จะดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรของมารดาที่ตั้งท้องในวัยเรียน (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

1.4. ปัจจัยทางสังคม

- ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย เช่น อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มีมลภาวะทางอากาศเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ในผู้ป่วยเด็กที่รับเคมีบำบัด (ถูกกล่าวถึง 12 ครั้ง)
- ทักษะคิดของคนที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคมทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงานเพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย ผู้ป่วยจึงควรจะอยู่ในโรงพยาบาล (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- ผู้ป่วยกรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งมักต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- การไม่เข้าใจถึงหลักการของ Palliative care ของคนในสังคมทุกฝ่ายจึงปล่อยให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลไปเรื่อยๆ ซึ่งจริงๆ แล้วสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้านได้ (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- การพยายามพิทักษ์การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้ป่วยประกันสังคม (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- ทักษะคิดของสังคมที่มองว่าการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ-สกุลไม่สามารถหาญาติหรือช่องทางจำหน่ายได้ (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- การเป็นครอบครัวเดียวมีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- ผู้ป่วยต่างชาติมักขาดสถานที่รับตัวหลังจำหน่ายออก (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)

- ข้อบังคับการควบคุมตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลตามกฎหมายเช่น ผู้ป่วยในคดีถูกละเมิดทางเพศโดยเฉพาะคดีภายในครอบครัวผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ทศนคติการเป็นคนสังคมเมือง เน้นเรื่องการทำงานหาเงิน ไม่สามารถหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ผู้ป่วยต่างด้าวที่เป็นแรงงานผิดกฎหมาย (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- โรคที่มีตราบาปทำให้กลับสู่สังคมได้ยากขึ้น (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเป็นผู้มีอุปการะคุณต่อองค์กรหรือเป็นอภิสิทธิ์ชนในสายตาขององค์กร (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- ครอบครัวเศรษฐกิจระดับกลาง (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- การนอนโรงพยาบาลให้ถึงระยะเวลาที่สามารถเบิกสิทธิประกันชีวิตได้แม้ว่าจะหมดความจำเป็นแล้ว (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ความยากลำบากในการว่าจ้างผู้ดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ทศนคติการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพื่อลดภาระการจัดการทางกฎหมาย (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยย้ายเข้ามาทำงานในเมืองตัวคนเดียวเสมือนไร้ญาติ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

1.5. ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆขององค์กร

- ขาดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการบริหารจัดการเตียงโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและทรัพยากรบุคคลที่จะเข้ามารับผิดชอบส่วนนี้ (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- ความล่าช้าของหน่วยงานราชการภายนอกองค์กร ที่ต้องทำงานร่วมกับสถานพยาบาล เช่น งานติดตามบุคคล งานคดีความ (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- ขาดระบบสนับสนุนบริการด้านการอบรมผู้ดูแลก่อนการรับผู้ป่วยกลับบ้านที่มีมาตรฐาน (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- งานบางอย่างมีความคาบเกี่ยวกับหลายหน่วยงาน จึงเกิดความล่าช้า เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- ความไม่พร้อมของระบบติดตามหลังจำหน่ายและการบริการที่บ้าน (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- นโยบายเรื่องการครองเตียงไม่ชัดเจน จากบทบาทที่ขัดแย้งกันระหว่างการเป็นโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากข้อต่อรอง ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็ว กับการเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งต้องการ การหมุนเวียนผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- นโยบายที่ยังไม่ชัดเจนเรื่องการให้สิทธิและการเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกิน ภายหลังผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

- การรอคอยเรื่องความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการส่งต่อการดูแลกับสถานทูต ในกรณีผู้ป่วยต่างด้าว ใช้เวลานานมาก (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

1.6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ศักยภาพของโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า เช่น ขาดแคลนอุปกรณ์หรือขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- การขาดแคลนเครือข่ายสาธารณสุขในการส่งต่อผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- การสื่อสารกับโรงพยาบาลต้นสังกัดไม่มีประสิทธิภาพ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2. ปัจจัยที่อาจช่วยลดภาวะจำหน่ายยาก

2.1. ปัจจัยทางการแพทย์

- มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง)
- ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบ Palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการแต่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมเฉพาะทางและสหวิชาชีพสม่ำเสมอ (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- แพทย์มีการสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ (ถูกกล่าวถึง 4 ครั้ง)
- มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย เช่น สายด่วน 24 ชั่วโมง (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- มีการสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการรับตัวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในกรณีฉุกเฉินที่สามารถทำได้จริง (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- การมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนได้มาตรฐานทางการแพทย์ต่อการจำหน่ายผู้ป่วย (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2.2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยสูงอายุที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคในระยะท้าย (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในคำแนะนำของแพทย์และทีมการรักษา (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความจริงของภาวะเจ็บป่วยและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยมี Self-care competency สูง ทำให้ต้องการ Hospital support ต่ำ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2.3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย

- ญาติผู้ดูแลอยู่ในฐานะบิดามารดา โดยเฉพาะในฐานะมารดา (ถูกกล่าวถึง 6 ครั้ง)
- มีการเชิญญาติร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2.4. ปัจจัยทางสังคม

- การเป็นครอบครัวขยาย (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- การมีสถานสงเคราะห์ที่รองรับการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนเพิ่มขึ้น (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- การมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในสังคมที่ได้มาตรฐานทั้งก่อนเจ็บป่วยและหลังจากเจ็บป่วยแล้ว (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- การให้หน่วยงานเอกชนเข้ามาทำหน้าที่เป็น Respite care เช่น ช่วงหลังรับการผ่าตัดสามารถพักฟื้นในโรงแรม หรือ Nursing home (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- การเป็นคนชนบทเจ็บป่วยระยะท้าย (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- ครอบครัวเศรษฐกิจระดับล่างและระดับสูง (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- รัฐบาลให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- สังคมมีความเข้าใจและมีความคาดหวังต่อโรงพยาบาลในการดูแลความเจ็บป่วยอย่างสมเหตุสมผล (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2.5. ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆขององค์กร

- การจัดให้มีโปรแกรมและสถานที่ในการฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล (ถูกกล่าวถึง 12 ครั้ง)
- พัฒนาระบบ Home health care ที่เข้มแข็งได้มาตรฐานตามบริบทสังคม (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- มีระบบการให้ยืมหรือสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- มีบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและสังคมแก่ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- มีการจำแนกฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อนำมาใช้พิจารณาในการจัดหาปัจจัยสนับสนุนทางการแพทย์ที่จะให้กับครอบครัวผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- มีระบบให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปอยู่บ้านเพื่อทดสอบความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจริง (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)
- มีการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อทำหน้าที่บริหารเตียงอย่างชัดเจน เช่น มีหน่วยงานที่คอยติดตามความคืบหน้าของการจำหน่ายโดยเฉพาะ (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)

- นโยบายเรื่องการคิดค่าใช้จ่ายส่วนเกินหลังมีคำสั่งจำหน่ายหรือการร่วมจ่าย(เบิกไม่ได้) เพื่อความเสมอภาคและลดบทบาทอภิสิทธิ์ชน (ถูกกล่าวถึง 2 ครั้ง)
- นโยบายในการลดหย่อนค่าใช้จ่าย ถ้าสามารถพาผู้ป่วยกลับบ้านได้ในเวลาที่กำหนด (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

2.6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดการปัญหากระบวนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมือง (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- นโยบายการประสานงานกับทีม Home health care ในระดับสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง)
- มีกองทุนสำหรับช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้น้อยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของตน (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)
- สร้างระบบการติดต่อสื่อสารที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ กับหน่วยงานภายนอก เช่น สถานทูตหรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติ (ถูกกล่าวถึง 1 ครั้ง)

อภิปรายผลของการศึกษาส่วนที่ 1

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยการทำ Focus groups ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการสร้างข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางหรือเครื่องมือในการศึกษาปัญหาเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากลำบาก โดยเฉพาะการศึกษาลำดับต่อไปของคณะผู้วิจัยชุดนี้

ผู้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม เป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจุดเด่นอยู่ที่ความหลากหลายในเรื่องของ Background เพราะมีผู้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้งที่เป็น Medical และ surgical wards มีทั้งหอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วย ICU และผู้ที่ทำงานต่อเนื่องไปถึงในชุมชน ทั้งผู้ที่ทำงานกับผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร และของสถาบันต่างๆในระดับประเทศอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีประสบการณ์ทำงานที่หลากหลายในแง่ของสาขาวิชา ได้แก่ อายุรกรรม กุมารเวชกรรม Critical care จิตเวช สูติรีเวช มะเร็ง วิทยา Palliative care และศัลยกรรม ความหลากหลายในจุดนี้ทำให้ได้มุมมองต่อปัญหาการจำหน่ายยากที่กว้างและครอบคลุมถึงปัจจัยในวงกว้าง

ข้อเสียของการคัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมแบบนี้คือ อาจเกิดอคติ (Selection bias) ในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม เพราะไม่ได้ใช้การสุ่มเลือก แต่ใช้การเชิญเป็นรายบุคคลแทน

การวิจัยส่วนนี้ให้คำนิยามของการจำหน่ายยากในประเด็นของ “การไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” ซึ่งในที่นี้ คำว่า “ข้อบ่งชี้” หมายถึง Acute care treatment หรือ acute conditions เท่านั้น เนื่องจากเป็นบทบาทหลักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ที่รวม Intermediate care, chronic care, และ rehabilitation care เข้าไปด้วย บริบทของ Acute care treatment ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมักจะมี ความซับซ้อนและต้องแบกรับความคาดหวังทางสังคมที่สูง ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งของการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน จึงมักพบปัญหาเรื่องความสามารถบริหารจัดการเตียงนอนในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง

จากนิยามของการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Prolonged hospital stay หรือ prolonged length of stay) ทางทีมผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อสังเกตว่าหากใช้ข้อกำหนดตามลักษณะสากลหรือ DRGs มาเป็นตัวกำหนดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิจะเป็นบริบทสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่ถูกส่งต่อมาตัวโรคมีลักษณะที่ซับซ้อนยากต่อการวินิจฉัย และอาจมีหลายโรคพร้อมกัน ทำให้ต้องใช้การรักษาที่นานขึ้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ละเอียดและมากกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า จึงควรต้องมีการใช้ตัวชี้วัดอื่นๆ มาช่วยกำหนดคำจำกัดความของการนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานสำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิเสียใหม่ ให้สามารถเข้าถึงหรือทำนายได้ จนสามารถบริหารจัดการให้สอดคล้องต้องงบประมาณ ค่าใช้จ่ายที่มีอยู่จำกัด ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลหรือของหน่วยงานในระดับต่างๆต่อไป

อีกเกณฑ์หนึ่งของการชี้ว่าเป็นการนอนโรงพยาบาลนานคือการมีคำสั่งจำหน่าย (Discharge order) แล้ว แต่ในแง่ของการปฏิบัติงานจริง แพทย์ส่วนหนึ่งจะไม่เขียนคำสั่งจำหน่ายจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านจริงหรือทำการเขียนคำสั่งในวันที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลจริงๆ จึงทำให้เกิดคิดเรื่องช่วงเวลารอคอยจำหน่าย (Delayed discharge) เพิ่มขึ้นมา นอกจากนี้ ประเด็นความเห็นของการพิจารณาว่าพร้อมที่จะจำหน่ายยังขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน ดังนั้นหากจะใช้นิยามข้อนี้ไปทำการศึกษาต่อ อาจต้องให้ถือว่า การที่มีแผนจะจำหน่ายผู้ป่วยหรือการกำหนดวันที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออก เป็นจุดเริ่มต้นในการสังเกตและวิเคราะห์เหตุปัจจัยต่างๆ

งานวิจัยนี้ได้มองแยกประเด็นของการนอนโรงพยาบาลนาน (Prolonged hospital stay) กับการจำหน่ายยาก (Difficult discharge) ออกจากกัน ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานอาจจะไม่ใช่ผู้ป่วยจำหน่ายยาก แต่อาจต้องนอนเป็นเวลานานเพราะมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการยังไม่ปลอดภัย ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจำหน่ายยาก ก็ไม่จำเป็นต้องมีวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน แต่มองไปที่การหมดข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลแล้ว

อีกตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะจำหน่ายยาก คือ ความรู้สึกยากหรืออึดอัดหรือความลำบากใจ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนในกระบวนการจำหน่าย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายผู้ให้บริการในโรงพยาบาลหรือฝ่ายผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นตัวช่วยเสริมว่าการจำหน่ายผู้ป่วยในครั้งนั้นๆ ก่อให้เกิดความยุ่งยาก ต้องอาศัยกระบวนการเตรียมความพร้อม ที่มากขึ้นกว่าการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกยากลำบากใจนั้น เป็นนามธรรม ไม่สามารถจับต้องหรือวัดค่าออกมาได้ (Subjective) และยังเป็นตัวแปรที่ขึ้นกับบุคคลแต่ละราย

ดังจะเห็นได้ว่าการให้นิยามภาวะจำหน่ายยาก ต้องประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญคือ การหมดข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล และ ความรู้สึกยากลำบากใจ บทบาทในการวินิจฉัยภาวะนี้ จึงขึ้นกับแพทย์เจ้าของไข้ในส่วนของการตัดสินใจบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล เมื่อหมดข้อบ่งชี้แล้ว จึงมองหาความยากลำบากใจที่เกิดขึ้นในผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ถ้าพบความยากลำบากใจ ก็จะสามารถให้การวินิจฉัย“การจำหน่ายยาก”ได้

อย่างไรก็ดี นิยามนี้ยังเป็นนิยามที่วัดจากความเห็นและความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่มากที่ได้อาจออกมาหลากหลายเพราะขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลจึงควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความแม่นยำของการใช้นิยามนี้ โดยใช้ผู้ประเมินที่ต่างกันและวัดเป็นค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ออกมา นอกจากนั้น การนำนิยามไปพัฒนาเป็นแบบประเมินที่ลงรายละเอียดและวัดผลได้เป็นคะแนน ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ประเมินมองปัญหาออกมาในทางเดียวกันได้ดีขึ้น จึงขอเสนอเป็นข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไปในด้านนี้

ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายผู้ป่วย งานวิจัยนี้ได้นำเสนอทั้งปัจจัยที่ก่อให้เกิดการจำหน่ายยากและปัจจัยที่ช่วยลดภาวะนี้ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านการแพทย์ ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคม ด้านบริบทเฉพาะขององค์กร รวมไปถึงด้านระบบสาธารณสุข

ปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่พบสอดคล้องกับงานของ Mak และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและทำให้ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

การศึกษาของศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณและปารย์ทิพย์ ธนาภิกุปตานนท์⁽²³⁾ ซึ่งชี้ว่าคุณภาพบริการที่ดีของสถานพยาบาลเอกชนมีส่วนสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและมีความภักดีในระดับสูงจนเกิดการใช้บริการซ้ำบ่อยครั้ง กับ การศึกษาของปรีชา อุบโยคิน⁽²⁴⁾ ซึ่งศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจนพบว่าผู้ป่วยยินดีที่จะเดินทางไกลเพื่อไปยังสถานพยาบาลที่คนรักษาเก่งมีชื่อเสียงนั้น ช่วยสนับสนุนสาเหตุ

ที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด เพราะพอใจในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาอยู่ในปัจจุบันและไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประเด็นเรื่องปัญหาทางสังคม ในงานวิจัยของ Wright และคณะ⁽²⁵⁾ มีการกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวว่า เป็นผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยที่ต้องการ Home health care ซึ่งสอดคล้องไปกับผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการศึกษาต่อไปในประเด็นของปัญหาทางสังคมที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการจำหน่าย

นโยบายเรื่องการครองเตียงเป็นอีกปัจจัยส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Ekdahl และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งพบว่า นโยบายของโรงพยาบาลที่ทำให้แพทย์และพยาบาลต้องคิดถึงการเร่งรัดการจำหน่ายผู้ป่วยตลอดเวลา ส่งผลให้พวกเขาเหล่านั้นเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของผู้ป่วยได้ เมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าทางโรงพยาบาลไม่ยอมรับตนไว้รักษาอีกด้วย

ประเด็นเรื่องการวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการที่สำคัญและต่อเนื่องระหว่างทีมผู้ให้การรักษาดูแลด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ การศึกษาในต่างประเทศจึงมุ่งที่การพัฒนากระบวนการในจุดนี้ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน โดยที่มีการศึกษาอยู่หลายฉบับที่พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายโดยกล่าวถึงประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายนั้นว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการวางแผนที่ดี และควรมีการประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วยและญาติและการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่^(27,28)

การวิจัยเรื่อง A patient-centered model of care for hospital discharge โดย Anthony และ Hudson-Barr⁽²⁹⁾ ได้กล่าวถึงการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ความสำคัญกับญาติพี่น้อง และการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ล้วนเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการรักษาวิธีต่างๆ รวมไปถึงการจำหน่ายออกได้ของผู้ป่วย การศึกษานี้ทำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 199 ราย ซึ่งมารับการผ่าตัดทางเดินอาหาร ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งทั้งในช่วงก่อนเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะที่กำลังเป็นผู้ป่วยในและภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผลที่ได้ตรงกับผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ในส่วนของปัจจัยที่อาจจะลดภาวะจำหน่ายยากด้านการแพทย์ ได้แก่ การมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ซึ่งถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบ Palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิ

การศึกษาวิจัยเรื่อง Patient participation and preference assessment โดย Huber และคณะ⁽³⁰⁾ พบว่าการขาดกระบวนการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ดีมีผลทำให้การจำหน่ายเป็นไปได้ยาก ในทางตรงข้าม หากมีการประเมินความต้องการเบื้องต้นและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลดีต่อการจำหน่ายออกในเวลาต่อมา ซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้เช่นกัน ทั้งในส่วนของปัจจัยที่อาจจะส่งเสริมและลดภาวะจำหน่ายยาก คือ การวิเคราะห์และวางแผนจำหน่ายที่ไม่ได้คุณภาพ เช่น ไม่มีการประสานกันระหว่างบุคลากรในทีมเจ้าของไข้ ไม่ได้วางแผนจำหน่ายครบทุกด้าน ซึ่งถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย ซึ่งถูกกล่าวถึง 10 ครั้ง ตามลำดับ

ผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยสนับสนุนการจำหน่ายยาก คือการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนถึงเป้าหมายการรักษา เช่น กรณีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ยังรักษาเต็มที่ สอดคล้องกับงานของ Reyes-Ortiz และคณะ⁽³¹⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุว่า การส่งปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับ จำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลภายหลังการส่งปรึกษาที่ลดลง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice care)

ข้อจำกัดของการศึกษาส่วนที่ 1

1. การนำเนื้อหาข้างต้นไปใช้อ้างอิงในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิและตติยภูมิอื่นๆ รวมถึงการนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาปัจจัยในเชิงลึก เพราะการศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่มาร่วมทำ Focus Groups มาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นส่วนใหญ่ การจะนำข้อมูลนี้ไปใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ ควรคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างไป เช่น ตัวแปรด้านทรัพยากรบุคคล สถานที่ และรูปแบบการบริหารองค์กรด้วย
2. อาจเกิด Selection bias ในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม เพราะไม่ได้ใช้การสุ่มเลือก
3. การกำหนดให้ตัวแทนผู้ทำวิจัยที่อยู่ในกลุ่ม ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ควบคุมกลุ่ม ไม่ให้ออกความเห็น มีเหตุผลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด Bias และการขึ้นจากทีมผู้ทำวิจัย แต่ก็ทำให้เสียข้อมูลหรือมุมมองบางอย่างจากผู้ทำวิจัยไป เนื่องจากตัวผู้ทำวิจัยหลายท่าน ก็เป็นผู้มีประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงนิยามที่ใช้ได้จริงในเรื่องของ “การนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน” (Prolonged hospital stay หรือ prolonged length of stay) และ “การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยาก” (Difficult discharge) ตลอดจนปัจจัยที่น่าจะมีส่วนสนับสนุนการจำหน่ายยาก และช่วยลดภาวะจำหน่ายยากในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งนี้ข้อสรุปปัจจัยต่างๆเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อเนื่องในส่วนต่อไป ตลอดจนการนำไปปรับปรุงกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลงระยะที่ 1

Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and
development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase1

ส่วนที่ 2

Part 2

การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วย
ของโรงพยาบาลกรณีศึกษา

Prevalence and distribution of difficulty discharge
in a tertiary care hospital

ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วย ของโรงพยาบาลการศึกษา

ส่วนที่ 2 เป็นการนำคำจำกัดความและขอบเขตของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษาส่วนที่ 1 มาใช้เป็นกรอบในการสำรวจปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาครัฐแห่งหนึ่ง เพื่อดูว่าปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยมีความชุกประมาณเท่าไรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใดเป็นปัจจัยที่พบบ่อย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนที่ 2 (Objectives)

- 1) เพื่อศึกษาถึงจำนวนและการกระจายตัวของผู้ป่วยใน ที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือจำหน่ายออกได้ยาก
- 2) เพื่อค้นหาความถี่ของปัจจัยในด้านต่างๆทั้งด้านการแพทย์ ด้านระบบ ด้านผู้ป่วย และด้านสังคม ที่ก่อความยากลำบากในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษาของส่วนที่ 2 (Research Design)

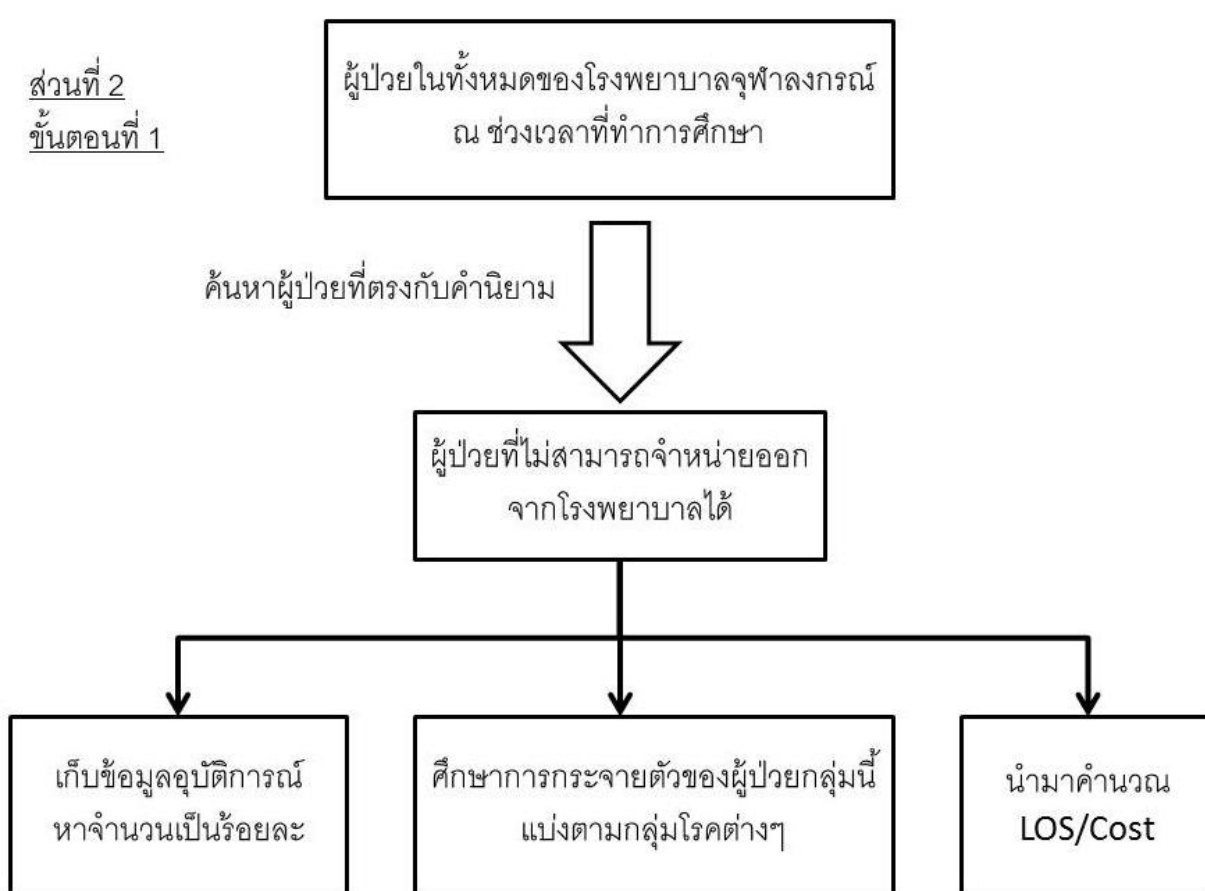
การศึกษาในส่วนที่ 2 เป็นการหาจำนวน การกระจายตัว และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยใช้การสำรวจบนหอผู้ป่วยใน ทุกหอของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (census survey) และการเก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยการรวบรวมข้อมูลจากหน้าป้าย

จากนั้นจะทำการหาปัจจัยต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางการแพทย์ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยอื่นๆ โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล และเก็บข้อมูลลงในแบบสอบถาม

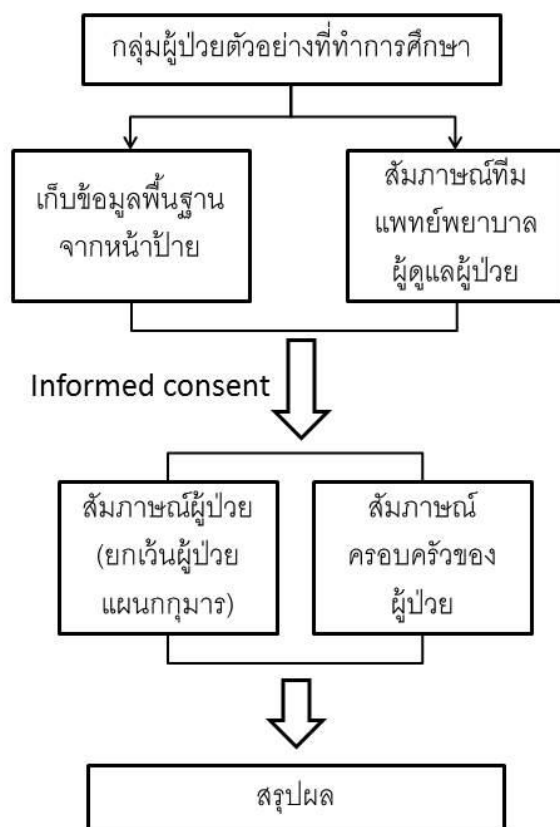
การเข้าสำรวจในแต่ละหอผู้ป่วยจะทำเพียง 1 ครั้ง ซึ่งเป็นวันเวลาใดก็ได้ในช่วงเวลา 1 เดือนที่กำหนดไว้ การคัดเลือกผู้ป่วยและการเก็บข้อมูลจะกระทำในวันที่เข้าสำรวจ และจะไม่มีการคัดเลือกผู้ป่วยเพิ่มเติมภายหลัง

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง เช่นอยู่ในภาวะหมดสติ ซึมหรือ ไม่สามารถพูดได้ จะทำการเก็บข้อมูลเฉพาะในส่วนของประวัติความเจ็บป่วยและข้อมูลพื้นฐานจากหน้าป้าย และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครอบครัวและทีมแพทย์พยาบาลผู้ดูแลเท่านั้น

ส่วนกรณีของผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม จะเก็บข้อมูลพื้นฐานจากหน้าป้ายและทีมแพทย์พยาบาลและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเท่านั้น จะไม่ทำการเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วย เพราะเนื้อหาข้อมูลและภาษาในแบบสอบถาม ไม่ได้เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลในเด็ก



ส่วนที่ 2
ขั้นตอนที่ 2



คณะผู้วิจัย เลือกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลกรณีศึกษาหลักในครั้ง นี้ เพราะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ให้การรักษาในระดับตติยภูมิ ซึ่งกำลัง ประสบปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลแห่งนี้ มีความหลากหลายทั้งเรื่องของกลุ่มโรค ภูมิลำเนา อาชีพ เศรษฐฐานะ สิทธิการรักษา และตัวโรงพยาบาลเองก็มีหลายบทบาทหน้าที่ ทั้งการรักษาผู้ป่วย การรับตัวผู้ป่วยที่ส่งต่อ การเป็นโรงเรียน แพทย์ การเป็นโรงพยาบาลของสภากาชาดไทย การวิจัย จึงน่าจะเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการ ทำการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่กว้างและครอบคลุมในทุกบริบท

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาส่วนที่ 2 (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

1) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่จะทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกคนที่เข้ารับการรักษาใน ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล โดยที่ไม่รวมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต(I.C.U.) และผู้ป่วย บนหอผู้ป่วยของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ รวมถึงหอผู้ป่วยพิเศษ สก20

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (inclusion criteria)

ก) เป็นผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์วันที่ทำการเก็บข้อมูล

กฎเกณฑ์ในการตัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

ก) เป็นผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต(I.C.U.) และผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยของคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ รวมถึงหอผู้ป่วยพิเศษ สก20

ข) ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์

โดยผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ก) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ข) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

ค) ยินยอมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

2) เทคนิคในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

สำหรับการสำรวจหาจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ จะไม่มีการสุ่มตัวอย่าง แต่จะเข้าทำการสำรวจในทุกหอผู้ป่วยในรูปแบบของการทำ census survey และใช้ประชากรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด

จำนวนกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างที่จะทำการศึกษา คาดว่ามีประมาณ 184 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ได้จากการคำนวณ โดยพิจารณาจากจำนวนเตียงทั้งหมดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประมาณ 1,350 เตียง มีอัตราครองเตียงเฉลี่ยประมาณ 80% และจากการสำรวจคร่าวๆบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติศาสตร์ มะเร็ง จิตเวช และกุมารเวชศาสตร์ ทั้งพิเศษและสามัญ ได้จำนวนผู้ป่วยที่ตรงกับเกณฑ์เฉลี่ย 17.30% (41 ราย จาก 237 เตียง) คำนวณออกมาได้ $1,350 \times 0.8 \times 0.17 = 183.6$ ราย

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1) ข้อมูลที่รวบรวม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ ที่อยู่ ภูมิลำเนา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โรคหรือภาวะความเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล

2. ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในบ้าน ผู้ดูแลหลัก รายได้ต่อครัวเรือน
 3. สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งจากมุมมองของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ
 4. ผลกระทบของปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความรู้สึกยากลำบากในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งจาก มุมมองของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยวัดออกมาเป็น rating scale 4 ระดับ
- 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

ใช้แบบบันทึก (data record form) และแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้ ค้นหาผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์ของ “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ หรือ จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลได้ยาก” ส่วนต่อมาเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน เพื่อบันทึกข้อมูลจากหน้าป้าย

ส่วนต่อๆมา จะเป็นแบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์แพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วย และ ญาติผู้ดูแล เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆทั้งด้านบวกและลบที่มีผลต่อการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

หัวข้อทั้งหมดใน data record form และแบบสอบถาม เป็นหัวข้อที่ได้มาจากการทำการศึกษาใน ส่วนที่ 1 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ขอบเขตของปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อกรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากออกแบบและแก้ไขแบบสอบถามแล้ว คณะผู้ทำการศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับ ประชาชนทั่วไป แพทย์และพยาบาล จำนวนหนึ่ง และได้ทำการแก้ไขซ้ำจนได้เป็นแบบสอบถามฉบับนี้ ออกมา

อนึ่ง การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกและแบบสอบถาม จะกระทำโดยทีมผู้ออกสำรวจ ซึ่งได้รับการฝึกฝนในเรื่องการเก็บข้อมูลมาแล้ว

ทีมผู้ออกสำรวจประกอบด้วยหัวหน้าทีมที่เป็นพยาบาลวิชาชีพอาสาสมัคร 1 คน ทำหน้าที่กำกับ การทำงานและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และลูกทีมซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ธุรการอาสาสมัคร 2-3 คน ต่อทีม ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมทีมสำรวจทั้งหมดจะ ผ่านการอบรมเรื่องการขอคำยินยอมจากผู้ป่วยและการใช้แบบสอบถาม

ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกบันทึกลงใน record form และแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้สอบถาม ข้อมูล จากนั้นข้อมูลจะถูกดึงมาบันทึกในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติก่อนจะนำไป วิเคราะห์และคำนวณต่อ

ผลการศึกษาของส่วนที่ 2

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้

ทีมผู้วิจัยได้สำรวจหอผู้ป่วยในทั้งหมด 60 หอ ซึ่งขณะนั้นมีผู้ป่วยที่กำลังนอนโรงพยาบาลอยู่ทั้งหมด 949 คน พบว่ามี “ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้” 96 คน คิดเป็น 10.14% ของผู้ป่วยในทั้งหมดในขณะนั้น

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 96 ราย สามารถเก็บข้อมูลพื้นฐานจากหน้าปายได้ทั้งหมด แต่มีผู้ป่วย 4 รายที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วนอื่นๆได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้เสียชีวิตหรือได้รับการจำหน่ายออกไปก่อนที่จะได้เก็บข้อมูลเพิ่ม จึงเหลือผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมได้ 92 ราย คิดเป็น 95.83% ของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด

หัวข้อ	จำนวน
จำนวนหอผู้ป่วยในที่เข้าสำรวจทั้งหมด	60 หอ
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดในขณะที่ยังเข้าสำรวจ	949 คน
จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การจำหน่ายไม่ได้	96 ราย (10.14% ของผู้ป่วยในทั้งหมด)
จำนวนผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่สามารถเก็บข้อมูลเพิ่มเติมได้	92 ราย (95.83% ของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์)

ในกลุ่มของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้ง 92 ราย สามารถเก็บข้อมูลในส่วนของแพทย์และส่วนของพยาบาล ได้ครบทั้ง 92 ราย (คิดเป็น 100%) เก็บข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยได้ 36 ราย (คิดเป็น 39.13%) และเก็บข้อมูลในส่วนของญาติได้ 58 ราย (คิดเป็น 63.04%)

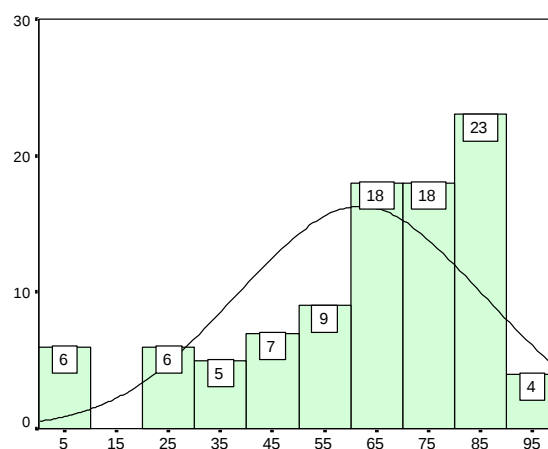
ข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยที่ขาดไป เกิดจาก ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น อยู่ในภาวะหมดสติ หรือ ไม่สามารถสื่อสารได้ จำนวน 44 ราย ผู้ป่วยปฏิเสธการให้ข้อมูล 1 ราย เป็นผู้ป่วยเด็ก 9 ราย และจากเหตุผลอื่นๆ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดความขัดแย้งหากเข้าไปพูดคุยเรื่องการจำหน่าย 2 ราย

ข้อมูลในส่วนของญาติที่ขาดไป เกิดจาก การเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือเสมือนไร้ญาติ (ญาติไม่เคยติดต่อหรือมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเลย) 9 ราย ไม่เจอญาติ 16 ราย ญาติให้ข้อมูลไม่ได้ 0 ราย ญาติปฏิเสธการให้ข้อมูล 4 ราย และ เหตุผลอื่นๆ เช่น มีความเสี่ยงที่จะเกิดความขัดแย้ง 5 ราย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้

1. อายุ : อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้อยู่ที่ 61.84 ปี โดยมีค่ามัธยฐานที่ 65.50 ปี

ค่า	อายุ (ปี)	ค่า	อายุ (ปี)
Mean	61.84	Percentile 25 th	49.00
Median	65.50	50 th	65.50
SD	23.496	75 th	82.00
Minimum	1		
Maximum	97		



2. เพศ : ผู้ป่วยเป็น เพศชาย 41 ราย (42.7%) และเพศหญิง 55 ราย (57.3%)
3. ที่อยู่ปัจจุบัน : ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล 77 ราย (81.1%) และเขตต่างจังหวัด 18 ราย (18.9%) [มี missing data 1 ราย]
4. ภูมิลำเนาเดิม : ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล 61 ราย (64.2%) เขตต่างจังหวัด 33 ราย (34.7%) และต่างประเทศ 1 ราย (1.1%) [มี missing data 1 ราย]
5. อาชีพ : ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งมีจำนวน 43 ราย (49.4%) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง 15 ราย (17.2%) และอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว 12 ราย (13.8%) [มี missing data 9 ราย]

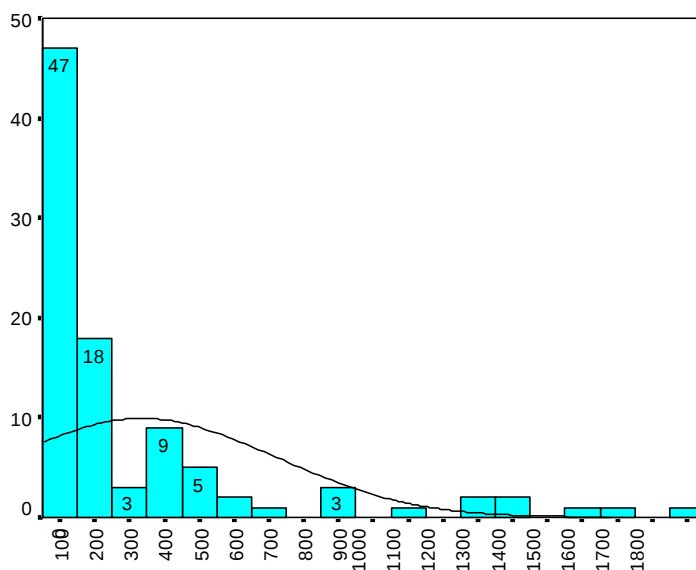
อาชีพ	จำนวน (ราย)	Percent (%)
รับราชการ	6	6.9
รับจ้าง	15	17.2
เกษตรกรรม	1	1.1
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	12	13.8
อิสระ	2	2.3
นักบวช	3	3.4
นักเรียน นักศึกษา	1	1.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	49.4
อื่นๆ	4	4.6
รวม	87	100.0

6. ศาสนา : นับถือศาสนาพุทธ 85 ราย (93.4%) ศาสนาคริสต์ 4 ราย (4.4%) และศาสนาอิสลาม 2 ราย (2.2%) [มี missing data 5 ราย]
7. สิทธิการรักษา : ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิเงินเชื่อจากต้นสังกัดที่เป็นหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เป็นจำนวน 32 ราย (คิดเป็น 33.7%) รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) ทุกประเภท 30 ราย (คิดเป็น 31.6%) และอันดับต่อมาก็คือ ใช้สิทธิเงินสด 10 ราย (10.5%) [มี missing data 1 ราย]

สิทธิการรักษา	จำนวน (ราย)	Percent (%)
เงินสด	10	10.5
30 บาท ทุกประเภท	30	31.6
ประกันสังคม	7	7.4
เงินเชื่อ ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	32	33.7
สวัสดิการ สภาอากาศไทย	8	8.4
ผู้ป่วยในความอนุเคราะห์	6	6.3
ต่างชาติ	2	2.1
รวม	95	100.0

8. ประเภทเตียง : เป็นผู้ป่วยประเภทห้องเตียงเดี่ยว 32 ราย (33.3%) ประเภทเตียงในห้องรวม (ตั้งแต่ 2 เตียงขึ้นไปต่อห้อง) จำนวน 64 ราย (66.7%)
9. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) : จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนับถึงวันที่ทำการสำรวจของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 235.01 วัน และมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 51 วัน

ค่า	ระยะเวลา (วัน)
Mean	235.01
Median	51.00
SD	385.826
Minimum	2
Maximum	1750
Percentile 25 th	25.00
50 th	51.00
75 th	297.75



10. กลุ่มโรคที่แบ่งตามแผนกที่เป็นเจ้าของไข้ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ซึ่งมีจำนวน 44 ราย (คิดเป็น 45.8%) รองลงมาเป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม 25 ราย (26.0%) และอันดับต่อมาคือผู้ป่วยแผนกมะเร็ง 8 ราย (8.3%)

แผนก	จำนวน (ราย)	Percent (%)
กุมารเวชกรรม	6	6.3
จักษุกรรม	2	2.1
จิตเวช	1	1.0
นรีเวชกรรม	3	3.1
มะเร็ง	8	8.3
ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์	25	26.0
สูติศาสตร์	3	3.1
หูคอจมูก	3	3.1
อายุรกรรม	44	45.8
อุบัติเหตุ	1	1.0
รวม	96	100.0

11. คะแนนระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐาน : คำนวณจากแบบทดสอบ Modified Barthel Activity of Daily Index ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (0 คะแนน แปลว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย และ 20 คะแนน แปลว่าช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด) พบว่าคะแนนเฉลี่ยในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่ 5.99 คะแนน ส่วนค่ามัธยฐานอยู่ที่ 0 คะแนน

ค่า	คะแนน	ค่า	คะแนน
Mean	5.99	Percentile 25 th	0.00
Median	0.00	50 th	0.00
SD	7.993	75 th	13.50
Minimum	0		
Maximum	20		

12. โรคหรือภาวะตามการวินิจฉัยหลัก แบ่งตามการจัดกลุ่มโรคของ ICD-10 : ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้านอนโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีจำนวน 20 ราย (คิดเป็น 20.8%) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคทางระบบไหลเวียนเลือด 13 ราย (13.5%) และ ระบบขับปัสสาวะ 12 ราย (12.5%)

กลุ่มโรคตามหมวดของ ICD-10	จำนวน (ราย)	Percent (%)
Cancer	20	20.8
Hematology/Immune	3	3.1
Endocrine/Nutrition/Metabolic	3	3.1
Mental	2	2.1
Neurology	9	9.4
Eye/Ear	3	3.1
Circulatory	13	13.5
Respiratory	7	7.3
Digestive	2	2.1
Musculoskeletal	9	9.4
GU/KUB	12	12.5
Pregnancy	5	5.2
Newborn	1	1.0
Congenital	3	3.1
Injury/Poisoning	4	4.2
รวม	96	100.0

13. ประวัติเคยเป็นผู้ป่วยไม่ทราบ-ชื่อไม่ทราบนามสกุล : มีผู้ป่วย 1 ราย (1%) ที่เคยเป็นผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ-ไม่ทราบนามสกุลมาก่อน
14. ผู้ป่วย VIP หรือ ผู้มีอุปการะคุณ : มีจำนวน 14 ราย (15.2%) เป็นผู้ป่วย VIP หรือ ผู้มีอุปการะคุณ
15. ผู้ป่วยกรณีความเสี่ยง : เป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกรณีความเสี่ยงจำนวน 40 ราย (43.5%)
16. ผู้ป่วยคดีความที่ต้องถูกคุมตัวในโรงพยาบาล : ผู้ป่วยคดีความมีจำนวน 1 คน (1.1%)
17. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล : มีจำนวน 12 ราย (13.0%)
18. ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ญาติห่างเหิน หรือญาติไม่มาที่โรงพยาบาล : มีผู้ป่วยจำนวน 19 ราย (20.9%) ที่ไม่มีญาติหรือเสมือนไร้ญาติ อีก 72 ราย (79.1%) ที่มามีผู้ให้การรักษายังสามารถติดต่อหรือพบกับญาติได้ [มี missing data 1 ราย]

19. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน (ไม่รวมตัวผู้ป่วย) : มีตั้งแต่ 0-6 คน โดยมีค่าเฉลี่ยของจำนวนอยู่ที่ 2.75 คน และค่ามัธยฐานที่ 2 คน

20. รายได้รวมของครอบครัว : ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนการมีเงินเก็บ ความสม่ำเสมอของรายได้ และภาวะหนี้สิน มีสัดส่วนของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

หัวข้อ	คำตอบ	จำนวน	missing data
ความพอเพียงของรายได้	พอใช้	20 ราย (76.9%)	10 ราย
	ไม่พอใช้	6 ราย (23.1%)	
การมีเงินเก็บจากรายได้ที่คงเหลือ	มีพอเก็บ	14 ราย (58.3%)	12 ราย
	ไม่พอเก็บ	10 ราย (41.7%)	
ความสม่ำเสมอของรายได้	สม่ำเสมอ	12 ราย (50.0%)	12 ราย
	ไม่สม่ำเสมอ	12 คน (50.0%)	
ภาวะหนี้สิน	มีหนี้สิน	10 ราย (43.5%)	13 ราย
	ไม่มีหนี้สิน	13 ราย (56.5%)	

21. จำนวนของผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย : ครอบครัวของผู้ป่วยมีผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยดูแลผู้ป่วย เพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถาม เฉลี่ย 1.14 คน ค่ามัธยฐาน 1.00 คน โดยครอบครัวที่มีมากที่สุดมีผู้ดูแลเสริม 4 คน และน้อยที่สุด 0 คน [มี missing data 1 ราย]

22. จำนวนของบุคคลภายนอกบ้านที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย : จำนวนมากที่สุด 4 คน น้อยที่สุด 0 คน จำนวนเฉลี่ย 0.79 คน ค่ามัธยฐาน 1.00 คน [มี missing data 2 ราย]

23. เป้าหมายในการจำหน่ายผู้ป่วย : เป้าหมายในการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ จำหน่ายกลับบ้านจำนวน 73 ราย (82.0%) ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่นจำนวน 16 ราย (18.0%) [มี missing data 3 ราย]

24. สถานะของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้ ณ 45 วันหลังการเข้าสำรวจ : ภายหลังการเข้าสำรวจ เป็นระยะเวลา 45 วัน เมื่อตรวจสอบสถานะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ 41 ราย (42.71%) ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รองลงมาคือ 31 ราย (32.29%) ยังคงอยู่ในโรงพยาบาล และ 16 ราย (16.67%) เสียชีวิต

สถานะของผู้ป่วย ณ 45 วันหลังการเข้าสำรวจ	จำนวน [ราย(%)]
จำหน่ายกลับบ้าน	41(42.71)
ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ	4(4.17)
เสียชีวิตในโรงพยาบาล	16(16.67)
ยังคงอยู่ในโรงพยาบาล	31(32.29)
กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	2(2.08)
ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้	2(2.08)
รวม	96 (100)

ระดับการวางแผนจำหน่ายและสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

ระดับการวางแผนจำหน่าย

1. Discharge initiation & planning : แพทย์ 87.0% และพยาบาล 82.2% แจ้งว่า เคยมีการปรึกษากันในฝ่ายผู้ให้การรักษาเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของตนเองแล้ว
2. Discharge declaration : แพทย์ 73.6% และพยาบาล 72.5% แจ้งว่า เคยมีการแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบแล้ว ถึงการเตรียมตัวเพื่อรับการจำหน่าย ในขณะที่ผู้ป่วย 69.4% และญาติผู้ป่วย 81.0% ระบุว่าทีมผู้ให้การรักษาได้แจ้งให้ตนเองทราบเรื่องการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว
3. Discharge order : แพทย์ 28.3% และ พยาบาล 29.7% แจ้งว่า ผู้ป่วยของตน เคยมีคำสั่งจำหน่ายในหน้าป้ายแล้ว

ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับการจำหน่ายได้

พิจารณาใน 3 ประเด็น คือ ยังต้องการการรักษาสำหรับ acute condition อาการทางคลินิกยังไม่ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้าน และ ยังต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

1. ยังมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาล สำหรับ acute care treatment หรือ acute conditions : มีผู้ป่วยจำนวน 49 ราย (53.3%) ที่ยังมีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา active acute conditions ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้แล้ว คิดเป็นจำนวน 43 ราย (46.7%)

เมื่อพิจารณารายละเอียดของ acute conditions เหล่านั้นเพิ่มเติม พบว่าประกอบด้วยกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุตามที่แสดงในตาราง ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Acute conditions ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาล	จำนวน (ราย)
โรคหลักที่นำผู้ป่วยเข้ามา ยังต้องให้การรักษาในโรงพยาบาล	18
Complications ที่เกิดระหว่างการนอนโรงพยาบาล	18
■ ปัญหาทางการรับประทานอาหาร ■ การติดเชื้อ ■ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ■ อาการชัก ■ ภาวะเลือดออก ■ สภาพโดยรวมของผู้ป่วยแย่ลง ■ แผลกดทับ ■ ไม่ระบุ	1 8 3 1 2 1 1 2
โรคร่วมหรือ active problem อื่นๆ ที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล	19
ปัญหาจาก medical error หรือกรณีความเสี่ยง	4

2. Clinical ยังไม่ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้าน (เฉพาะ medical aspect): มีผู้ป่วยที่อาการยังไม่ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้านจำนวน 43 ราย (46.7%) และที่มีอาการปลอดภัยเพียงพอ 49 ราย (53.3%)
3. อาการของผู้ป่วยต้องการการดูแลในโรงพยาบาลระดับ tertiary care : มีผู้ป่วยที่ยังต้องการการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 26 ราย (28.3%) และผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 66 ราย (71.7%)

สาเหตุที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล

สาเหตุหลัก 3 อันดับที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถรับการจำหน่ายได้ ณ ขณะนี้ ตามความเห็นของแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ แสดงตามตาราง ดังนี้

อันดับ	คำตอบของแพทย์		คำตอบของพยาบาล		รวม
	สาเหตุ	%	สาเหตุ	%	% เฉลี่ย
อันดับที่ 1	รอญาติพร้อม/ไม่มีญาติดูแล	52.2%	รอญาติพร้อม/ไม่มีญาติดูแล	54.3%	53.3%
อันดับที่ 2	รอผู้ป่วยพร้อม	33.7%	รอผู้ป่วยพร้อม	47.8%	40.8%
อันดับที่ 3	รอสถานที่พร้อม	23.9%	รอสถานที่พร้อม	26.1%	25.0%

ส่วนสาเหตุรองลงไป ได้แก่ รอคการท่า Investigation เพิ่มเติม รอคกระบวนการส่งต่อ รอคอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ และ รอคแพทย์เฉพาะทางมาดูแล

ความยากลำบากใจต่อกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย

1. ความยากลำบากใจในฝ่ายผู้ให้การรักษา

การที่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ ทำให้ 57.1% ของแพทย์และ 70% ของพยาบาลเจ้าของไข้ เกิดความรู้สึกยากลำบากใจ เมื่อพิจารณาข้อมูล 89 คู่ ที่มีคำตอบครบทั้งของแพทย์และพยาบาล [มีmissing data 3 คู่] พบว่ามี 37 คู่ ที่เกิดความลำบากใจกับทั้ง 2 คน อีก 39 คู่ เกิดความรู้สึกยากลำบากใจกับคนใดคนหนึ่ง และ 13 คู่ ไม่เกิดความรู้สึกยากลำบากใจเลยทั้งคู่ คำตอบของแพทย์และพยาบาลนั้น ไม่สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญ Pearson's correlation 0.073 (sig. 0.498) แสดงว่าทั้งสองฝ่ายมีมุมมองต่อการจำหน่ายยากที่ต่างกัน

2. ความยากลำบากใจในฝ่ายผู้รับการรักษา

ผู้ป่วย 61.1% และญาติผู้ป่วย 70.9% เกิดความยากลำบากใจกับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ไม่ได้คำนวณค่า correlation เนื่องจากมีชุดข้อมูลที่มีคำตอบของทั้งผู้ป่วยและญาติครบทั้งสองคนน้อย จึงทำให้ค่าที่ได้มี reliability ต่ำ)

3. สาเหตุของความยากลำบากใจ

เมื่อสอบถามถึงสาเหตุของความยากลำบากใจที่เกิดขึ้นกับแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และ ญาติ สรุปสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ดังนี้

	สาเหตุอันดับที่ 1	%	สาเหตุอันดับที่ 2	%
แพทย์	ความไม่พร้อมของญาติ	20%	ตัวโรค อาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์	18.8%
พยาบาล	ความไม่พร้อมของญาติ	31.8%	ตัวโรค อาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยโดยตรง	18.8%
ผู้ป่วย	ตัวโรค อาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์	31.4%	การดูแลตนเอง	22.9%
ญาติ	ตัวโรค อาการ อุปกรณ์ทางการแพทย์	36.4%	วิธีการดูแลผู้ป่วย	32.7%

เหตุจากตัวโรค อาการ อุปสรรคทางการแพทย์ ได้แก่ เกิดหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องให้อาหารทาง TPN แผลยังไม่หาย ต้องได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์เป็นประจำ กลัวอาการจะกำเริบที่บ้าน ยังกินอาหารไม่ได้ ยังรู้สึกไม่มีแรง เป็นต้น

เหตุจากความไม่พร้อมของญาติ ได้แก่ ติดต่อกันไม่ได้ ญาติไม่มาเยี่ยม ญาติไม่รับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติไม่พร้อม ญาติไม่สามารถดูแลได้ ญาติไม่เข้าใจวิธีดูแล ญาติดูแลได้ไม่ดี ญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติต้องการให้ผู้ป่วยอยู่รักษาที่โรงพยาบาลเดิม ญาติวิตกกังวลมาก ยกเว้น ไม่มีญาติ

เหตุจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ผู้ป่วยยังไม่อยากกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่ยอมย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยไม่ยอมกลับบ้าน ผู้ป่วยปฏิเสธการกลับบ้าน ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ผู้ป่วยซึมเศร้าเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ยอมรับการพยากรณ์โรคของตนเอง ผู้ป่วยไม่มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอในการกลับไปอยู่บ้าน

เหตุจากการดูแลตนเองและวิธีการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่สามารถดูแลได้ดีเท่ากับที่โรงพยาบาล ไม่แน่ใจเรื่องการจัดการกับอาการบางอย่าง

ส่วนสาเหตุของความยากลำบากใจอื่นๆที่มีการกล่าวถึงในอันดับรองลงไป ได้แก่ การไม่มีญาติ (เช่น อาศัยอยู่คนเดียว) สถานที่และการเคลื่อนย้าย (เช่น บ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล) ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การหาเตียงถ้าต้องกลับมาเข้าโรงพยาบาล ปัญหาครอบครัว (เช่น ไม่มีคนดูแล) ภาระหน้าที่อื่นๆ (เช่น กลับบ้านไปแล้ว ต้องไปให้การดูแลผู้อื่นต่อ ทั้งๆที่ตนเองยังป่วย) ปัญหากรณีผู้ป่วย ความเสี่ยงของโรงพยาบาล และ ปัญหาการส่งต่อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยากหรือจำหน่ายไม่ได้

การหาความถี่ของปัจจัย วิเคราะห์โดยดูจากจำนวนร้อยละของผู้ป่วยจำหน่ายไม่ได้ที่พบปัจจัยต่างๆเหล่านั้น ส่วนระดับผลกระทบ คำนวณจาก rating scale ที่กำหนดไว้ โดยแทนความรุนแรงของผลกระทบด้วยระดับคะแนน ได้แก่ ไม่มีผลกระทบ คือ 0 คะแนน มีผลกระทบน้อย 1 คะแนน ผลกระทบปานกลาง 2 คะแนน และผลกระทบมาก 3 คะแนน จากนั้นนำมาคำนวณค่ากลางของผลกระทบต่อการจำหน่ายจากแต่ละปัจจัย เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่ได้มีลักษณะการกระจายแบบโค้งปกติ (normal curve distribution) มีความเบ้ของข้อมูลมาก จึงเลือกใช้ค่ามัธยฐานเป็นค่ากลางแทนค่าเฉลี่ย

1. ปัจจัยที่เป็นมุมมองด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล

มีปัจจัยที่ศึกษาจำนวน 13 ปัจจัย โดยเก็บข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ของผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้จำนวน 92 ราย พบความถี่ของปัจจัยคิดเป็นร้อยละของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ เรียงตามลำดับได้ดังนี้

อันดับ	ปัจจัยที่พบในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกไม่ได้	จำนวน (%)	ระดับผลกระทบ (ค่ามัธยฐาน)
1	ภาวะพึงพิง/การช่วยเหลือตนเองของตัวผู้ป่วย	92.4	มาก (3.00)
2	ตัวโรค อาการหรือ clinical ของผู้ป่วย	88.6	มาก (3.00)
3	ความไม่พร้อมของญาติ จากทุกสาเหตุ	87.5	มาก (3.00)
4	ความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วยด้านอื่นๆ	85.3	กลาง (2.00)
5	ความไม่พร้อมของสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไป	84.2	กลาง (2.00)
6	เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว	79.3	น้อย (1.00)
7	ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษ	76.0	น้อย (1.00)
8	การขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา	70.3	น้อย (1.00)
9	การมี specialist รับ consult หลายแผนก	64.7	น้อย (1.00)
10	การขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้รักษา	64.7	น้อย (1.00)
11	ระยะเวลาและกระบวนการส่งตรวจวินิจฉัยโรค	61.4	น้อย (1.00)
12	ระยะเวลาและขั้นตอนการส่ง consult	59.8	น้อย (1.00)
13	การติดต่อสื่อสารกับสถานพยาบาล/สถานสงเคราะห์ที่จะรับการส่งต่อ	59.8	น้อย (1.00)

ในมุมมองของผู้ให้การรักษา ความถี่และผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ค่อนข้างสอดคล้องกัน โดยที่ “ภาวะพึ่งพิงของตัวผู้ป่วย” เป็นปัจจัยที่พบมากที่สุดและมีผลกระทบมากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้การคำนวณทางสถิติ จะพบว่าปัจจัยที่มีค่ามัธยฐานของผลกระทบแตกต่างจากปัจจัยที่เหลือทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ (Wilcoxon Signed Ranks Test ได้ค่า sig. อยู่ระหว่าง 0.000-0.040)

ปัจจัยที่พบบ่อยและมีผลกระทบรองลงมาคือ “clinical ของผู้ป่วย” “ความไม่พร้อมของญาติ” และ “ความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วย” ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัย ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในกลุ่มของปัจจัยที่มีผลกระทบน้อย เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่า “เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว” และ “ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษ” มีระดับค่ามัธยฐานของผลกระทบมากกว่าปัจจัยอื่นๆในกลุ่มเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ (sig. 0.000 กับปัจจัยอื่นๆทั้งหมด)

2. ปัจจัยที่เป็นมุมมองด้านผู้รับการรักษาพยาบาล

2.1 ปัจจัยที่เป็นมุมมองจากตัวผู้ป่วย

มีปัจจัยที่ศึกษาจำนวน 17 ปัจจัย โดยเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้ จำนวน 36 ราย พบความถี่ของปัจจัยคิดเป็นร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้ เรียงตามลำดับดังนี้

อันดับ	ปัจจัยที่พบในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกไม่ได้	จำนวน (%)	ระดับผลกระทบ (ค่ามัธยฐาน)
1	ความรู้สึกว่าอาการและตัวโรคยังไม่หายดี	91.7	มาก (3.00)
2	ความคุ้นเคยและความต้องการรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลปัจจุบัน	88.9	มาก (3.00)
3	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นสูง	80.6	กลาง-มาก (2.50)
3	ความกลัวเรื่องไม่มีเตียงให้นอนโรงพยาบาล หากต้อง re-admit	80.6	กลาง (2.00)
5	ความไม่มั่นใจในการรักษาของโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือที่รับรักษาต่อ	77.8	กลาง (2.00)
5	การไม่มีญาติ การอยู่คนเดียว	77.8	กลาง (2.00)
7	ความไม่มั่นใจที่จะกลับบ้าน/ที่จะต้องดูแลตนเอง	77.1	กลาง (2.00)
8	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐาน	75.0	กลาง (2.00)
9	ฐานะและรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว	72.2	กลาง (2.00)
10	การเป็นครอบครัวเดียว	63.9	น้อย (1.00)
10	ญาติไม่พร้อมที่จะให้การดูแล เช่น ญาติมีภาระอื่นๆ	63.9	กลาง (2.00)
12	การมีแต่ญาติที่ไม่สามารถให้การดูแลได้ เช่น ญาติเป็นเด็ก คนชรา	61.1	น้อย (1.00)
13	ความไม่พร้อมของสถานที่ที่จะกลับไปพัก	55.6	น้อย (1.00)
13	ความต้องการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล	55.6	น้อย (1.00)
15	ความไม่ชัดเจน/ไม่เหมาะสมของการสื่อสารกับทางโรงพยาบาล	44.4	ไม่มี (0.00)
16	ปัญหาครอบครัวขัดแย้ง แยกแยก ทอดทิ้ง	33.3	ไม่มี (0.00)
17	การนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ครบเวลาเบิกเงินประกันชีวิต	22.2	ไม่มี (0.00)

สำหรับตัวผู้ป่วย ปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดคือ “ความรู้สึกว่าตนเองยังไม่หายดี” และ “ความต้องการรับรักษาที่โรงพยาบาลปัจจุบัน” และทั้ง 2 ปัจจัยเป็นปัจจัยที่มีค่ามัธยฐานของระดับผลกระทบในระดับมาก โดยที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกันทางสถิติ (Wilcoxon Signed Ranks Test sig.0.199) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกับปัจจัยอื่นๆในระดับรองลงมา จะพบว่า “ความต้องการรับรักษาที่โรงพยาบาลปัจจุบัน” เป็นปัจจัยที่มีค่ามัธยฐานแตกต่างจากปัจจัยอื่นๆมากที่สุด เพราะมีปัจจัย “ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นสูง” เพียงปัจจัยเดียวที่ไม่มีความแตกต่าง (sig.0.072) ในขณะที่ “ความรู้สึกว่าตนเอง

ยังไม่หายดี” ไม่แตกต่างจาก “ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นสูง” (sig.0.308) และ “ความไม่มั่นใจในการรักษาของโรงพยาบาลต้นสังกัด” (sig. 0.162)

กลุ่มปัจจัยที่มีผลกระทบระดับกลางทั้ง 7 ปัจจัย ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกันในกลุ่ม (Friedman Test sig. 0.512) เช่นเดียวกับกลุ่มปัจจัยที่มีผลกระทบน้อยทั้ง 4 ปัจจัย ที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างปัจจัยในกลุ่ม (sig. 0.930)

“การนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ครบเวลาเบิกเงินประกันชีวิต” เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบน้อยกว่าทุกปัจจัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (Wilcoxon Signed Ranks Test sig. 0.018 เมื่อเทียบกับ “ปัญหาครอบครัวขัดแย้ง” ซึ่งมีผลกระทบน้อยเป็นอันดับที่ 2) ส่วนปัจจัย “ความไม่ชัดเจนของการสื่อสาร” และ “ปัญหาครอบครัวขัดแย้ง” ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (sig.0.617)

2.1 ปัจจัยที่เป็นมุมมองจากญาติผู้ป่วย

มีปัจจัยที่ศึกษาจำนวน 14 ปัจจัย โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้จำนวน 58 ราย พบความถี่ของปัจจัยคิดเป็นร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้ เรียงตามลำดับดังนี้

อันดับ	ปัจจัยที่พบในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกไม่ได้	จำนวน (%)	ระดับผลกระทบ (ค่ามัธยฐาน)
1	ความคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย	91.4	มาก (3.00)
2	ความกังวลว่าอาการผู้ป่วยอาจกำเริบ จนต้องกลับมาโรงพยาบาลอีก	87.9	มาก (3.00)
3	ความคิดว่าผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดีพอที่จะออกจากโรงพยาบาลได้	86.2	กลาง (2.00)
4	ความกลัวเรื่องไม่มีเตียงให้นอนโรงพยาบาล หากต้อง re-admit	80.7	มาก (3.00)
5	ความไม่ต้องการให้ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือที่อื่น	77.6	กลาง (2.00)
6	ความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	75.9	กลาง (2.00)
7	คนช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีจำนวนน้อย	74.1	กลาง (2.00)
8	ความคิดว่าผู้ป่วยยังมีภาวะพึงพิงมากเกินที่จะออกจากโรงพยาบาล	71.9	กลาง (2.00)
9	ความไม่พร้อมของสถานที่ที่จะกลับไปพักฟื้น	70.7	น้อย-กลาง (1.50)
10	ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน	67.9	น้อย (1.00)
11	ปัญหาการจัดเวลามาให้การดูแลคนไข้	67.2	กลาง (2.00)
12	ความไม่ชัดเจน/ไม่เหมาะสมของการสื่อสารกับทางโรงพยาบาล	65.5	น้อย (1.00)
13	ปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับบ้าน	64.9	น้อย (1.00)
14	ความต้องการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล	62.1	น้อย (1.00)

สำหรับกลุ่มญาติผู้ป่วย การมองว่า “โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย” เป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุด และ “ความกังวลว่าอาการผู้ป่วยอาจกำเริบจนต้องกลับมาโรงพยาบาล” เป็นปัจจัยที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ข้อนี้ ส่งผลกระทบในระดับมากทั้งคู่โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed Ranks Test sig. 0.400)

กลุ่มปัจจัยที่มีผลกระทบระดับกลางทั้ง 6 ปัจจัย ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกันในกลุ่ม (Friedman Test sig. 0.451) และกลุ่มปัจจัยที่มีผลกระทบน้อยทั้ง 4 ปัจจัย ก็ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างปัจจัยในกลุ่มเช่นเดียวกัน (sig. 0.146)

แนวทางที่อาจช่วยลดปัญหาการจำหน่าย

ความเห็นของแพทย์ พยาบาล ตัวผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ต่อวิธีการหรือแนวทางที่อาจจะสามารถทำให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายขึ้น วิเคราะห์โดยการคำนวณจาก rating scale ที่กำหนดไว้ ซึ่งได้ผลดังนี้

วิธีการที่ช่วยลดปัญหาการจำหน่าย	ระดับการช่วยลดปัญหา (ค่ามัธยฐาน)
โปรแกรมสอน caregiver	มาก (3.00)
การให้ญาติเข้าร่วมวางแผนการจำหน่าย	มาก (3.00)
บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ	ปานกลาง (2.00)
ระบบ Home health care	ปานกลาง (2.00)
การจัดสรรปัจจัยสนับสนุนตามเคราะหฐานะของผู้ป่วย	ปานกลาง (2.00)
ระบบให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์	ปานกลาง (2.00)
สถานที่ให้แะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล	ปานกลาง (2.00)
โรงพยาบาลรับ refer ผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง	ปานกลาง (2.00)
การกลับบ้านสั้นๆ เพื่อฝึกการใช้ชีวิต ก่อนจำหน่ายจริง	ปานกลาง (2.00)

หากพิจารณาจากค่ามัธยฐาน “โปรแกรมการสอน caregiver” และ “การให้ญาติเข้าร่วมวางแผนการจำหน่าย” เป็นแนวทางที่ถูกมองว่าน่าจะช่วยลดปัญหาการจำหน่ายได้ในระดับมาก ส่วนแนวทางอื่นๆทั้งหมด อยู่ในกลุ่มช่วยลดปัญหาได้ในระดับปานกลาง

เมื่อใช้วิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์ความแตกต่างของค่ามัธยฐานของแนวทางต่างๆ จะพบว่า “โปรแกรมการสอน caregiver” “การให้ญาติเข้าร่วมวางแผนการจำหน่าย” “บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต” และ “ระบบ Home health care” เป็น 4 แนวทางที่มีระดับการช่วยลดยาเสพติดมากกว่าแนวทางที่เหลือทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างแนวทางทั้ง 4 ด้วยกันเอง (sig. 0.132-0.686)

ปัจจัยอื่นๆที่มีระดับการช่วยลดยาเสพติดแตกต่างกันมา ได้แก่ “การจัดสรรปัจจัยสนับสนุนตามฐานะของผู้ป่วย” (เช่น เวชภัณฑ์สิ้นเปลือง ลำไส้ ผ่าคอข สบายสำหรับดูแล) “ระบบให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปให้ที่บ้าน” (เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน) “การมีสถานที่พักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล” (Respite care) และ “การมีสถานพยาบาลอื่นรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ” ส่วน “การให้กลับไปลองใช้ชีวิตที่บ้านสั้นๆ ก่อนจำหน่ายจริง” เป็นแนวทางที่ดูมองว่ามีระดับการช่วยลดยาเสพติดน้อยกว่าแนวทางอื่นทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ (sig. 0.132-0.686)

การมีหน่วยงานส่วนกลางช่วยติดตามการจำหน่าย

แพทย์ 47.8% และ พยาบาล 63.0% เห็นว่าการมีหน่วยงานจากส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่ช่วยดูแลและติดตามปัญหาการจำหน่ายโดยเฉพาะ เป็นแนวทางที่น่าจะช่วยลดยาเสพติดการจำหน่ายได้มาก โดยมีค่ามัธยฐานรวมกันที่ 3.00

บริบทเฉพาะ

กลุ่มผู้ป่วยที่หมดข้อบ่งชี้ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิ

คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มี acute condition อาการปลอดภัย และไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ พบมีจำนวน 33 ราย จากผู้ป่วยจำหน่ายไม่ได้ 96 ราย ซึ่งคิดเป็น 34.4% ของผู้ป่วยจำหน่ายไม่ได้ยาก หรือ 3.5% ของผู้ป่วยในทั้งหมด โดยมีข้อมูลพื้นฐานดังนี้ อายุเฉลี่ย 66.24 ปี เป็นเพศหญิง 63.6% เป็นผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม 45.5% เป็นผู้ป่วย VIP 27.3% (เทียบกับ 15.2% ของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม) มีปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 21.2% (เทียบกับ 13.0% ของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม) ป่วยด้วยโรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสิทธิการรักษาที่เบิกได้ 66.7% และสิทธิในความอนุเคราะห์ 9.1% นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือเสมือนไร้ญาติ 36.4% (เทียบกับ 20.9% ของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีค่า LOS มากกว่าค่าของผู้ป่วยทั้งหมด โดยที่ค่ามัธยฐานของ LOS อยู่ที่ 105.50 วัน ในขณะที่ค่าของผู้ป่วยรวมอยู่ที่ 51.00 วัน ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยของระดับ basic ADL จะมากกว่า (6.72 คะแนน เทียบกับ 5.99 คะแนนของผู้ป่วยทั้งหมด)

เหตุผลหลักที่ทำให้การจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ล่าช้า คือ การรอให้ญาติพร้อมที่จะรับกลับ (พบใน 69.7% ของผู้ป่วยตามความเห็นของแพทย์ และ 51.5% ตามความเห็นของพยาบาลเจ้าของไข้) รองลงมา คือ การรอให้ตัวผู้ป่วยพร้อม (36.4% โดยแพทย์ และ 27.3% โดยพยาบาลเจ้าของไข้) และ การรอความพร้อมของสถานที่ที่จะกลับไป (27.3% และ 24.2% ตามลำดับ) จุดแตกต่างอยู่ที่ พยาบาลเจ้าของไข้มองว่าผู้ป่วย 24.2% เกิดความล่าช้าจากขั้นตอนการ refer แต่แพทย์มองว่าเป็นปัญหาในผู้ป่วยเพียง 12.1%

กลุ่มผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม

เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้เป็นผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม (45.8%) จึงมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม ซึ่งพบว่าจำนวนของผู้ป่วยอายุรกรรมกลุ่มนี้คิดเป็น 16.94% ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมทั้งหมด อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่ 74.48 ปี และค่ามัธยฐานอยู่ที่ 80.00 ปี ในขณะที่ค่าของผู้ป่วยทั้งกลุ่มคือ 61.84 ปี และ 65.50 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ 41.9% และพบว่า 69.8% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีค่า basic ADL score เป็น 0

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้ารักษาตัวด้วยโรคในระบบ GU/KUB เช่น ไตวายเรื้อรัง ไตวายเฉียบพลัน หรือติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 25% โรคในระบบไหลเวียน 15.9% และโรคในระบบหายใจ 13.6% แต่มีผู้ป่วยที่อาการในขณะนี้ต้องการการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 29.5%

พบเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ 18.6% ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มใหญ่ที่มี 20.9% และมีการส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มใหญ่ (23.3% จาก 35.6%)

สาเหตุหลักที่ทำให้การจำหน่ายล่าช้าคือ ผู้ป่วย 54.5% ล่าช้าเนื่องจากการรอให้ญาติพร้อม รองลงมา 29.5% ล่าช้าที่การรอให้ผู้ป่วยพร้อม และ 20.5% ล่าช้าจากการรอให้สถานที่พร้อม

กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ที่เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป) มีถึง 63 ราย คิดเป็น 65.63% โดยที่ 60.3% เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม (เทียบกับ 45.8%ของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม) พบว่า 59.7% ของผู้สูงอายุเหล่านี้ มีระดับคะแนน basic ADL score เท่ากับ 0

ผู้สูงอายุจำหน่ายไม่ได้ที่ไม่มีญาติมีจำนวน 21.7% ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มใหญ่ จำนวนเฉลี่ยของบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ด้วยกันคือ 2.48 คน มีผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล 1-2 คน และมีบุคคลภายนอกครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลืออีก 1 คน ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ประมาณ 75%) มองว่าปัญหาทางครอบครัวหรือปัญหาจากญาติที่ทำหน้าที่ดูแล ไม่ได้มีผลต่อความยากลำบากในการออกจากโรงพยาบาล แต่การที่ต้อง

อยู่คนเดียวในบางเวลาเป็นสิ่งที่ส่งผลมากกว่า โดยที่ผู้ป่วยสูงอายุ 28.6% มองว่าส่งผลในระดับกลาง และอีก 28.6% มองว่าส่งผลในระดับมาก

ผู้มาคลอดบุตร

การจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ได้ขึ้นกับตัวผู้ป่วย แต่ขึ้นกับสุขภาพของบุตรหรือทารกที่คลอดออกมา การจำหน่ายผู้มาคลอดบุตร จะดูที่ความพร้อมของตัวมารดา และความพร้อมของบุตร แยกกัน ไม่ได้คิดรวมกันเป็นหน่วยเดียว ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้มาคลอด 1 ราย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด แต่ปัญหาการจำหน่ายซ้ำ ไม่ได้เกิดจากภาวะแทรกซ้อนนี้ เหตุผลที่ผู้มาคลอดบุตรทุกราย ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ เป็นเพราะบุตรมีภาวะบางอย่าง เช่น ตัวเหลือง ยังกลับบ้านไม่ได้ ตัวมารดาเองจึงอยู่ในโรงพยาบาลต่อ เพื่อรอกลับบ้านพร้อมบุตร

หากมีคำสั่งจำหน่ายมารดาก่อน แล้วมารดาอยู่รอบุตรต่อที่โรงพยาบาล ตัวมารดาจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ส่วนถ้ามารดาตัดสินใจกลับบ้านก่อน ก็ต้องกลับมารับบุตรของตนภายหลังอีกรอบหนึ่ง

ผู้ป่วยที่เป็นพระภิกษุ

ลักษณะ demographic พื้นฐานไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แต่มีเงื่อนไขในการออกจากโรงพยาบาลเพิ่มเติมขึ้นมา เพราะสถานที่ที่จะกลับไปมีเพียงวัดเท่านั้น ซึ่งการกลับไปอาศัยอยู่ที่วัด จะไม่มีญาติหรือผู้ดูแล และยังต้องสามารถประกอบกิจของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาตร ได้ด้วย จึงขาดสถานที่สำหรับพักฟื้น พระสงฆ์ที่อาพาธหนักหรือมีภาวะนอนติดเตียง ก็จะต้องอยู่ในโรงพยาบาลไปตลอด

ผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาโดยการฉายแสงหรือให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งให้การรักษาเป็นรอบๆ ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยจะอยู่รอรับการรักษาต่อไปในโรงพยาบาล ไม่กลับไปอยู่บ้านระหว่างรอ เนื่องจากมีความลำบากในเรื่องการเดินทางไปกลับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาจากต่างจังหวัด

กลุ่มผู้ป่วยที่มี LOS นานกว่า 1 ปี

พบมีจำนวนทั้งสิ้น 19 ราย (20.65%) จากผู้ป่วยจำหน่ายไม่ได้ 92 ราย ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่แตกต่างจากกลุ่มใหญ่ คือ สัดส่วนของผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นจาก 6.3% เป็น 15.8% เป็นผู้ป่วยที่ครองเตียงเดี่ยว 57.9% (เทียบกับ 33.3%) ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกราชการ เพิ่มจาก 33.7% เป็น 42.1% และ ผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพจาก

8.4% เป็น 15.8% สัดส่วนความเป็นผู้ป่วย VIP เพิ่มขึ้นจาก 15.2% เป็น 36.8% ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้ารักษาด้วยกลุ่มโรคทางระบบประสาทและระบบไหลเวียนมากที่สุด ส่วนกลุ่ม congenital disease เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการเพิ่มมากที่สุด ผู้ป่วย 18 ราย ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้เลย มีระดับ basic ADL ในช่วง totally dependent (score 0-4) ส่วนอีก 1 ราย คะแนนเต็ม 20 คะแนน

สาเหตุที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาลเพราะยังมี active acute condition 9 ราย (คิดเป็น 47.4 %) แต่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับ tertiary care 15.8% ปัจจัยที่ทำให้จำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ คือ ภาวะพึ่งพิง อาการ ความกังวลหากอาการกำเริบที่บ้าน และสถานที่ไม่พร้อมในการรับกลับ ปัจจัยที่จะช่วยลดความยากลำบากในการจำหน่าย ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ เห็นตรงกันว่า คือ การมีระบบ Home health care และการให้ญาติเข้าร่วมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุปข้อมูลและปัจจัยที่พบตามบริบททั้ง 6 ด้าน

1. ปัจจัยด้านการแพทย์ ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ ได้แก่ สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง มีตัวโรคและอาการที่ทำให้ยากต่อการจำหน่าย และ ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมในกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ ได้แก่ ความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วย จากความคิดว่าตนเองยังไม่หายดีหรือความต้องการให้สามารถช่วยเหลือตนเองในระดับสูงให้ได้ก่อนออกจากโรงพยาบาล รวมไปถึงความไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนสถานที่รักษาพยาบาล
3. ปัจจัยด้านครอบครัว ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ ได้แก่ ความไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน เพราะมองว่ายังไม่หายดีและกังวลว่าอาการอาจกำเริบ การขาดบุคคลภายนอกครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลผู้ป่วย และการมองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับคนป่วย
4. ปัจจัยด้านสังคม ที่พบมากในการศึกษานี้ คือ การอยู่อาศัยในสังคมเมือง และความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย
5. ปัจจัยด้านบริบทขององค์กร ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ การใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เป็นกรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล และปัญหาเตียงเต็มที่ทำให้ผู้มารับบริการกังวลว่าจะไม่มีเตียงให้นอน
6. ปัจจัยด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ การไม่มีสถานพยาบาลสำหรับส่งต่อ และการขาดความเชื่อมั่นในการไปใช้บริการในสถานพยาบาลต้นสังกัด

อภิปรายผลของการศึกษาส่วนที่ 2

การออกสำรวจครั้งนี้ พบจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 10.14% ซึ่งน้อยกว่าที่คาดการณ์ไว้ตอนแรกที่ 18% อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลเป็นแบบ cross-sectional เข้าสำรวจเพียงหอผู้ป่วยละ 1 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกไม่ได้จึงอาจมีความแปรปรวน ขึ้นกับสถานการณ์ในวันที่สำรวจ หากใช้เก็บข้อมูลแบบ prospective หรือเก็บเป็นช่วงระยะเวลา ก็อาจจะได้จำนวนที่แม่นยำมากขึ้น

Nardi และคณะ ได้อ้างถึงผลการสำรวจในประเทศอิตาลี⁽³²⁾ ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การจำหน่ายยากในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล มีอยู่ประมาณ 2-3% ของผู้ป่วยในทั้งหมด และคิดเป็น 16% ของผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม ส่วนในการสำรวจของ Nardi และคณะ⁽⁶⁾ พบอุบัติการณ์เฉพาะในแผนกอายุรกรรมเป็นจำนวน 5% เมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์จากการสำรวจครั้งนี้ จะพบว่ามีจำนวนในภาพรวมของโรงพยาบาลมากกว่า ความแตกต่างตรงจุดนี้ อาจเป็นเพราะในต่างประเทศมีการกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลเพื่อการรักษา acute condition ไว้ชัดเจน ประชากรค่อนข้างพึงพิงตัวเอง และมีระบบช่วยในเรื่องการจำหน่ายที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ เมื่อมองที่จำนวนผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรมซึ่งพบประมาณ 16% เท่ากับในประเทศอิตาลี แต่กลับมากกว่าในการศึกษาของ Nardi และคณะ ความแตกต่างนี้ คาดว่าเกิดจาก Nardi เลือกใช้โรงพยาบาลขนาดกลางในเขตชนบท เป็นสถานที่เก็บข้อมูล ขณะที่การศึกษานี้ ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง

อย่างไรก็ตาม ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกัน^(4,6,33) คือ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มโรคที่ทำให้เข้าโรงพยาบาลเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างตรง อายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามากกว่า 80 ปี⁽⁶⁾ ส่วนในการศึกษานี้พบอายุเฉลี่ยที่ 65 ปี ซึ่งอาจเป็นความแตกต่างที่ลักษณะประชากรและที่ระบบการจำหน่าย

เขตที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยในเขตกรุงเทพฯ 81% เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อาศัยในเขตกรุงเทพฯ 64.2% [ข้อมูลจากฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์] จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ทั้งที่เขตเมืองใหญ่เป็นเขตที่เจริญกว่า เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายกว่า แต่กลับมีผู้ป่วยที่ไม่กลับบ้านมากกว่า อาจเป็นเพราะลักษณะของสังคมเมืองที่ทุกคนในครอบครัวต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ไม่มีคนที่สามารถอยู่บ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมากๆ และบทบาทของชุมชนในการร่วมให้ความช่วยเหลือก็ยังมีน้อย ซึ่งผลการศึกษาที่พบตรงจุดนี้สอดคล้องกับผลจากส่วนที่ 1 และคาดว่าการศึกษาในส่วนที่ 3 และ 4 จะช่วยยืนยันและเพิ่มคำอธิบายในจุดนี้ได้

การมีสิทธิการรักษาที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เป็นอีกลักษณะหนึ่งที่พบมากในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายได้ถึง 80% ส่วนหนึ่งอาจเป็นลักษณะผู้ป่วยของโรงพยาบาลของรัฐที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เป็นจำนวนมากอยู่แล้ว อีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีระบบการส่งต่อ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการของสภาอากาศไทยหรือผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งต้องรับการรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนผู้ใช้สิทธิข้าราชการ จะไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด สามารถไปรักษาที่ไหนก็ได้และไม่มีระบบการส่งต่อเช่นกัน ผลการศึกษาในส่วนที่ 1 พบแนวคิดเรื่องการพิทักษ์สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในส่วนที่ 2 นี้ พอทำการสำรวจเพิ่มเติมลงในความคิดผู้ป่วยและญาติ กลับพบว่าประเด็นนี้ไม่ค่อยเด่นชัดมากนัก จึงอาจไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ออกจากโรงพยาบาล แต่อาจช่วยสนับสนุนให้อยู่ในโรงพยาบาลต่ออย่างไม่ลำบาก เพราะไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องภาระค่าใช้จ่าย

กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม เพราะตัวโรคในกลุ่มนี้ มักเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคของระบบไหลเวียน โรคไตเรื้อรัง และเป็นแผนกที่รับผู้ป่วยเกือบทุกโรค จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าแผนกอื่น สำหรับผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม พบว่ามีประเด็นของการดูแลแผลผ่าตัดเพิ่มเติมขึ้นมา ซึ่งการหายของแผลต้องใช้เวลา ผู้ป่วยจึงต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

การวิเคราะห์หา LOS ช่วยยืนยันผลการศึกษาของส่วนที่ 1 ในประเด็นที่ว่า ผู้ป่วยจำหน่ายไม่ได้หรือจำหน่ายยาก ไม่จำเป็นต้องมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาว ในการศึกษาส่วนนี้พบระยะเวลาดังแต่ 2 – 1750 วัน ฉะนั้นจึงไม่ควรใช้จำนวนวันแต่เพียงอย่างเดียวมาเป็นเกณฑ์ตัดสินเรื่องการจำหน่ายไม่ได้

ภาวะพึ่งพิง เป็นอีกลักษณะหนึ่งที่เด่นชัดมากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมาก เกิดเป็นภาระหนักแก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ในระหว่างรอให้ญาติพร้อมก็ไม่มีสถานที่ที่จะรับตัวผู้ป่วยไป ฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ก็มองว่าเป็นสิ่งที่สร้างความลำบากในการจำหน่ายที่พบมากที่สุดและมีผลกระทบในระดับมากอีกด้วย

การศึกษาในต่างประเทศมีการพูดถึงลักษณะของผู้ป่วยในแง่ของจำนวนโรคร่วมและระดับพุทธิปัญญา (cognitive function) ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลตรงจุดนี้ และยังขาดข้อมูลเรื่องระดับรายได้ไปเป็นจำนวนมาก เพราะกำหนดให้เป็นข้อมูลที่เก็บจากตัวผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้

เหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรับการจำหน่ายออกได้ ประมาณครั้งหนึ่งเกิดจากการที่ยังมี active conditions อยู่ หรือ อาการยังไม่คงที่ แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือแพทย์เจ้าของไข้ประเมินว่า 71.7% ของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเหล่านั้น ไม่จำเป็นต้องทำการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ถ้ามีสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยตรงนี้ไปรักษาต่อได้ ก็จะทำให้มีพื้นที่ในการรับผู้ป่วยเข้ามารักษาได้มากขึ้น

เหตุผลที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งแพทย์และพยาบาลเห็นตรงกันว่า 3 เหตุหลักที่พบบ่อยที่สุด คือ กำลังรอให้ญาติพร้อม รอผู้ป่วยพร้อม และ รอสถานที่พร้อม ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา ถ้าเริ่มปฏิบัติเมื่อถึงเวลาที่จะจำหน่ายผู้ป่วยแล้วจะทำให้การจำหน่ายล่าช้าออกไป ดังนั้นหากเริ่มวางแผนจำหน่ายไว้ล่วงหน้า จะสามารถใช้เวลาระหว่างช่วงที่ยังให้การรักษายู่สำหรับการเตรียมพร้อมให้กับตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบ้านผู้ป่วย ไปพร้อมกันด้วย นอกจากนั้น ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อดูว่า เวลาที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่ายังไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน สาเหตุที่ซ่อนอยู่ลึกๆคืออะไร คำว่าไม่พร้อม แปลว่าไม่พร้อมอย่างไร มีเหตุผลอะไรหรือไม่ หรือเป็นการขอต่อเวลาการนอนโรงพยาบาล การศึกษาในส่วนที่ 3 น่าจะทำให้ได้รายละเอียดในจุดนี้เพิ่ม

ความลำบากใจที่เกิดขึ้นจากขบวนการจำหน่าย พบว่ามีความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับพยาบาลเจ้าของไข้ มีค่า Pearson's correlation ของการเกิดความลำบากใจเพียง 0.073 แสดงว่าในผู้ป่วยรายเดียวกัน แพทย์กับพยาบาลรู้สึกยากลำบากไม่เหมือนกัน อาจเกิดจากมองประเด็นปัญหาการจำหน่ายคนละจุด เมื่อเปรียบเทียบความลำบากใจในผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย ก็ยังไม่พบความสอดคล้องที่มากพอ มีเพียงความสอดคล้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีความสอดคล้องเพียง 0.342 (p-value 0.041) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในการหาค่า correlation เหล่านี้คือ ขาดข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยและญาติไปจำนวนมาก ทำให้ค่าที่ได้ในจุดนี้ไม่น่าเชื่อถือมากนัก

เมื่อสอบถามต่อถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความลำบากใจต่อกระบวนการจำหน่ายนั้น ในส่วนของแพทย์และพยาบาลได้คำตอบใกล้เคียงกันมาก ส่วนใหญ่มองว่าเกิดความลำบากใจจากปัญหาที่มาจากญาติผู้ป่วย เช่น ไม่มีญาติ ญาติทิ้ง ญาติปฏิเสธการออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น รองลงมาคือเกิดจากการหรือตัวโรคของคนไข้ ในส่วนของผู้ป่วยและญาตินั้น สาเหตุของความลำบากใจมาจากความกังวลเกี่ยวกับตัวโรคและอาการ และความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากมีการศึกษาเพิ่มเติมลงไป น่าจะได้รายละเอียดและที่มาของความไม่มั่นใจ ซึ่งน่าจะนำมาพัฒนาเป็นแนวทางแก้ไขเพื่อใช้ในการเสริมความมั่นใจต่อไปได้

ความลำบากใจจากตัวโรคและอาการของผู้ป่วย ถูกกล่าวถึงในงานวิจัยของ Ekahl และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ศึกษานโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นให้ต้องคิดถึงการจำหน่ายผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เกิดความรู้สึกคับข้องใจที่ถูกเร่งให้จำหน่ายผู้ป่วยและเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีตัวโรคและอาการซับซ้อน นอกจากนี้ ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ทางโรงพยาบาลไม่ยินดีรับตนไว้รักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

การศึกษาถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการจำหน่าย วัตถุประสงค์และรูปแบบการเก็บข้อมูลที่วางไว้ มุ่งไปที่การหาจำนวน ส่วนการรายงานระดับความรุนแรงของผลกระทบเป็นค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานนั้น เป็นการใช้ตัวเลขแทนค่าของ ordinal scale เพื่อให้มองเห็นภาพได้เข้าใจง่ายขึ้น การจะนำตัวเลขเหล่านี้ไปใช้ต้องระวังเรื่องการแปลผล สามารถใช้เพื่อการเปรียบเทียบได้ แต่ไม่สามารถนำมาใช้คำนวณได้โดยตรง

ในแง่ของปัจจัยที่ทำให้จำหน่ายได้ล่าช้าหรือจำหน่ายได้ยาก ปัจจัยที่เป็นมุมมองของผู้ให้การรักษาที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ ภาวะฟุ้งฟิง ตัวโรค และ ความไม่พร้อมของญาติ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยส่งผลกระทบในระดับมาก

การที่ผู้ป่วย 91.7% และ 80.6% มองว่า ตนเองยังไม่หายดีและยังไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันในขั้นสูงได้ สร้างความยากลำบากใจในการออกจากโรงพยาบาล อาจสะท้อนให้เห็นว่า ความคาดหวังต่อการรักษาของผู้ป่วยนั้นสูงมาก ผู้ป่วยอาจจะต้องการให้ตนเองหายดีถึงระดับที่สามารถกลับไปทำงานหรือขับรถได้ตามปกติก่อน จึงจะออกจากโรงพยาบาล จึงอาจจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงเป้าหมายในการรักษาในโรงพยาบาลให้ชัดเจนว่าจะรักษาถึงจุดไหนและหลังจากนั้นผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองต่ออย่างไร คาดว่าการศึกษาในส่วนที่ 3 อาจจะได้รายละเอียดในประเด็นนี้เช่นกัน

เช่นเดียวกันกับปัจจัยในมุมมองของญาติผู้ป่วยที่ คิดว่าอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีพอที่จะออกจากโรงพยาบาล พบบ่อยถึง 86.2% คิดเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งน่าจะมาจากความคาดหวังที่สูงเช่นเดียวกัน

ความคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดในมุมมองของญาติผู้ป่วยและสร้างความยากลำบากใจในระดับมากให้กับญาติผู้ป่วย ความเชื่อเช่นนี้ ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยซึ่ง 88.9% เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อมุมมองทางสังคมนี้ ประเด็นความเชื่อนี้น่าจะเชื่อมโยงไปยังผลการศึกษาของส่วนที่ 1 ที่กล่าวถึงแนวคิดของความกตัญญู คือการให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลถือว่าเป็นการแสดงความกตัญญู เพราะผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับคนป่วย

การนอนโรงพยาบาลให้ถึงระยะเวลาเบิกเงินประกันเป็นปัจจัยที่พบน้อยที่สุด น่าจะเป็นบริบทที่พบได้บ่อยของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า

ปัจจัยทางการแพทย์ที่เพิ่มภาวะจำหน่ายยาก ซึ่งถูกกล่าวถึงสูงสุดในการศึกษาของส่วนที่ 1 คือ ขาดการทำงานเป็นที่มาของบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มให้การดูแลรักษา แต่จากการสำรวจในส่วนที่ 2 นี้ แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลในประเด็นนี้น้อยกว่าประเด็นอื่นๆ

เมื่อเทียบกับผลการศึกษาของส่วนที่ 1 จะเห็นว่า มีหลายประเด็นที่ถูกกล่าวถึงมากในส่วนที่ 1 แต่เมื่อทำการสำรวจกลับพบประเด็นดังกล่าวไม่บ่อย ความแตกต่างตรงจุดนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะปัจจัยที่

มีผลกระทบรุนแรง อาจไม่ใช่ปัจจัยที่พบบ่อย ส่วนอีกสาเหตุหนึ่ง อาจมาจากความแตกต่างของผู้ให้ข้อมูล วิทยากรที่มาร่วม focus groups เป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานมานานกว่า อาจมองปัญหาต่างจากผู้ที่ให้ข้อมูลในส่วนที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านและพยาบาลอาวุโสที่มองปัญหา ณ จุดที่ปฏิบัติงาน ประเด็นเชิงสังคมก็พบน้อยกว่า เพราะไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ร่วมให้ข้อมูล

การศึกษาในส่วนนี้ พบว่าไม่ค่อยมีการกล่าวถึงเรื่องปัญหาจากการ refer ผู้ป่วยเท่าไร ทั้งนี้อาจเป็นจากข้อมูลพื้นฐานเรื่องสิทธิ กลุ่มผู้ป่วยประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการ ต้องรักษาที่นี้ ไม่มีสถานที่ให้ส่งต่อ เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการที่ไม่ได้มีการกำหนดว่าจะต้องส่งต่อไปที่ไหน

ผลการศึกษาในส่วนที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม VIP และกลุ่มกรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล สามารถสร้างความยากลำบากในการจำหน่ายได้มาก แต่ในการศึกษานี้ พบจำนวนผู้ป่วยลักษณะนี้ไม่มาก (15.2% และ 43.5% ตามลำดับ) และยังไม่ได้ทำการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของผลกระทบ

การสร้างหรือส่งเสริมโปรแกรมสอน caregiver เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมและร่วมวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ต้น การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ ระบบ Home Health Care ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน และ การจัดสรรสิ่งสนับสนุนตามเศรษฐกิจของผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการมองว่าน่าจะ สามารถช่วยลดปัญหาการจำหน่ายลงได้ ผลการสำรวจข้างต้นค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาในส่วนที่ 1 ซึ่งการจัดให้มีโปรแกรมและสถานที่ในการฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลถูกกล่าวไว้มากที่สุด (12 ครั้ง) ระบบ Home Health Care ที่เข้มแข็งได้มาตรฐานตามบริบทสังคม (ถูกกล่าวถึง 5 ครั้ง) การจำแนกฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ดูแลที่ชัดเจนเพื่อการพิจารณาปัจจัยสนับสนุนทางการแพทย์อย่างเหมาะสม (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง) และ บริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและสังคมแก่ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม (ถูกกล่าวถึง 3 ครั้ง)

วิธีการที่ได้รับเลือกมากที่สุดคือ การมีโปรแกรมสอนผู้ดูแลผู้ป่วยให้เข้าใจวิธีการดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำในหอผู้ป่วย แต่ดูเหมือนจะยังไม่เพียงพอต่อการลดปัญหาการจำหน่าย จึงควรจะต้องมีการพัฒนารูปแบบรวมทั้งการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดโปรแกรมสำหรับสอนผู้ดูแลเพิ่มเติม อีกทั้งควรให้แพทย์และพยาบาลได้มีโอกาสพูดคุยกันในเรื่องการให้ความรู้เพื่อเตรียมจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติ เพราะการศึกษาในต่างประเทศชี้ว่าแพทย์และพยาบาลไม่ค่อยสื่อสารกันในปัจจุบัน⁽³⁴⁾

การมีบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นบริการรูปแบบใหม่ที่ยังไม่เคยปฏิบัติในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ น่าจะเป็นช่องทางในการพัฒนางานบริการได้ ส่วนการจัดบริการ Home health care ได้รับการกล่าวถึงเป็นอันดับที่ 4 ซึ่งน้อยกว่าในการศึกษาส่วนที่ 1 อาจเป็นเพราะสำหรับใน

ประเทศไทยนั้น การดูแลสุขภาพที่บ้านยังไม่เป็นที่คุ้นเคย แพทย์หรือพยาบาลยังไม่ทราบบทบาทและประโยชน์ที่ชัดเจน ยังไม่มีหน่วยงานที่รับหน้าที่นี้โดยตรง ส่วนผู้ป่วยและญาติก็ยังไม่ค่อยเห็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม จึงไม่ค่อยเลือกตอบวิธีการนี้

หากพิจารณาถึงปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การส่งเสริมโปรแกรมสอน caregiver การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีม และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีส่วนสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การวิจัยเรื่อง Patient center model of care for hospital discharge⁽²⁹⁾ ที่ได้กล่าวถึงการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการให้ความสำคัญกับญาติพี่น้องในการมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่าย ว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการจำหน่ายออกได้ นอกจากนี้ ในแนวทางมาตรฐาน Admission and Discharge Criteria and Assessment Tools Manual (Revised)⁽³⁵⁾ หรือใน Best Practices Manual for Discharge Planning⁽³⁶⁾ ก็ให้ความสำคัญต่อปัจจัย 3 ข้อข้างต้นเช่นกัน

การมี Respite care facility หรือ Post-acute care facility เป็นสิ่งที่สังคมไทยไม่คุ้นเคยและยังไม่มีแพร่หลาย อาจเป็นเหตุให้ไม่ค่อยมีผู้เลือกแนวทางนี้ แต่ในต่างประเทศกลับพบว่า การเข้ารับการดูแลต่อเนื่องในสถานที่สำหรับรองรับผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล กำลังมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ⁽³⁷⁾ อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลงได้อีกด้วย

แพทย์และพยาบาลต่างมองตรงกันว่า ควรมีหน่วยงานจากส่วนกลางที่มาช่วยจัดการและติดตามปัญหาการจำหน่าย แสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการจำหน่ายต้องทำในระดับของระบบของโรงพยาบาลด้วย ในต่างประเทศ มีการศึกษาของ Wong และคณะ⁽³⁸⁾ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มองว่า ปัญหาการจำหน่ายในภาพรวม เป็นปัญหาของระบบที่ขาดมาตรฐานแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และขาดการสื่อสารหรือการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข จึงควรต้องมีการแก้ไขในจุดนี้ ควบคู่ไปกับการพัฒนาการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขา การเพิ่มพูนทักษะด้านการสื่อสารของบุคลากรและการเพิ่มความเข้าใจเรื่องความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ ภาระงานที่มากเกินไปของบุคลากรทางการแพทย์ก็ส่งผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายที่วางไว้⁽³⁹⁾

ในแง่ของการจำหน่ายผู้ป่วย จุดเริ่มต้นของการตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ควรต้องดูที่ความตั้งใจให้การจำหน่ายหรือการมีแผนจำหน่าย ไม่ใช่ดูจากการมีคำสั่งจำหน่ายในหน้าป้าย ซึ่งพบไม่ถึง 30% ของผู้ป่วย จุดนี้เป็นบริบทของการให้การจำหน่ายของประเทศไทย อาจแตกต่างจากที่อื่นๆที่สามารถดูจากคำสั่งจำหน่ายในหน้าป้ายได้

ความสอดคล้องในการรับรู้เรื่องการจำหน่าย ระหว่างแพทย์และพยาบาลออกมาตรงกัน ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ที่ได้รับการแจ้งข้อมูลว่าจะมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่นกัน แต่มีข้อสังเกตจากการศึกษาของ Ekdahl และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งพบว่า ในการสื่อสารเรื่องการจำหน่ายนั้น ผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับการเชิญให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยทั่วไปมักมีการสื่อสารกันเฉพาะแพทย์พยาบาลก่อน หลังจากนั้นจึงจะมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลังจากได้ข้อสรุปแล้ว และการสื่อสารข้อมูลเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยมักจะเป็นการให้ข้อมูลโดยอ้อม ไม่ได้มีการสื่อสารกับญาติที่มีความรับผิดชอบโดยตรง ซึ่งเป็นข้อคิดที่ที่น่าสนใจสามารถเป็นหัวข้องานวิจัยให้ศึกษาเพิ่มเติมได้

ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ คือ ได้ข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยน้อยแค่ 40% เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ทำให้ขาดรายละเอียดไปค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเรื่องระดับรายได้ และลักษณะของครอบครัวบางอย่าง เช่น ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวไม่ดูแล การที่ตั้งใจเก็บข้อมูลเหล่านี้จากตัวผู้ป่วยโดยตรง เพราะ ถ้าเป็นครอบครัวที่มีปัญหาจริงๆ ผู้ป่วยน่าจะเป็นคนที่บอกได้ชัดเจนที่สุดในขณะที่ญาติจากครอบครัวที่มีปัญหา อาจจะไม่บอก หรือไม่มาหาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเลย

อย่างไรก็ตาม สามารถเก็บข้อมูลในส่วนญาติได้ค่อนข้างมากถึง 63% ซึ่งเป็นประโยชน์และสะท้อนภาพปัญหาของการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้จริงๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เพราะญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนทั้งหมด

ข้อจำกัดของการศึกษาส่วนที่ 2

1. การเก็บข้อมูลเป็นแบบ cross-sectional และสำรวจเพียง 1 ครั้งต่อ 1 หอผู้ป่วย จำนวนที่ได้อาจไม่แม่นยำเท่าการเก็บข้อมูลแบบ longitudinal
2. ขาดข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเป็นจำนวนมากเพราะผู้ป่วยหลายคนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยเฉพาะข้อมูลเรื่องรายได้ ยังมี missing อีกเป็นจำนวนมาก ทำให้ข้อมูลไม่แม่นยำ
3. ผู้ป่วยและญาติ อาจมีความกังวลในการให้ข้อมูล เพราะเกรงว่าอาจจะได้รับผลกระทบ หากให้ข้อมูลเชิงลบเกี่ยวกับโรงพยาบาลหรือทีมผู้ให้การรักษา จึงอาจจะไม่ได้ให้ตอบตามความจริงทั้งหมด ในจุดนี้ทางคณะผู้สำรวจได้พยายามป้องกันปัญหา โดยการเน้นย้ำว่าข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและตัวผู้เก็บข้อมูลไม่ส่วนในการรักษาพยาบาล
4. ข้อมูลหลายอย่างเป็น subjective data เช่น ความลำบากใจ หรือ ส่งผลในระดับมากน้อย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอาจรู้สึกไม่เท่ากัน

5. แพทย์เจ้าของไข้ที่ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งต้องมีการสับเปลี่ยนตามช่วงเดือน มุมมองต่อปัญหาก็น่าจะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในแต่ละช่วง แพทย์ประจำบ้านคนก่อน อาจจะเป็นคนแจ้งเรื่องการจำหน่ายกับญาติ ส่วนคนปัจจุบันยังไม่เคยแจ้ง ทำให้คำตอบคลาดเคลื่อนไป
6. ญาติผู้ป่วยก็อาจจะมีหลายคน ญาติแต่ละคนอาจรับรู้ไม่เท่ากัน หรือ มีมุมมองที่ต่างกัน
7. การสำรวจทั้งหมด เกิดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การนำผลสำรวจไปใช้กับสถานพยาบาลอื่น ควรต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้วย

สรุป

ผู้ป่วยในที่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้มีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย อาศัยอยู่ในเขตเมือง และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรม และเข้ารักษาตัวด้วยโรคมะเร็งหรือโรคระบบไหลเวียนเลือด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยากในการจำหน่ายคือ ภาวะพึ่งพิง ความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองยังไม่หายดี และความคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับคนป่วย ทีมผู้ให้การรักษามักเกิดความลำบากใจจากความไม่พร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนด้านผู้ป่วยและญาติเกิดความกังวลใจจากตัวโรค และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากที่สุด ฉะนั้น การพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมจำหน่าย ควรมุ่งไปที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าว โดยเน้นที่ความพร้อมและความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลงระยะที่ 1

Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and
development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase1

ส่วนที่ 3

Part 3

กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล
ต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Decision making processes concerning a readiness to be discharged

ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สืบเนื่องจากการศึกษาระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งระบุปัจจัยที่มีผลต่อการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้จากมุมมองผู้ให้บริการ การศึกษาในส่วนที่ 3 นี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลัก เป็นการศึกษาทั้งกระบวนการของการคิดซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจยอมรับหรือไม่ยอมรับการตัดสินใจให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของแพทย์ โดยใช้วิธีการของงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) ซึ่งไม่สามารถเก็บได้จากงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่ เพราะการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการทำความเข้าใจและการสืบค้นเชิงลึก ซึ่งไม่สามารถทำได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนที่ 3 (Objectives)

- 1) เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจในเชิงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับการจำหน่าย
- 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ระบบสุขภาพ และสังคม
- 3) เพื่อหาเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการบริหารจัดการปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษาของส่วนที่ 3 (Research Design)

การศึกษาในส่วนที่ 3 เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและข้อมูลเชิงคุณภาพของปัจจัยต่างๆในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยใช้แนวคิด "ปรากฏการณ์วิทยา" (Phenomenology) ซึ่งเป็นวิธีการของงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวสร้างมุมมองที่เป็นทางเลือกต่อการตีโจทย์ปัญหา ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ

ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมโยง แสดงเป็นแผนภูมิโยงความสัมพันธ์ และสร้างทฤษฎี (Grounded Theory) เพื่ออธิบายความซับซ้อนในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาส่วนที่ 3 (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ในเบื้องต้นเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) มาจากข้อค้นพบในส่วนที่ 1 และ 2 อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยตระหนักว่าการกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตายตัวโดยการเลือกเข้าและคัดออก (inclusion and exclusion criteria) นั้น ทำให้โอกาสที่จะค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเหล่านั้นครบถ้วนเกิดขึ้นได้ยาก ยังไม่นับถึงอุปสรรคในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเป้าประสงค์ การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ใช้วิธีการ กำหนดเกณฑ์อย่างเคร่งครัด แต่เลือกที่จะใช้ข้อค้นพบจากส่วนที่ 1 และ 2 รวมกับทฤษฎีที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมมากำหนดเพียงกรอบอย่างคร่าวๆ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ทฤษฎี \ ปฏิบัติ	จำหน่ายยาก	จำหน่ายง่าย
จำหน่ายยาก	แนวโน้มสูงที่จะจำหน่ายผู้ป่วย ไม่ได้ หากมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการจำหน่ายตามทฤษฎี	สะท้อนให้เห็นถึงการมีเงื่อนไขหรือ ปัจจัยบางประเภทที่มีอยู่หรือถูก สร้างขึ้นเฉพาะสถานการณ์ที่ช่วย ลดข้อจำกัด ที่ผู้ป่วยมีที่เป็น อุปสรรคต่อการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล แต่ไม่เป็นที่ประจักษ์
จำหน่ายง่าย	สะท้อนให้เห็นถึงการมีเงื่อนไข หรือปัจจัยบางประเภทที่มีอยู่หรือ ถูกสร้างขึ้นเฉพาะสถานการณ์ที่ สร้างให้เกิด ข้อจำกัด แต่ไม่เป็น ที่ประจักษ์	แนวโน้มสูงที่จะจำหน่ายผู้ป่วยได้ หากมีปัจจัยที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อ การจำหน่ายตามทฤษฎี

1) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรและตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยและ/หรือญาติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ในช่วงเวลาทำการศึกษามีเกณฑ์ตรงกับการสำรวจในส่วนที่ 2

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (inclusion criteria)

ก) เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีเกณฑ์ตรงกับการสำรวจในส่วนที่ 2 ที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

ข) ผู้ป่วยหรือญาติมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดสื่อสารให้ข้อมูลได้

กฎเกณฑ์ในการตัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

ก) ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ไม่ยินยอมให้มีตัวแทนผู้วิจัยเข้าพบและ/หรือ ไม่ยินยอมให้มีการนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม

2) เทคนิคในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling โดยคณะผู้ทำการศึกษาจะพิจารณาข้อมูลของผู้ป่วยในส่วนที่ 2 และทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่น่าจะสามารถเป็นตัวแทนได้ หลังจากนั้นจะทำการติดต่อผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา หรือ นักสังคมสงเคราะห์เจ้าของไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆอยู่ เพื่อขอให้พาตัวแทนผู้วิจัยเข้าพบตัวผู้ป่วยและครอบครัวและให้คำอธิบายถึงขอบเขตของงานวิจัยและขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

การสังเกตและการวัด (Observation & Measurement)

ใช้วิธีทางงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) การสังเกต (Observation)
- 2) การฟัง (Active Listening)
- 3) การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical Incidence)

โดยผู้วิจัยจะลดบทบาทการถามคำถามตรงๆ แต่จะเน้นการฟังเพื่อทำความเข้าใจในบริบทของเรื่องเล่าจากผู้ป่วยหรือญาติ ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้การวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic Analysis)

ขั้นตอนวิเคราะห์แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้ดังนี้

- 1) ถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาตามตัวอักษร ตรวจสอบข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการฟังเทปหลาย ๆ ครั้ง
- 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกตในพื้นที่มาอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ รอบ พยายามสังเกตความหมายของคำบรรยายทุกขั้นตอน ดัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออก ให้เหลือเฉพาะแก่น (Core) จากนั้นถอดรหัสข้อความ (Coding) ออกจากบทสนทนาแล้วพิจารณาคำต่าง ๆ นั้นว่าแสดงถึงอะไร เราเรียกว่า ประเด็นย่อย (Categories or Sub themes)

- 3) สรุปรวมประเภทของเรื่อง หรือประเด็นย่อยที่ได้ที่มีเนื้อหาเข้ากลุ่มกัน รวบรวมเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน ในขั้นตอนนี้เรียกว่า การสรุปประเด็นหลัก (Themes)
- 4) พิจารณาแต่ละประเด็นและความหมายของคำ การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วนร่วมในแต่ละเหตุการณ์จนเรื่องที่ตอบสนองกลายเป็นแบบอย่าง (Exemplars) หรือเป็นเรื่องที่สามารถอธิบายความหมายของสถานการณ์นั้น ๆ ได้
- 5) การจำแนกข้อมูลที่ได้ตามความหมายที่สามารถอธิบายการกระทำต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจภายใต้บริบทนั้น ๆ

การแปลความข้อมูลจากการเก็บข้อมูลด้วยการใช้การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นคร่าวๆ ได้ดังนี้

- 1) การย่อข้อมูล (Data reduction) เป็น กระบวนการจัดการด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลมีความเป็นระเบียบ โดยจัดระบบและเชื่อมโยงข้อมูลตามกรอบแนวคิดของเรื่องที่ศึกษา ทำให้ข้อมูลน้อยลงด้วยการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาออก เหลือไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการศึกษาจริงๆ เพื่อให้สามารถนำเสนอข้อมูลเหล่านั้นได้อย่างเป็นระบบและเข้าใจง่าย
- 2) การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จัดระเบียบไว้แล้วอย่างเป็นหมวดหมู่ด้วยวิธีการพรรณนา
- 3) การหาข้อสรุปการตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัย (Conclusions, drawing and verifying) เป็นกระบวนการหาข้อสรุปและตีความข้อสรุปหรือข้อค้นพบที่ได้ รวมทั้งการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง เพื่อให้ได้ประเด็นหลักของการศึกษาพร้อมทั้งการยืนยันผลด้วยการตรวจสอบสามเส้า ซึ่งสิ่งที่ได้จากการตีความอาจแสดงในรูปของคำอธิบายแนวคิด หรือ ทฤษฎี

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การรวบรวมข้อมูลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วยที่ให้ความยินยอมเป็นอาสาสมัคร โดยจะมีการนัดหมายวันเวลาและสถานที่ไว้ล่วงหน้าตามความสะดวกของอาสาสมัคร ซึ่งจะใช้การสัมภาษณ์อาสาสมัคร ครบครันจะประมาณ 1-3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-3 ชั่วโมง

แกนหลักของการสัมภาษณ์มุ่งเน้นไปที่การถามคำถามหลัก 2 ประเด็นด้วยกัน คือ การสร้างคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ ข้อมูลในส่วนนี้จะถูก

นำมาวิเคราะห์ต่อไปเพื่อหาสาระัตถะ และประเด็นสำคัญ ๆ แล้วนำไปสร้างโค้ดเพื่อวิเคราะห์แก่น (Theme) ต่อไป ในประเด็นที่สองมุ่งสร้างคำถามที่จะถึงบริบท และสถานการณ์ที่ส่งผลต่อประสบการณ์รับรู้ในปรากฏการณ์ที่สนใจของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้จะถูกนำมาสร้าง Cluster of meaning หรือปัจจัยให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ เพื่อใช้เป็นบริบทในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากส่วนแรก ซึ่งส่วนนี้จะสะท้อนอำนาจเชิงโครงสร้างทางสังคม (Structural description) และโยงข้อมูลของแต่ละปัจเจกสู่บริบทภาพกว้างทางโครงสร้าง

รูปแบบการสัมภาษณ์จะเป็นในลักษณะการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีการกำหนดโครงร่างการสัมภาษณ์ให้มีความยืดหยุ่นต่อธรรมชาติของปฏิสัมพันธ์ที่จะถูกพัฒนาขึ้นระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลเพราะต่างเป็นคนแปลกหน้าของกันและกันที่มาคุยกันในเรื่องที่อาจนำมาซึ่งความสะเทือนใจ จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ตามลำดับที่วางไว้ โครงสร้างการสัมภาษณ์พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับแต่ละวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ได้ภาพของแนวคิด (Concept) จากนั้นกำหนดแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาทั้งหมดและนำมาแตกเป็นมิตีย่อยๆที่เป็นรูปธรรมสำหรับการเก็บข้อมูลในพื้นที่ (Operationalisation of the concept)

ในระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการจดบันทึกและขอบันทึกเสียงร่วมด้วย เพื่อนำบทสนทนามาวิเคราะห์ซ้ำ ข้อมูลที่ได้ระหว่างการสัมภาษณ์จะถูกบันทึกในกระดาษเปล่า เพื่อให้บันทึกได้อย่างอิสระ

1) ข้อมูลที่รวบรวม ประกอบด้วย

ข้อมูลที่รวบรวมจะเป็นเรื่องราวของตัวผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย อันแสดงถึงกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

เรื่องราวและคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจะถูกรวบรวมไว้ในกระดาษบันทึกและเทปบันทึกเสียง ซึ่งจะถูกนำมาวิเคราะห์และถอดเทป เพื่อสร้างความเชื่อมโยงให้เข้ากับวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างอิสระ ไม่มีรูปแบบที่ตายตัว

ผลการศึกษาของส่วนที่ 3

บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ: ทุนนิยมและแพทยานูวัตร์ (Capitalism & Medicalisation)

การไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้หรือการที่ผู้ป่วยยี้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลออกไปเกินระยะเวลาที่แพทย์กำหนดนั้น เป็นสถานการณ์ที่มักเกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิมากกว่าสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับตัวในสถานพยาบาลระดับตติยภูมินั้นมักมีอาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องพึ่งพาการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับค่อนข้างสูงในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มีอิทธิพลโดยแอบแฝงต่อพฤติกรรมของบุคคล คือบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การเจ็บป่วยและการใช้บริการทางสุขภาพของบุคคลในสังคมสมัยใหม่ถูกกำหนดโดยบริบทโลกที่สำคัญได้แก่ระบบทุนนิยมและแพทยานูวัตร์ ซึ่งทั้งสองบริบทมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน

แพทยานูวัตร์ (Medicalisation) หมายถึง สภาวะที่มนุษย์และร่างกายถูกแยกห่างจากการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางธรรมชาติ (เกิด แก่ เจ็บ ตาย) แต่กลายเป็นหน่วยการศึกษา(subject) ทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัย ป้องกัน และรักษา ในอีกด้านหนึ่งหมายถึงการที่ระบบการแพทย์ขยายขอบเขตเข้าครอบงำมนุษย์ในทุกมิติของชีวิต มนุษย์ต้องพึ่งพาการแพทย์ในระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ การเจ็บป่วยของมนุษย์ถูกกำหนดความหมายใหม่ในวิถีที่ลดการยอมรับและพึ่งพาตนเอง ขาดมิติของการใช้ธรรมชาติในการเยียวยา โรงพยาบาล แพทย์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ถูกยกระดับเป็นสถาบันทางสังคมที่ทรงอิทธิพล เมื่อมนุษย์ต้องการควบคุมร่างกายทั้งในกระบวนการเกิด แก่ เจ็บ และตาย การเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้กลายเป็นบรรทัดฐานที่ต้องปฏิบัติ จนกลายเป็นวัฒนธรรมทางสังคมที่ให้คุณค่า(value) และความเชื่อมั่น (trust) ในระบบการแพทย์อย่างสูง การแพทย์ถูกขับเคลื่อนโดยกลไกของการขายความหวัง (hope) ความหวังที่จะหายจากโรค และขับไปสู่ความเชื่อว่าทุกอาการรักษาได้ และมนุษย์จะห่างไกลจากการเจ็บป่วยและความตายไปเรื่อยๆ

ระบบทุนนิยมเป็นหนึ่งในสมมติฐานที่หล่อหลอมความเป็นแพทยานูวัตร์ในสังคม จากนั้นทั้งทุนนิยมและแพทยานูวัตร์ได้พัฒนาความสัมพันธ์ต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน เมื่อสังคมขับเคลื่อนโดยการแข่งขันและการสะสมความมั่งคั่งก็นำไปสู่การเติบโตของธุรกิจประเภทโรงพยาบาลและธุรกิจทางเภสัชกรรม (การผลิตคิดค้นยารักษาโรค) ที่ตอบสนองความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อสะสมความมั่งคั่งร่ำรวยของมนุษย์ และเมื่อเกิดการแข่งขันกันทางธุรกิจจึงมีการลงทุนทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบกายภาพ สาธารณูปโภคไปจนถึงระบบและนวัตกรรมทางการบริหารจัดการต่างๆจนนำไปสู่การแบ่งกลุ่ม (segmentation) ของโรงพยาบาลตามทางกายภาพ สิ่งที่เกิดตามมามีคือระดับความเชื่อมั่นที่ไม่เท่ากันที่สังคมมีต่อโรงพยาบาลต่างๆ ในมิติต่างๆ ดังปรากฏในตารางต่อไปนี้

ทุนนิยม-แพทยานูว์ตอร์			
คุณลักษณะ	โรงพยาบาลตติยภูมิ (Tertiary Care)	โรงพยาบาลทุติยภูมิ (Secondary Care)	โรงพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care)
ผู้ให้บริการ	- เลือกมาใช้บริการ หรือ - ถูกส่งต่อมาโดยโรงพยาบาลลูกข่าย - ผู้ให้บริการมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา ค่านิยม และความเชื่อ	- ใช้บริการตามสิทธิ - ผู้ให้บริการมีเศรษฐกิจระดับกลาง	- ใช้บริการตามสิทธิ
ลักษณะการใช้สิทธิรักษาพยาบาล	- Out of pocket - สิทธิข้าราชการ - สิทธิประกันสังคม - สิทธิหลักประกันสุขภาพ	- สิทธิประกันสังคม - สิทธิหลักประกันสุขภาพ - สิทธิข้าราชการ	- ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก
ลักษณะบริการ	- รักษาโรคที่มีความรุนแรง - เจ็บป่วย ต้องอาศัยเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์	- วินิจฉัยและรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนมากนัก หรือใช้ระบบส่งต่อขึ้นสู่ระดับตติยภูมิ	- ส่งเสริม-ป้องกันโรค
Social location/ Identity	- มีภาพลักษณ์ของความทันสมัย-เชียวชาญมาก - อยู่ในเขตที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ/ เมือง	- มีความเชี่ยวชาญ - อยู่ในเมือง	- อยู่ในชุมชน/ ชนบท - มีขนาดเล็ก
ระดับของเทคโนโลยีและความทันสมัย	สูงมาก	แตกต่างกันพื้นที่	ต่ำ
ความเชี่ยวชาญของแพทย์	สูงมาก	แตกต่างกันพื้นที่	ต่ำ
ค่าใช้จ่าย	สูง-สูงมาก	แตกต่างกันพื้นที่	ต่ำ
ระดับความเชื่อมั่น	สูงมาก	แตกต่างกันพื้นที่	ต่ำ

การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการยอมรับ/ ไม่ยอมรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตัดสินใจออกจากโรงพยาบาล หากพิจารณาจากมุมมองของผู้ป่วยย่อมมิใช่การตัดสินใจที่กระทำโดยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อการเจ็บป่วยที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นมีความรุนแรงหรือมีความไม่แน่นอนในผลการรักษาสูง

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีลักษณะพิเศษที่การตัดสินใจกับการปฏิบัติอาจเป็นคนละเรื่องกัน ผู้ปฏิบัติไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ตัดสินใจ แต่เป็นผู้ต้องตัดสินใจเลือกที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับสิ่งที่แพทย์ได้ตัดสินใจแล้ว และการตัดสินใจไม่ยอมรับก็สามารถทำได้โดยอิสระ ฉะนั้นการตัดสินใจรับการจำหน่าย จึงประกอบด้วย การตัดสินใจจากอย่างน้อย 2 ฝ่าย ที่อาจมีความคาดหวังที่แตกต่างกัน การตัดสินใจทั้ง 2 ส่วนนี้ เริ่มต้นไม่พร้อมกันและด้วยสมมติฐานที่ต่างกัน แต่จะมาเชื่อมต่อกันด้วยการสื่อสาร กระบวนการตัดสินใจในผู้ป่วยจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับทราบและนำการตัดสินใจของแพทย์ไปพิจารณาเพื่อตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับสิ่งนั้น ทั้งยังมีผู้ร่วมตัดสินใจจำนวนมากหรือมากกว่าหนึ่ง เช่น สมาชิกในครอบครัวที่อาจมีความคิดเห็นต่อการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยแตกต่างหรือแม้แต่ขัดแย้งกัน

- **การตัดสินใจของแพทย์** หรือการที่ผู้ให้บริการ อันประกอบไปด้วยแพทย์/ ทีมแพทย์ พยาบาล/ ทีมพยาบาล ประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษาตัวและตัดสินใจว่าผู้ป่วย “พร้อม” ที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยจุดเริ่มต้นแล้วถือว่าการตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยนั้นเป็นมักเป็นการตัดสินใจของแพทย์ที่ประเมินจากหลักเกณฑ์ว่าอาการ/โรคที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาล (underlying disease) นั้นได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว หรืออยู่ในการควบคุมตามมาตรฐานการรักษาก่อนการตัดสินใจโดยอ้างอิงกับมาตรฐานการรักษายาบาล เกณฑ์ที่แพทย์นำมาใช้มักมีความเป็นวิทยาศาสตร์

- **การตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล** เป็นการตัดสินใจที่วัดจากความรู้สึก ความเชื่อ และความคาดหวังที่มีต่อโรคและอาการของโรค กล่าวคือผู้ป่วยและญาติจะมีชุดของความเชื่อและความคาดหวังที่เกี่ยวกับโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่และนำมาสู่การนอนโรงพยาบาล แม้โดยหลักการแล้วการประเมินว่าผู้ป่วยหายจากโรคหรือไม่ต้องการการดูแลในโรงพยาบาลแล้ว ควรใช้หลักเกณฑ์ที่มีมาตรฐานและมีความเป็นกลางปราศจากอคติดังเช่นที่แพทย์ใช้ แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยฟังการประเมินจากแพทย์ร่วมกับการประเมินส่วนตัวที่อาศัยความรู้สึก หากเกิดความขัดแย้งขึ้น สิ่งสำคัญคือจะทำอย่างไรให้สองฝ่ายปรับความต่างเข้าหากัน ผู้ป่วยรับฟังข้อมูลจากฝั่งแพทย์และนำไปใช้ทำความเข้าใจ

อย่างไรก็ตาม ความหมายของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังประกอบไปด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ดังตารางข้างล่างนี้

Stakeholder	Meaning of discharge			
	Experience-based	Goal-based	Interest-based	Consequences/ Impact
โรงพยาบาล โดยผู้บริหารและระบบบริหาร	- ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก (Management based)	- เพื่อการบริหารจัดการเตียง โรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ - เพื่อออกแบบระบบการจัดการ โรงพยาบาลที่เหมาะสม	- ความคุ้มค่าในเชิงการบริหารการเงินและระบบ โรงพยาบาลในภาพรวม - การแก้ไขปัญหาเชิงระบบโดยเชื่อมต่อกับระบบอื่นๆในระดับประเทศ	- มีเตียงว่างในโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
แพทย์-พยาบาล	- ใช้เกณฑ์ทางการแพทย์ประเมินความเหมาะสมในการจำหน่ายผู้ป่วย (Objective based)	- เพื่อบริหารจัดการเตียงในส่วนที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ		
ผู้ป่วย	- เมื่อรู้สึกดีขึ้น/ รู้สึกว่าหายจากโรค (Subjective based)	- เพื่อไม่ให้เป็นการะแวกอื่นทั้งทางการเงิน เวลา ฯลฯ	- พึ่งพาตนเองได้	- สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรืออย่างน้อยสามารถมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีคุณภาพชีวิต
ผู้ดูแล/ ครอบครัว	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง (Subjective based)	- ผู้ป่วยดูแลตนเองได้	- ไม่มีภาวะการดูแล	- ไม่มีภาวะการดูแลในแง่ค่าใช้จ่าย เวลา จิตใจ และอื่นๆ

ไม่ว่าแพทย์ ผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆจะประเมินเหมือนหรือต่างกันอย่างไร สิ่งที่จะต้องเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการประเมินผู้ป่วยจบสิ้น คือ แพทย์ลงความเห็นด้วยอาการผู้ป่วยพร้อมพอนที่ออกจากโรงพยาบาล ลำดับถัดไปแพทย์และทีมพยาบาลจะเริ่มสื่อสารให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัวได้ทราบถึง “สาร” จากฝั่งแพทย์ แม้ “สาร” ดังกล่าวจะมีนัยยะสำคัญในทางทฤษฎีแต่ในทางปฏิบัติกลับเป็นแค่เพียง “ทางเลือก” ให้ผู้ป่วย ไม่ใช่สิ่งที่ต้องปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด แพทย์ไม่มีอำนาจที่จะบังคับให้การตัดสินใจของตนเกิดผลในทางปฏิบัติ ผลในทางปฏิบัติจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยยอมรับและยินดีปฏิบัติตาม หาไม่

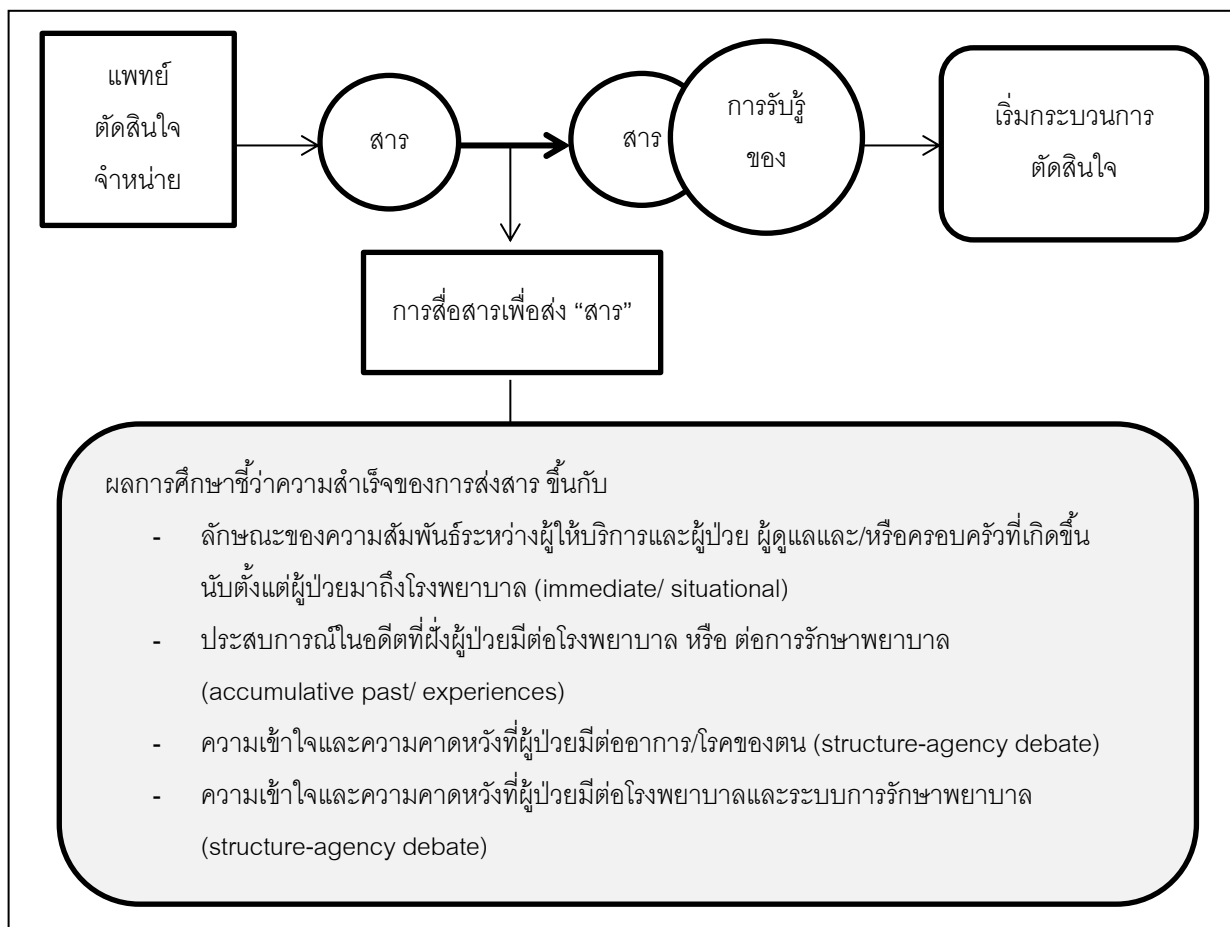
แล้วการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยนั้นจะถูกจัดเข้ากลุ่มของ “ผู้ป่วยจำหน่ายยาก” หรือจำหน่ายไม่ออก มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล/การครองเตียงนาน ทั้งนี้เพราะสารดังกล่าวมีได้หมายถึงสิ่งๆเดียวกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย กล่าวคือทั้งสองฝั่งมีมุมมองที่แตกต่างกันในหลายมิติต่อเรื่องเดียวกัน

การส่งและรับ “สาร” ว่าด้วยการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ด้วยเหตุที่ความหมายของการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันตามเหตุและปัจจัยที่หลากหลาย กระบวนการที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นรูปธรรมของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ ณ จุดที่มีการส่งและรับสารการจำหน่ายผู้ป่วย โดยแพทย์จะทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารซึ่งมักผ่านการเห็นชอบโดยทีมแพทย์ผู้รักษา มิใช่การตัดสินใจโดยลำพังของแพทย์ท่านใดท่านหนึ่งไปยังผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว ผู้ป่วยซึ่งไม่ว่าจะประเมินตนเองเรื่องการเจ็บป่วยหรือมีความคาดหวังอย่างไรต่อการรักษาพยาบาลและการหายจากโรคก็จำเป็นต้องเริ่มกระบวนการตัดสินใจในฝั่งของตน โดยการตัดสินใจมักจะเริ่มต้นโดย

- เทียบเคียงสิ่งที่ตนเองคาดหวังจากการรักษาพยาบาลกับสิ่งที่แพทย์ประเมิน อาจพบได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัวยังรู้สึกว่ตนเองป่วยอยู่มากหรือยังไม่หายจากโรคเพราะคาดหวังว่าต้องหายขาดแม้จะเป็นความคาดหวังที่ไม่อยู่บนฐานของความจริง ทำให้ผู้ป่วยต้องการอยู่โรงพยาบาลต่อไปเพื่อให้แพทย์รักษาให้หาย เช่น กรณีผู้ป่วยสมองตายและญาติได้ให้ข้อมูลว่าเข้าใจดีถึงผลของภาวะสมองตาย แต่ญาติยังคงตั้งความหวังเล็กๆ ไว้เผื่อว่าหากมีผู้ป่วยเกิดขยับตัวได้ การอยู่โรงพยาบาลจะทำให้แพทย์กู้ชีวิตผู้ป่วยกลับคืนมาได้

- การเข้าสู่กระบวนการเจรจาต่อรองหรือการปฏิเสธไม่ยอมรับการจำหน่าย ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นสิ่งที่อยู่เหนือการควบคุมของโรงพยาบาล ด้วยการเป็นปรัชญาของการเป็นโรงพยาบาลที่ไม่อาจปฏิเสธผู้ป่วยและต้องให้การดูแลรักษาด้วยหลักมนุษยธรรมย่อมส่งผลให้โรงพยาบาลอยู่ในสถานะของการตั้งรับไม่ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับการตัดสินใจของแพทย์ก็ตาม ในกรณีที่เกิดการขัดแย้งกันทางความคิดเห็น โรงพยาบาลและแพทย์อาจแสดงบทบาทของการจัดประชุมครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดบรรยากาศความขัดแย้ง และให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก ตลอดจนให้ความมั่นใจในการที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลระดับล่างกว่า เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้าน การเสริมพลังระบบเครือข่ายการดูแล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นหนทางของการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในความเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านอื่นๆ



*กล่องสี่เหลี่ยมแสดงถึงโอกาสที่จะสามารถแทรกแซงหรือเข้าไปจัดการกับสิ่งที่เป็อุปสรรคได้

มิติอันซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจของแพทย์กับความสัมพันธ์กับเวลา (Temporal order)

ในสถานการณ์ของการรักษาพยาบาล การตัดสินใจทั้งของแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้นในหลายมิติเวลาและเป็นเวลาที่มีจุดเริ่มต้นไม่พร้อมกันสำหรับแต่ละฝ่าย

■ การตัดสินใจที่เกิดขึ้นแล้ว (preformed decisions) และนำมาสื่อสารกับผู้ป่วย เมื่อแพทย์ต้องมาสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สารที่แพทย์นำมาสื่อสารกับผู้ป่วยคือ สิ่งที่แพทย์ตัดสินใจมาแล้ว ซึ่งมีนัยยะว่าผู้ป่วยและญาติขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อถึงขั้นตอนของการสื่อสารแพทย์อาจไม่มีข้อมูลด้านความคาดหวังและความรู้สึกตลอดจนประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยอยู่ในมือ ทำให้มีช่องว่างระหว่างสิ่งที่แพทย์ประเมินและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเพิ่มโอกาสของความยากลำบากในการสื่อสารให้สัมฤทธิ์ผลโดยเฉพาะหากแพทย์และผู้ป่วยคิดแตกต่างกันอย่างมาก

- การตัดสินใจที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน (situated decision) มักเป็นสารที่ว่าด้วยการประเมินอาการของผู้ป่วยจากการตรวจ การตัดสินใจลักษณะนี้ มักจะนำมาสู่การปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดตามมา เช่น ให้การรักษาต่อ เพิ่มหรือลดยา ไปจนถึงตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วย

- เงื่อนไขการตัดสินใจที่ว่าด้วยอนาคต (future trajectory) คือการที่แพทย์ทำนายการดำเนินโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งมักจะเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดเงื่อนไข เช่น ถ้าค่าเลือดลดลงจะให้ออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น

การตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยของแพทย์จะเกิดขึ้นเมื่ออาการของผู้ป่วยถูกประเมินแล้วในทั้งสามมิติ เวลา แต่ส่วนใหญ่การสื่อสารไม่เกิดขึ้นในลักษณะของการคุยกับผู้ป่วยถึงเงื่อนไขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ว่าด้วยสถานการณ์/อาการที่วินิจฉัยในวันนี้ สิ่งใดบ้างจะเกิดขึ้น และหากสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น การจำหน่ายก็จะเกิดขึ้นตามมา แต่โดยทั่วไปแพทย์จะสื่อสารกับผู้ป่วยทั้งเรื่องของปัจจุบันและอนาคต แต่เรื่องเหล่านั้นอาจไม่ได้เชื่อมโยงไปสู่ภาพของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สารว่าด้วยการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักเกิดขึ้นโดยเป็นการตัดสินใจจากฝั่งแพทย์และนำสิ่งที่ตัดสินใจแล้วนั้นมาสื่อสารกับผู้ป่วยในเวลา que ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ได้เตรียมความพร้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับและเกิดกระบวนการต่อรอง

ความไม่มีอิสระโดยสมบูรณ์ของการตัดสินใจ

ความทับซ้อนของเวลาจากข้อข้างต้นจะยากยิ่งขึ้น เมื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง เช่น ประกอบไปด้วยครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่เพื่อน ผู้ดูแล ซึ่งแต่ละฝ่ายอาจแตกต่างกันในรูปแบบของความต้องการและวัตถุประสงค์ของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งมาสื่อสารกันในห้วงเวลาหนึ่งที่จำกัดและมีแรงกดดัน ในหลายกรณีน้ำหนักของการตัดสินใจอาจอยู่ที่ผู้ป่วยเองมากกว่าผู้อื่น แต่ในบางกรณีก็พบว่าอำนาจในการตัดสินใจถูกถ่ายโอนจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่นซึ่งเป็นผู้ดูแล ประเด็นสำคัญที่กำหนดอำนาจหรือสิทธิขาดในการตัดสินใจของผู้ป่วยมักเชื่อมโยงกับ

- ภาวะพึ่งพิงทางกายของผู้ป่วย (Patient's level of physical dependency) หากการเจ็บป่วยหรือโรคลดอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้น้อยลงทางกาย จะส่งผลถึงความลังเลใจ ความเครียด ความกังวลที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น

- สถานการณ์การดูแล ทำให้เกิดภาระของคนมากกว่าหนึ่งคน ดังนั้นการตัดสินใจจำเป็นต้องรวมเอาความคิดเห็นจากบุคคลเหล่านั้นมาด้วย (collective decision)

การเกิดขึ้นของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกระบวนการของการรักษาพยาบาล แม้ผู้ป่วยดูเหมือนจะรับรู้ความเสี่ยง แต่ทราบเท่าที่ความเสี่ยงยังไม่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรมก็คงเป็นการยากเหลือเกินที่ใครสักคนจะคิดถึงมันหรือหาหนทางป้องกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติที่พกพาเอาความหวังที่จะหายจากโรคและความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาลเข้ามาอย่างเต็มเปี่ยม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นอาจจำแนกได้เป็นสองลักษณะ ซึ่งจะส่งผลที่มีความรุนแรงไม่เท่ากันต่อการทำความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว ได้แก่

- สิ่งที่ป้องกันได้และแม้จะได้ทำการป้องกันแล้วแต่ก็ยังมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้ เช่น การติดเชื้อจากการผ่าตัด
- เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้เลย เช่น ผู้ป่วยหุดห่วยใจในห้องพักและถูกพบโดยญาติแทนที่จะเป็นทีมแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งนำมาสู่การกู้ชีพล่าช้า ต่อด้วยการแทงเข็มเข้าเส้นเลือดใหญ่แต่ผู้ป่วยขยับตัวทำให้เส้นเลือดขาดทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาฟื้นคืนสติได้อีก ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังให้มีแผนสำรองหรือแผนฉุกเฉินรองรับ และหากผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่และรวดเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อาจยอมรับผลจากเหตุการณ์นั้นได้และไม่ยอมรับการตัดสินใจถูกจำหน่ายแม้ว่าแพทย์จะแจ้งว่าผู้ป่วยการนอนโรงพยาบาลต่อไปก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาเหมือนปกติได้อีก

อภิปรายผลของการศึกษาส่วนที่ 3

การตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เกิดบนรากฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลายฝ่าย อาทิ โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งหมดทุกฝ่ายจะมีส่วนต่อการกำหนดสถานการณ์ที่มีความเฉพาะตัวบุคคล (situation uniqueness) และเมื่อถูกจับวางบนบริบทหรือสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น จำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจ ระบบการบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์กร ระบบเครือข่ายขององค์กร การเกิดขึ้นของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความเชื่อมั่น-ชื่อเสียง-ภาพลักษณ์ที่สาธารณะมีต่อโรงพยาบาล ฯลฯ และที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมอันเป็นอีกมิติหนึ่งที่ปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมของเขา เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นในชีวิต การสะสมหรือมีทุนทางสังคม ระบบวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจงในบางพื้นที่หรือในบางสถานภาพ เช่น วัฒนธรรมอุปถัมภ์ การใช้เส้นสาย การจัดช่วงชั้นผู้ป่วยตามการใช้สิทธิและตามเครือข่ายคนรู้จักของผู้ป่วย (ผู้มีอุปการคุณ หรือกลุ่ม VIP) ฯลฯ ทำให้ไม่ง่ายเลยที่จะคาดเดาว่าสิ่งใดจะเกิดขึ้น และไม่อาจพยากรณ์ได้อย่างแม่นยำว่ากรณีใดจะจำหน่ายผู้ป่วยได้หรือไม่ เช่น บางกรณี

ผู้ป่วยมีเงื่อนไขขาดผู้ดูแล มีภาวะพึ่งพิงสูง (ตาบอด) สูงอายุ และไม่มีรายได้ แต่กลับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ เพราะตลอดระยะเวลาทั้งชีวิตผู้ป่วยได้สร้างความสัมพันธ์ที่แนบแน่น เกื้อกูล กับผู้อื่นที่อาศัยในบ้านเข้าด้วยกันอย่างแนบแน่น ทำให้เกิดทุนทางสังคมของการดูแล ตลอดจนผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและยอมรับได้ว่าตาสองข้างนั้นไม่อาจกลับมามองเห็นได้ และทุกฝ่ายได้พยายามแล้วอย่างเต็มที่เมื่อเทียบกับกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตที่ต้องเผชิญกับภาวะติดเชื้อมะเร็งแม้ครอบครัวจะมีความพร้อมทุกประการในการดูแล แต่แพทย์มิได้เกิดความคิดในการจำหน่ายเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องให้การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเพื่อส่งให้เกิดการตายดีและญาติเองก็ยอมรับเช่นนั้น เป็นต้น

ดังนั้นการแก้ไขหรือลดภาวะปัญหาอันเกิดโดยสืบเนื่องจากการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้น จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นความสำคัญที่ปฏิสัมพันธ์มีอำนาจในการสร้าง/กำหนดสถานการณ์ เพื่อตระหนักว่าสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายไม่มีโอกาสที่จะเหมือนกันแบบมีแบบแผนที่ตายตัว (patterned) และสถานการณ์มีความเป็นพลวัตสูง อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เนื้อหาความคาดหวังถ้ามีเหตุการณ์ใดในระหว่างการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในโลกทางสังคมของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้เพื่อมิให้กำหนดแนวทางรับมือกับสถานการณ์การจำหน่ายยากที่ไม่ยืดหยุ่นต่อการแก้ไขปัญหา หรือแนวทางที่อิงกับการพัฒนาระบบรองรับจนเกินไป

	Healthy relationship	Poor relationship
ผู้ให้บริการ	-ส่งเสริมและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพแพทย์ -ส่งเสริมการรักษาด้วยหลักการ Humanistic -ส่งเสริมจริยธรรมอันดีในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย	-เป็นอุปสรรคต่อการยอมรับของผู้ป่วย -ถูกรังเรียน
ผู้รับบริการ	-เกิดความเชื่อถือในผู้ให้บริการและระบบตลอดจนโรงพยาบาล -เกิดความเคารพและให้คุณค่าในวิชาชีพแพทย์ -เพิ่มโอกาสของการมี compliance ต่อกระบวนการรักษาพยาบาล	-เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง เช่น ไม่ยอม/ ไม่เข้าสู่กระบวนการไกล่เกลี่ยหากเกิดเหตุผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการรับมือกับปัญหาการจำหน่ายไม่ออกผ่านกระบวนการพัฒนาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (healthy relationship between provider and user) เนื่องจากเป็นกระบวนการเสริมพลัง (empower) ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และทำให้เกิดสะพานหรือช่องทางของการสื่อสารทั้งเรื่องที่จะเห็นไม่ตรงกัน เช่น อาการของโรคหรือข่าวร้ายอื่นๆ ทั้งยังมีส่วนในการช่วยสร้างความเข้าใจและยอมรับต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

ง่ายขึ้น และสร้างโอกาสในการมีเครื่องมือ (มิใช่ระบบ) เพื่อการรับมือกับปัญหาจำหน่ายยากที่ง่ายต่อการใช้งานและอยู่ในอำนาจ/พลังภายในตัวบุคลากรทุกคน เพราะการแก้ไขปัญหาคำจำหน่ายยากที่มุ่งการออกแบบระบบให้แก่ปัญหาส่วนบุคคล เช่น เราไม่อาจแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้สำเร็จทุกราย เพราะด้วยทรัพยากรที่จำกัดของระบบก็ทำให้เรื่องนี้ไม่อาจเป็นจริงได้ ตลอดจนหากทำเช่นนั้นจะเกิดการระงับยาวในระบบ และขัดกับอุดมการณ์ของพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่เรามีโอกาสจะได้

การพัฒนาความสัมพันธ์อันดีดังกล่าวต้องดำเนินการในหลายมิติพร้อมๆกัน

	ปฏิสัมพันธ์	ระบบ	กิจกรรม
แพทย์ และ พยาบาล	- ตระหนักถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - ตระหนักว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังและให้ความสนใจกับการดูแลของแพทย์และการแสดงออก - ดูแลผู้ป่วยด้วยจิตเมตตา		- จัดเวทีเพื่อศึกษาและขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการจนเกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติโดยสมัครใจของแพทย์และพยาบาล
โรงพยาบาล โดยผู้บริหาร	- สื่อสารอย่างสม่ำเสมอถึงผลกระทบต่อบุคคลและองค์กรต่อกรณีการมีความสัมพันธ์ที่ดีและไม่ดี	- สร้างการรับรู้ถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ - ขยายการรับรู้บทบาทของการเป็นผู้ให้บริการแม้ในสายงานที่ไม่ได้เป็นหน้าด่าน และเน้นย้ำที่หน่วยงานหน้าด่านที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยตรง - ระบบที่โปร่งใสในการตรวจสอบและบริหารความเสี่ยง - กำหนดเป้าหมายของการสร้างแรงจูงใจเพื่อการทำ	- จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ให้หมูปุคลากร - จัดกิจกรรมเพื่อเข้าถึงผู้ป่วยตามความเหมาะสมและประชาสัมพันธ์
เจ้าหน้าที่สายงานอื่น	- ตระหนักถึงความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ		- สร้างความภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีอันเป็นรางวัลจากการพัฒนาความสัมพันธ์อันดีจนประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษาส่วนที่ 3

1. การคัดเลือกผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูล ทำได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเปราะบางต่อการพูดคุยถึงเรื่องการจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยที่อาการยังไม่ดี ผู้ป่วยกรณีความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือ ผู้ป่วยที่เป็น VIP จึงไม่สามารถระบุกรอบการคัดเลือกผู้ป่วยได้อย่างตายตัว
2. ลักษณะของผู้ป่วยที่มาให้สัมภาษณ์ ยังขาดกลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งพาตนเองได้มากแต่ไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจให้ข้อมูลที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้
3. การสัมภาษณ์เชิงลึก มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือญาติอาจมีความกังวลว่าจะเกิดผลกระทบกับการรักษาพยาบาล จึงอาจไม่ได้ให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ ทั้งนี้ คณะผู้ทำการศึกษาได้พยายามชี้แจงในจุดนี้และเน้นเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยให้ชัดเจนแล้ว

สรุป

กระบวนการตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ทั้งโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งแต่ละฝ่ายอาจมีความคิดหรือมุมมองที่แตกต่างกัน ส่งผลในการตัดสินใจออกจากโรงพยาบาลไม่สอดคล้องกันจนทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้น นอกจากนี้ รูปแบบการตัดสินใจยังไม่มีแบบแผนที่ตายตัว แปรเปลี่ยนตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

การแก้ไขหรือลดภาระปัญหาที่เกิดจากการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เน้นให้เกิดการสื่อสารที่เข้าใจกัน และใช้วิธีการแก้ไขที่ให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม

การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลงระยะที่ 1

Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and
development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase1

ส่วนที่ 4

Part 4

การสำรวจสถานการณ์ของปัญหา
ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในวงกว้าง
โดยการจัดการประชุมเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Meeting and sharing experiences in dealing with difficulty discharge
among representatives from public tertiary care hospitals

ส่วนที่ 4 การสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในวงกว้าง โดยการจัดการประชุมเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เนื่องจาก การศึกษาในส่วนที่ 1 - 3 เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นหลัก อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลเพียงพอสำหรับการมองปัญหาในระดับประเทศได้ การศึกษาในส่วนที่ 4 จึงเน้นไปที่การประเมินสถานการณ์ในลักษณะเดียวกัน แต่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐแห่งอื่นๆ ทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนที่ 4 (Objectives)

- 1) เพื่อสำรวจสถานการณ์ของปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวใหญ่ของรัฐในกรุงเทพฯและใน 12 เขตของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) เพื่อสำรวจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวใหญ่
- 3) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยยากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวใหญ่

รูปแบบการศึกษาของส่วนที่ 4 (Research Design)

เป็นการสำรวจสถานการณ์ของปัญหาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐอื่นๆ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกิดขึ้นในการประชุมเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม ผู้แทนจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวใหญ่ของรัฐในเขตกรุงเทพฯและกลุ่มผู้แทนจากอีก 12 เขตของกระทรวงสาธารณสุข

ทางคณะผู้ทำการศึกษาจะเตรียมชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์การไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 แล้วส่งไปให้ผู้เข้าร่วมเสวนาเตรียมรวบรวมข้อมูล ก่อนนำมาแลกเปลี่ยนกันในช่วงการประชุมเสวนา

การประชุมเสวนา จะจัดขึ้น 2 ครั้ง โดยครั้งแรก จัดร่วมกับการประชุม HA National Forum 2558 เพื่อนำเสนอผลการศึกษาในส่วนที่ 1-3 และให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้อภิปรายร่วมกัน ส่วนครั้งที่ 2 จัดเป็นการประชุม โดยเชิญผู้เข้าร่วมมานำเสนอข้อมูลที่แต่ละโรงพยาบาลเตรียมมาและอภิปรายร่วมกัน

ตัวแทนของผู้ทำการศึกษาจะเข้าสังเกตการณ์ในการประชุม เพื่อทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประชุมเสวนาเหล่านี้ และนำมารวบรวมให้ออกมาเป็นข้อสรุป

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาส่วนที่ 4 (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

1) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรและตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมเสวนา เป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 7 แห่งและตัวแทนของโรงพยาบาลในแต่ละเขตของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง โดยทางผู้ทำวิจัยจะส่งจดหมายเชิญไปยังผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมและคุณสมบัติของตัวแทนที่กำหนดไว้และให้ผู้ดำเนินการเป็นผู้มอบหมายบุคคลที่จะเข้าร่วมเป็นตัวแทนตามความเหมาะสม

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (inclusion criteria)

ผู้ที่สามารถเข้าร่วมเสวนาต้องมีคุณสมบัติต่อไปนี้

- ก) เป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาใดก็ได้
- ข) มีประสบการณ์ในการทำงาน/ดูแลผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ไม่น้อยกว่า 3 ปี
- ค) สามารถเตรียมข้อมูลตามแบบสำรวจมาจากโรงพยาบาลของตน เพื่อใช้ในการเสวนา

กฎเกณฑ์ในการตัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- ก) โรงพยาบาลแห่งนั้นหรือตัวแทนไม่สมัครใจเข้าร่วมการประชุม

2) เทคนิคในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

ใช้ Quota sampling โดยเลือกผู้แทนจากโรงพยาบาล 19 แห่ง โรงพยาบาลละ 1-2 คน โดยผู้มาเข้าร่วม เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ

การสังเกตและการวัด (Observation & Measurement)

การจัดประชุมเกิดขึ้น 2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ครั้งที่ 1 เป็นการจัดประชุมในงานประชุม HA National Forum 2558 โดยมีการดำเนินการประชุมดังนี้
 - 1) คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในส่วนที่ 1-3 ให้ที่ประชุมรับฟัง ก่อนเปิดให้ร่วมออกความคิดเห็น
 - 2) แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่ม 3 ย่อย เพื่อพูดคุยและอภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์ของตัวแทนแต่ละท่านต่อปัญหาการจำหน่ายยาของโรงพยาบาลของตน
 - 3) ตัวแทนของคณะผู้วิจัยจะเข้าร่วมกลุ่มเพื่อป้อนคำถาม สังเกตการณ์ จดบันทึกและหาข้อสรุปจากที่ประชุม เพื่อนำมาวิเคราะห์ผล
2. ครั้งที่ 2 เป็นการจัดประชุม ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีขั้นตอนการประชุมดังนี้
 - 1) คณะผู้ทำการศึกษาสรุปผลการศึกษาและผลจากการประชุมครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวแทนทราบอีกรอบ
 - 2) นำเสนอและสรุปคำตอบจากแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการจำหน่ายยาที่ตัวแทนแต่ละโรงพยาบาลได้รับก่อนมาเข้าร่วมประชุม
 - 3) หาข้อตกลงและจัดลำดับความรุนแรงของปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาการจำหน่าย โดยใช้ Delphi method 3 รอบ
 - 4) การนำเสนอวิธีการจัดการปัญหาการจำหน่ายยาโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 5) สรุปผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ภายหลังเสร็จสิ้นการประชุมทั้ง 2 รอบ คณะผู้ทำการศึกษาจะนำข้อมูลและผลสรุปที่ได้ทั้งหมด มาวิเคราะห์และเขียนรวมเป็นข้อสรุปของสถานการณ์ ปัจจัยร่วม รวมถึงคำแนะนำในการจัดการกับปัญหาการจำหน่ายยา

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1) ข้อมูลที่รวบรวม ประกอบด้วย

1. สถานการณ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกของโรงพยาบาลต่างๆที่ส่งตัวแทนมาเข้าร่วมประชุม
2. ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น จำนวนเตียง อัตราครองเตียง เครื่องช่วยการส่งต่อ
3. ปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ลักษณะของผู้ป่วย
จำหน่ายยาก ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและญาติ ลักษณะของชุมชนและสังคม เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

ตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาลจะได้รับแบบสำรวจ 1 ชุด เพื่อให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การจำหน่ายยากในโรงพยาบาลของตนเองมาล่วงหน้า แบบสำรวจนี้ที่ดัดแปลงมาจากแบบเก็บข้อมูลใน ส่วนที่ 2 โดยตัดทอนให้เหลือแค่เพียงคำถามหลักๆในประเด็นต่างๆ ส่วนคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการจำหน่ายยาก จะถูกย่อให้เหลือในรูปแบบของ rating scale เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมกรอกข้อมูลได้สะดวกขึ้น

การรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุม ใช้การบันทึกลงในกระดานเปล่า กระดาน flip chart พิมพ์ลงในคอมพิวเตอร์และการบันทึกเสียงลงในเทป ก่อนจะนำข้อมูลในทุกส่วนมารวมกัน เพื่อวิเคราะห์เป็นบทสรุป

ผลการศึกษาของส่วนที่ 4

ผลจากการประชุมครั้งที่ 1

ภายหลังจากนำเสนอข้อมูลในห้องใหญ่ ได้มีการแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 3 กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้นำเสนอไป โดยมีตัวแทนของคณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายในแต่ละกลุ่ม

ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ ได้แก่ ตัวแทนกลุ่มโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น และตัวแทนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกเขตกรุงเทพฯ เช่น โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลศูนย์ระยอง โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี โรงพยาบาลศูนย์จันทบุรี โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลประสาธน์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เป็นต้น

เนื้อหาจากการอภิปรายกลุ่มย่อย ถูกจำแนกออกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยยากทั้ง 6 ด้าน จากการศึกษาส่วนที่ 1 ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors - P)
2. ปัจจัยทางการแพทย์ (Medical factors - M)
3. ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วย (Family factors - F)
4. ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆขององค์กร (Organizational factors - O)
5. ปัจจัยทางสังคม (Social factors - S)
6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National factors - N)

ข้อสรุปจากการอภิปรายกลุ่มย่อย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient factors)

ผู้ป่วยที่จำหน่ายยาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย โรคที่พบบ่อยได้แก่

- โรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งส่วนใหญ่มักต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและมักเกิดภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการเหนื่อยและมีเสมหะมาก จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น การให้ออกซิเจนตลอดเวลา ญาติก็ไม่สามารถนำกลับบ้านได้ เนื่องจากดูแลไม่สะดวก
- โรคทางสมอง เช่น stroke , head injury, หรือ spinal cord injury เป็นผลเกี่ยวเนื่องกับการรักษาในระยะแรกที่ไม่ทันท่วงที ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพถาวร ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช่วยเหลือ

ตัวเองไม่ได้ ในขณะที่ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลระยะฟื้นฟู และขาดการสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรค การวางแผนการดูแลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

- ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นกลุ่มที่จำหน่ายยากเนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหลัก หรือ ญาติไม่ยอมรับและไม่ใส่ใจลักษณะอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไปทำงานนอกภูมิลำเนา เช่น ย้ายไปอยู่อาศัยในจังหวัดที่เป็นเขตอุตสาหกรรม (ได้แก่ ระยอง หรือ ชลบุรี) ทำให้ห่างไกลจากครอบครัว
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นกลุ่มผู้ป่วยจำหน่ายยากที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลหลายแห่ง
- เด็กคลอดก่อนกำหนด (preterm) เป็นกลุ่มของผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานที่สุด ประกอบกับมักเกิดโรคแทรก เช่น โรคปอดที่ต้องใช้ surfactant หรือ retinopathy of prematurity ซึ่งมีภาวะค่าใช้จ่ายสูง
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอายุรกรรมเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอนติดเตียง (bed ridden) มีปัญหาแผลกดทับ และไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจภายหลังการเจาะคอได้
- ผู้ป่วยจิตเวช อาจมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น และ เป็นโรคที่มีตราบาปในสังคม
- ผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน มักไม่มีญาติและไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล
- ผู้ป่วยต่างชาติซึ่งเกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายภายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จนต้องย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ
- ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว ไม่ทราบชื่อนามสกุล และผู้ป่วยที่ทราบชื่อแต่ไม่สามารถตามญาติได้
- ผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง อันเกิดจากภาวะไม่พึงประสงค์หรือการรักษาที่ผิดพลาด

แนวทางการแก้ปัญหา

- เน้นการดูแลผู้ป่วย acute และ subacute ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวได้มากตามศักยภาพของคนไข้
- มีการพัฒนา care map ตามกลุ่มโรคให้ครอบคลุมถึงระยะเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วย stroke เริ่มตั้งแต่ช่วงแรกในห้องฉุกเฉิน ไปจนถึงการดูแลฟื้นฟูที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงบ้าน หรือ การจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดระยะท้ายที่บ้าน ที่มีทั้งการเตรียมความพร้อมและการเตรียมอุปกรณ์ (ซื้อ หรือ ให้ยืม) เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
- มีการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวังในระยะต่างๆ ของโรค
- มีการทำงานเป็นทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด มีบทบาททั้งในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน การสร้างนวัตกรรม เช่น รวบรวมใฝ่ให้ผู้ป่วยหัดเดิน รวมถึงการลงฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในชุมชน
- โรงพยาบาลศูนย์ระยองมีการประสานกับโรงพยาบาลคามิลเลียน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่มีข้อจำกัดที่จำนวนผู้ป่วยที่รับได้และต้องรอคิวนาน

- ในกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงพ้องร้อง สามารถลดความรุนแรงลงได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หลายโรงพยาบาลมีตัวอย่างที่ผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้ ขอกลับบ้านด้วยความเต็มใจ

2. ปัจจัยทางการแพทย์ (medical factors)

การแพทย์ในปัจจุบัน เน้นที่ความเป็นเลิศในการรักษาเฉพาะโรค โดยเฉพาะโรคเฉียบพลันที่รักษาหาย ซึ่งมีข้อดีตรงที่การรักษาระยะเฉียบพลันที่ได้มาตรฐาน เช่น การทำ fast track ในโรคต่างๆ จะลด morbidity และ mortality ได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเป็นส่วนๆ ยังขาดความเข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การทำงานไม่มีการวางแผนการรักษาร่วมกัน แพทย์หลายหน่วยไม่ได้พูดในทิศทางเดียวกันจนเกิดความขัดแย้งขึ้น

ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่งพบว่า มีผู้ป่วยอายุรกรรมนอนโรงพยาบาลด้วยโรค acute 50% และโรค chronic 50% บางครั้งผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเพราะต้องรอขอคำปรึกษา มีการปรับยาซึ่งต้องใช้เวลา หรือ รออุปกรณ์พิเศษ นอกจากนี้ การดูแลซึ่งเน้นประสิทธิภาพ ต้องใช้อุปกรณ์จำนวนมากและมีความซับซ้อน ทำให้ญาติไม่มั่นใจหรือไม่สามารถดูแลได้โดยง่าย โรงพยาบาลชุมชนก็ไม่สามารถรับกลับไปดูแลต่อได้ เช่น ไม่มีอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน นอกจากนั้น เมื่อเกิดปัญหาแล้วยังหาเตียงกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลศูนย์ได้ยาก

แนวทางการแก้ปัญหา

- วางเป้าหมายและแนวทางในการรักษาที่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย acute care, chronic care และ palliative care พร้อมปรับระบบหอผู้ป่วยและระบบทางการแพทย์ให้สอดคล้อง
- โรงพยาบาลศูนย์สระบุรีให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับทีม palliative care ในลักษณะเชิงรุก โดยเน้นที่การวางเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน เช่น ให้การดูแลทางยาอย่างเต็มที่ แต่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ปั๊มหัวใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรคและการพยากรณ์โรค เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกับความเป็นจริง
- ก่อนทำหัตถการ เช่น การเจาะคอ ควรมีการประชุมครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขา ในการวางเป้าหมายและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพที่ตามมา เช่น กำลังคนที่ต้องมาฝึกดูแล ค่าใช้จ่ายรายเดือน วิธีการดูแลและอุปกรณ์ที่ต้องจัดหา เป็นต้น
- มีระบบทดลองเยี่ยมบ้าน

3. ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย (family factors)

ปัญหาที่พบบ่อยคือ

- การไม่มีหรือขาดผู้ดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอในหลายพื้นที่ ในบางพื้นที่ผู้ป่วยเป็นคนต่างถิ่นหรือเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานเพียงลำพัง ไม่มีครอบครัว (บางพื้นที่มีคนทำงานที่มาจากนอกพื้นที่มากถึง 80%) หรือ ในทางกลับกัน คือ เป็นพื้นที่ที่ญาติต้องออกไปทำงานในอีกจังหวัด จนไม่เหลือผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ บางพื้นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ เพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่นหมด
- สำหรับครอบครัวที่มาทำงานจากต่างถิ่น มักไม่มีบ้านของตัวเอง พักอาศัยในบ้านเช่าที่มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ เจ้าของบ้านเช่าบางแห่ง ไม่อนุญาตให้รับผู้ป่วยกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน
- ญาติไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหลายอย่างและต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น การใช้อุปกรณ์ให้ยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยเจาะคอที่ต้องดูแลเสมหะ ผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น
- ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล มองว่าการดูแลเป็นภาระและควรเป็นบทบาทของโรงพยาบาล
- ญาติเป็นเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่สนิทสนมกับบุคลากรของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเกรงใจ
- ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้มีอุปการคุณหรือบุคคลสำคัญซึ่งทางโรงพยาบาลเกรงใจ ไม่กล้าจำหน่าย บางรายใช้วิธีซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น ซื้อเตียงหรือซื้อเครื่องช่วยหายใจสำหรับการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล

แนวทางการแก้ปัญหา

- ประเมินความพร้อมในด้านต่างๆของญาติและผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เช่น ด้านร่างกาย ทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวทาง discharge planning ที่เป็นมาตรฐาน
- มีโปรแกรมการสอนญาติและให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ซึ่งในหลายกรณีศึกษาพบว่า ญาติเป็นผู้แจ้งเองว่าพร้อมกลับบ้านแล้ว
- การปรับทัศนคติของผู้ป่วยและญาติต่อการนอนโรงพยาบาลว่าไม่ได้มีเฉพาะข้อดี แต่มีข้อเสียด้วย เช่น เกิดการติดเชื้อได้ง่าย
- การช่วยจัดหาอุปกรณ์เพื่อการดูแลที่บ้าน อาจจัดตั้งเป็นระบบ เช่น ธนาคารเครื่องมือ
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีการประสานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดหาที่พักให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และพัฒนาต่อเนื่องเป็นระบบ fast track มากกว่า 2 ปี
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีปัญหการจำหน่ายผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนแออัดกลับบ้าน จึงใช้การประสานกับทีมศูนย์บริการสาธารณสุขและนักสังคมสงเคราะห์เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับญาติ

- การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านมีความสำคัญ เพื่อให้ญาติไม่รู้สึกว่าเป็นการผลักไส แต่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วยเอง
- มีการดูแลติดตามถึงบ้านทั้งก่อนและหลังการจำหน่าย

4. ปัจจัยด้านบริบทอื่นๆขององค์กร (organizational factors)

ปัญหาที่พบบ่อย คือโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาลแต่ยังไม่ให้ความสำคัญของการไหลเวียนผู้ป่วยในขาลง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทำเรื่องนี้มีไม่เพียงพอ สถานที่ไม่เพียงพอ และขาดการทำงานเชิงรุก การนอนโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่เบิกได้จากงบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวทางการแก้ปัญหา

- แบ่งโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและในจังหวัดเป็นโซนเพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- กำหนดกลุ่มโรคสำคัญและพัฒนาลักษณะการดูแลในภาพรวมของจังหวัดและเขตสุขภาพ
- ประสานงานกับผู้บริหารเพื่อจัดอัตรากำลังและมีการเกลี่ยคนจากหอผู้ป่วยอื่นๆ
- โรงพยาบาลศูนย์หลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลเชียงราย และโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีการเสริมสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย โดยการ
 - พัฒนาบุคลากร เช่น การจัดวิชาการสัญจรลงตามตรงพยาบาลชุมชน การจัดฝึกอบรม เช่น การดูแลเครื่องช่วยหายใจ
 - ให้เงินทุนพัฒนากลุ่มโรคหรือกลุ่มการดูแลแบบต่างๆ
 - จัดหาหรือให้ยืมอุปกรณ์ระหว่างโรงพยาบาล เช่น เครื่องช่วยหายใจ
 - พัฒนาช่องทางในการสื่อสารกับโรงพยาบาลลูกข่าย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ระบบ tele-conference หรือ ระบบ line
- โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมประชุม เช่น โรงพยาบาลห้วยหลู จังหวัดนครปฐม แจ้งว่ายินดีรับดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับมา ถ้ามีการสื่อสารและการวางแผนเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจนและตรงตามสมรรถนะที่มีอยู่ เนื่องจากเตียงยังว่างและเป็นรายได้เข้าโรงพยาบาลตาม DRG
- โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีการประชุมโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อแบ่งรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามกลุ่มโรค เช่น ส่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและเงินทุนไปช่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเพื่อพัฒนาให้เป็นศูนย์รับดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ในขณะที่พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนอีกแห่งหนึ่งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี มีการดำเนินงานเพื่อขอมาตรฐาน JCI ซึ่งกำหนดให้ยอดผู้ป่วยต้องไม่เกินจำนวนเตียง ทำให้ทางทีมแพทย์ต้องมาร่วมมือกับทางพยาบาลและเครือข่ายในจังหวัดเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อให้เข้มแข็ง
- โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการแยกหอผู้ป่วยเรื้อรังออกจากหอผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และมีการพัฒนาการสื่อสารที่ครอบครัวมีส่วนร่วม มีโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองจนญาติมั่นใจก่อนกลับบ้าน
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น การสร้างชุมชนผู้ดูแลผู้ป่วย (community caregiver) การให้สม. มาร่วมดูแลผู้ป่วย การจัดอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีรายได้ประจำ (15,000 บาท/คน/เดือน) โดยทีมสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินคุณภาพ
- มีการประสานกับทีมเยี่ยมบ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- มีการประสานกับอำเภอ องค์การส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. หรือหน่วยงานทางสังคมเพื่อร่วมดูแล
- มีการตั้ง case manager มาประสานการส่งต่อเพื่อเตรียมกลับบ้าน
- มีการตั้ง KPI เป็นระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยมีการเก็บข้อมูลเป็นระยะ
- มีการมอบหมายผู้บริหารมาดูแลเรื่องนี้ นำกรณีผู้ป่วยที่จำหน่ายยากมาประชุมติดตามกันอย่างสม่ำเสมอทุก 2-4 สัปดาห์

5. ปัจจัยทางสังคม (social factors)

- ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังสูงเมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์
- บริบทที่แตกต่างกันระหว่างสังคมเมืองและสังคมชนบท โดยสังคมเมืองคุ้นเคยกับการที่โรงพยาบาลจัดการดูแลรักษาทุกอย่าง ญาติไม่ต้องทำอะไร ไม่มีส่วนร่วม
- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลศูนย์เป็นจำนวนมาก บางโรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงถึง 170%
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งญาติมีความเชื่อว่าการอยู่โรงพยาบาลใหญ่ดีกว่าโรงพยาบาลเล็ก
- ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ไม่อยากไปรักษาที่อื่น เพราะคิดว่าเป็นสิทธิและมีความสะดวกสบายกว่า แม้ว่าการอยู่โรงพยาบาลจะเสียส่วนเกินบางส่วนก็คุ้มค่ากว่าการกลับบ้านแล้วต้องจ้างคนดูแลหรือมีคนในครอบครัวน้อยและต้องทำงานไม่สามารถมาดูแลได้
- มีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจอยู่โรงพยาบาลหรือขอลกลับบ้าน โดยเฉพาะผู้ที่อาการหนักใกล้เสียชีวิต เช่น กลุ่มลาวโซ่งในจังหวัดราชบุรี

แนวทางการแก้ปัญหา

- มีการพัฒนา service plan ที่ใช้ร่วมกันในเขตสุขภาพ เพื่อประสานงานกับแพทย์ ทำให้คนไข้มั่นใจว่าได้รับการบริการที่เหมือนกัน
- ในกรณีผู้ป่วยที่มีบ้านหลายแห่ง ทางสังคมสงเคราะห์มีการประเมิน มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (national factors)

ระบบบริการสุขภาพไทยมีรูปแบบไม่หลากหลายพอที่จะรองรับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย โดยหลักแล้วมีเพียงการดูแลระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลและการดูแลในชุมชน แต่รูปแบบการดูแลระยะเรื้อรังแบบ long term care ยังมีน้อย ขาดแคลน home care และ hospice care การดูแลที่บ้านหรือสถานดูแลเอกชนไม่อยู่ในสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีข้อมูลจำนวนมากแต่ขาดความเชื่อมโยงกัน การส่งต่อข้อมูลยังมีรอยต่อ และมีค่าใช้จ่ายที่อาจเบิกไม่ได้ นอกจากนี้ สังคมไทยปัจจุบันมีคนต่างชาติซึ่งอยู่นอกสิทธิประกันสุขภาพจำนวนมาก

แนวทางการแก้ปัญหา

- มีการใช้งบประมาณนอกกรอบ ในการจัดหาบริษัทเอกชนหรือมูลนิธิ เพื่อนำผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา เช่น โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ให้นักสังคมสงเคราะห์นำเงินจากกองทุนมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย
- โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี มีการประสานกับสถานทูตเพื่อการช่วยส่งคนไข้กลับ รวมทั้งประสานกับตำรวจเพื่อร่วมดูแลในกรณีผู้ป่วยที่พาสปอร์ตหมดอายุหรือกรณีของผู้ที่หลบหนีเข้าเมือง
- ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศควรเชื่อมโยงทุกระดับ เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยรักษาใกล้บ้านได้มากที่สุด เช่น การเบิกรับยา
- การส่งต่อแบบไร้รอยต่อและการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ เช่น โปรแกรม ThaiRefer แทนการใช้กระดาษ
- มีการสร้างเครือข่ายข้ามเขตสุขภาพหรือข้ามจังหวัด เช่น การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการเยี่ยมบ้าน
- โรงพยาบาลที่อยู่ติดชายแดนมีการประสานกับโรงพยาบาลท้องถิ่นในประเทศลาวและกัมพูชา เพื่อร่วมพัฒนาและประสานการส่งผู้ป่วยกลับ
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยต่างชาติ เช่น ชาวแอฟริกา หรือ ยุโรป และผู้ป่วยที่ไม่มีชื่อ-นามสกุลกลับบ้าน จึงต้องทำเรื่องเสนอต่อผู้บริหารให้ทางสภาาชาดไทยช่วยเหลือค่ารักษา หรือทำสัญญาจัดจ้างให้สถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังรับผู้ป่วยไปดูแลเป็นรายเดือน

ผลจากการประชุมครั้งที่ 2

ในการประชุมครั้งที่สองได้มีการรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาของทุกโรงพยาบาล ที่ส่งตัวแทนเข้าร่วมการประชุม ทั้งปัจจัยที่ทำให้จำหน่ายยาก และ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการจำหน่ายได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาก

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยากที่มีระดับคะแนนสูง

	ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาก ที่มีระดับคะแนนสูง	คะแนน	SD	เปลี่ยนแปลง
O	โรงพยาบาลชุมชนหรือต้นสังกัดขาดความพร้อมของบุคลากร เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ	3.38	1.09	0.68
F	ญาติไม่มั่นใจ หรือขาดทักษะในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	3.31	0.85	0.81
M	ผู้ป่วยโรคซับซ้อนต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์พิเศษ ไม่มีสถานที่อื่นให้การดูแลได้	3.23	0.90	0.23
S	ผู้ป่วยหรือญาติไม่มั่นใจในการถูกส่งไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพต่ำกว่า	3.23	1.17	0.13
O	ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเพราะต้องรออุปกรณ์การแพทย์ การทำหัตถการ การให้ยาเคมีบำบัด	3.15	0.99	0.55
O	โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลต้นสังกัดไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคซับซ้อน มีเงื่อนไขในการรับกลับ	3.15	0.86	0.35
M	มี medical complications จากการนอนนาน เช่น ติดเชื้อ VAP, BSI ต้องให้ยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง	3.15	1.09	-0.15
M	มี active medical problems เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาล ไตวายเฉียบพลัน	3.08	0.80	0.58
S	ทัศนคติของญาติที่มองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด/เป็นการทำดีที่สุดให้กับผู้ป่วย	3.08	1.04	0.38
F	ญาติต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย	3.08	1.12	0.38
F	ญาติมีปัญหาการเงิน การดูแลที่บ้านมีค่าใช้จ่ายมากกว่าการอยู่โรงพยาบาล เช่น การซื้อของ หรือจ้างคน	3.08	0.95	0.28
S	ญาติรู้สึกว่าการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลสามารถจัดการชีวิตได้ง่ายกว่าหรือสะดวกสบายกว่า	3.08	0.90	0.28
P	ผู้ป่วย VIP เช่น ข้าราชการระดับสูง นักการเมืองฝาก	3.08	1.33	-0.02
P	ผู้ป่วยมีการทำงานของระบบอวัยวะที่สำคัญต่ำอยู่เดิม นอนติดเตียง เช่น โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคทางสมอง end-stage respiratory, cardiovascular disease	3.08	1.04	-0.02
S	ทัศนคติของญาติที่มองว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลไม่เต็มที่	3.00	1.19	0.33

กลุ่มปัจจัย M-เรื่องทางการแพทย์ P-เรื่องของผู้ป่วย F-เรื่องของครอบครัว O-เรื่องขององค์กร S-เรื่องของสังคม และ N-เรื่องของนโยบายระดับชาติ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยาที่มีระดับคะแนนกลาง

	ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายยา ที่มีระดับคะแนนปานกลาง	คะแนน	SD	เปลี่ยนแปลง
M	ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษา Acute Problem ที่ได้รับมาตรฐาน ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง	2.92	0.87	2.92
P	เป็นผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือ เสมือนไร้ญาติ	2.92	0.95	0.42
F	ญาติไม่ต้องการรับผู้ป่วยกับไปดูแลเอง เนื่องจากปัญหภายในครอบครัว	2.92	1.09	0.12
P	ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดการฟ้องร้องจากความผิดพลาดในการรักษา หรือ การทำหัตถการ	2.92	0.99	-0.38
P	ผู้ป่วยเป็นคนที่ทำงานที่มาจากต่างพื้นที่ อยู่ตัวคนเดียว	2.85	0.80	0.65
F	สถานที่ดูแลไม่พร้อม เช่น บ้านเช่า คับแคบ สิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขอนามัย	2.85	0.86	0.45
N	การส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทำได้ยาก ต้องรอนาน	2.85	1.32	0.35
S	ทัศนคติของผู้ป่วย/ญาติที่มองว่าการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล	2.85	1.01	0.15
P	ผู้ป่วยที่เป็นญาติเจ้าหน้าที่ หรือ ผู้ที่มีอุปการะคุณ	2.85	1.04	-0.05
F	ญาติที่จะดูแลได้มีจำนวนน้อย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	2.77	1.12	0.37
F	ผู้ป่วยมีญาติ แต่ถูกครอบครัวทอดทิ้ง	2.77	0.80	0.27
F	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติกลัวไม่อยากให้เสียชีวิตที่บ้าน	2.77	1.20	-0.13
F	ญาติมีความคาดหวังสูงต่อผลการรักษาหรือสภาพของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล	2.69	1.14	0.19
P	การพยายามใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิเบิกประกัน และผู้ป่วยประกันสังคม	2.69	0.97	-0.11
O	โรงพยาบาลไม่มีหน่วยงานติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น home care	2.62	0.95	0.32
F	ผู้ป่วยหรือญาติกลัว ไม่มั่นใจ หรืออับอายในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน	2.62	0.99	0.22
P	ผู้ป่วยมีภาวะพิการทางจิตใจ ต้องพึ่งพาผู้อื่น	2.62	1.03	0.12
O	ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันใกล้ แล้วหาเตียงได้ลำบาก	2.62	1.12	0.02
N	ผู้ป่วยเป็นคนต่างด้าว มีปัญหาค่าใช้จ่าย หรือไม่มีสถานที่รับตัวหลังจำหน่ายออก	2.54	1.08	0.34
S	ผู้ป่วยคุ้นเคย หรือศรัทธาโรงพยาบาลไม่อยากย้ายไปรักษาที่อื่น	2.54	1.07	0.24
M	ผู้ป่วยที่มีโรคหลายสาขา ไม่มีเจ้าของไข้ที่ดูแลแผนการจำหน่าย	2.54	0.95	0.04
P	ผู้ป่วยต้องการอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากได้ secondary gain ในบทบาทผู้ป่วย	2.23	0.78	-0.07

กลุ่มปัจจัย M-เรื่องทางการแพทย์ P-เรื่องของผู้ป่วย F-เรื่องของครอบครัว O-เรื่องขององค์กร S-เรื่องของสังคม และ N-เรื่องนโยบายระดับชาติ

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการจำหน่ายได้

ตารางที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการจำหน่ายได้ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย)

	ปัจจัยสนับสนุนต่อการจำหน่ายได้	คะแนน	SD	เปลี่ยนแปลง
M	มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่แรกเริ่มรักษา	3.92	0.29	0.14
M	มีระบบการสื่อสารที่ดีในทีมสหสาขา	3.83	0.39	0.16
O	การจัดให้มีโปรแกรมและสถานที่ในการฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน	3.83	0.39	0.05
F	มีการเชิญญาติร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล	3.83	0.39	0.05
O	มีการจำแนกฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ดูแลที่ชัดเจนเพื่อการพิจารณาปัจจัยสนับสนุน	3.75	0.45	0.42
P	ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความจริงของภาวะเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง	3.75	0.62	0.08
M	ให้ความรู้ความเข้าใจการดูแลแบบ palliative care	3.75	0.45	-0.03
O	มีระบบให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ให้กลับไปใช้ที่บ้าน	3.67	0.49	0.00
O	มีโรงพยาบาลที่รับRefer ผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง	3.67	0.65	0.00
O	การสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ	3.67	0.65	-0.11
O	การมีสถานสงเคราะห์ที่รองรับการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนเพิ่มขึ้น	3.67	0.49	-0.22
O	การมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในสังคม และชุมชน	3.58	0.67	-0.20
O	ประกาศนโยบายให้แก่ทุกระดับ	3.50	0.67	3.50
F	การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาและร่วมวางแผนการ discharge ตั้งแต่ต้น	3.50	0.67	-0.17
N	นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดการปัญหากระบวนการดูแลต่อเนื่อง	3.50	0.80	-0.28
O	การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใส่เครื่องหายใจ	3.42	0.90	3.42
O	มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย เช่น สายด่วน 24 ชั่วโมง	3.42	0.67	0.20
O	มีการสร้างความเชื่อมั่นเรื่องการรับตัวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ	3.33	0.78	0.22
N	รัฐบาลให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	3.33	0.78	0.11
O	สร้างระบบการติดต่อสื่อสารที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพกับเครือข่ายนอกองค์กร เช่น สถานทูต เจ้าหน้าที่ตำรวจ	3.33	0.49	-0.67

กลุ่มปัจจัย M-เรื่องทางการแพทย์ P-เรื่องของผู้ป่วย F-เรื่องของครอบครัว O-เรื่องขององค์กร S-เรื่องของสังคม และ N-เรื่องของนโยบายระดับชาติ

ตารางที่ 3 (ต่อ) ปัจจัยสนับสนุนต่อการจำหน่ายได้ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย)

	ปัจจัยสนับสนุนต่อการจำหน่ายได้	คะแนน	SD	เปลี่ยนแปลง
O	มีการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อทำหน้าที่บริหารเตียงอย่างชัดเจน	3.25	0.97	0.14
O	มีกองทุนสำหรับช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้น้อยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของตน	3.25	0.62	-0.42
M	มีการให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้านก่อนออกจากโรงพยาบาลจริง	3.25	0.75	-0.53
S	สังคมมีความเข้าใจและมีความคาดหวังต่อโรงพยาบาลอย่างสมเหตุสมผล	3.17	0.72	-0.16
O	นโยบายเรื่องการคิดค่าใช้จ่ายส่วนเกินหรือการร่วมจ่าย หลังมีคำสั่งจำหน่าย	2.92	1.00	-0.75
O	นโยบายในการลดหย่อนค่าใช้จ่าย ถ้าสามารถพาผู้ป่วยกลับบ้านได้ในเวลาที่กำหนด	2.83	1.11	-0.50
O	พัฒนาระบบ Home Health Care ที่เข้มแข็งได้มาตรฐานตามบริบทสังคม	2.75	0.87	-0.25
F	การเป็นครอบครัวขยาย	2.67	0.65	-0.22
O	มีหน่วยงานส่วนกลางที่ช่วยดูแลติดตามปัญหาการ discharge ยากโดยเฉพาะ	2.58	0.67	-0.64
F	ครอบครัวมีเศรษฐกิจดี	2.42	0.79	-0.69

กลุ่มปัจจัย M-เรื่องทางการแพทย์ P-เรื่องของผู้ป่วย F-เรื่องของครอบครัว O-เรื่องขององค์กร S-เรื่องของสังคม และ N-เรื่องของนโยบายระดับชาติ

อภิปรายผลของการศึกษาส่วนที่ 4

การจำหน่ายยากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้านซึ่งแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยทั้งในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลศูนย์ในส่วนภูมิภาค พบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมด ประกอบกับการที่เป็นโรคซับซ้อนต้องมีการปรับยาและใช้อุปกรณ์พิเศษ ในกรณีนี้การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ต้องมีการปรับบทบาทและเสริมศักยภาพของปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ไปพร้อมกัน

ทีมสุขภาพปรับบทบาทจากผู้ให้การรักษาโรคและปรับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจากแบบ paternalism มาเป็นผู้ให้คำปรึกษาและโค้ชทางสุขภาพ ในแบบ cooperative model ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุกเป็นทีมสหสาขา สิ่งสำคัญคือการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความจริงเรื่องโรคและการดำเนินโรคร่วมกัน การให้ข้อมูลทางเลือกในการรักษาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (family engagement and share decision making) โดยพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่เท่าเทียม เช่น การจัด family meeting ซึ่งเน้นการรับฟังมุมมอง ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ก่อนให้

ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจ เมื่อเกิดความขัดแย้งก็มีกระบวนการสื่อสารเพื่อหาเป้าหมายร่วมกัน การดำเนินการควรปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี ทั้งนี้การประสานเครือข่าย เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องควรให้ความสำคัญกับการส่งต่อความไว้วางใจที่คนไข้จะมีต่อทีมสุขภาพปลายทาง และมีแนวทางดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ญาติผู้ป่วย เป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการประเมินครอบครัวว่ามีศักยภาพที่จะพัฒนาเป็นผู้ดูแลได้หรือไม่ เช่น ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่มากแต่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ต้องมีสถานที่พักที่เหมาะสม และมีญาติให้การดูแลเต็มอย่างน้อย 2 คน โดยญาติมาเข้ารับการฝึกการดูแล รวมถึงมีการติดตามและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการมาก ญาติหรือสถานที่ไม่พร้อม อาจให้การประเมินและให้การสนับสนุนในรูปแบบเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน สถานพักฟื้นของมูลนิธิหรือเอกชน กลุ่มอาสาสมัครหรืออสม.ในชุมชน หน่วยงานราชการในท้องถิ่น เช่น อบต. อบจ. อำเภอ หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็กคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยไร้ญาติและไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยต่างชาติซึ่งไม่มีสิทธิตามกฎหมายไทย ต้องการการดำเนินการในรูปแบบเฉพาะ และควรมีการจัดรวบรวมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาการจัดการในผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ต่อไป

ในส่วนขององค์กรควรมีการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับความจำเป็นทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในระยะเฉียบพลัน (acute care) ระยะเรื้อรัง (chronic care) และระยะสุดท้าย (palliative care) โดยการดูแลผู้ป่วยโรคเฉียบพลันควรทำให้ดีเพื่อช่วยลดปัญหาการพิการและนอนติดเตียง ส่งเสริมการดูแลเฉพาะโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุรุนแรงหลายระบบ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ให้ต่อเนื่องถึงช่วงพักฟื้นจนครบวงจร จะช่วยลดปัญหาการจำหน่ายยาก และรับกลับมาโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายควรเน้นที่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้เกิดการยอมรับและปรับตัวอยู่กับโรคของตนเองได้ การดำเนินงานไม่สามารถทำได้โดยคนเดียว แต่เป็นการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่การวินิจฉัยที่ชัดเจน บอกการความจริงและการพยากรณ์โรค การวางแผนเป้าหมายการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ การมีทีมติดตามรักษาและบรรเทาอาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่มีประสิทธิภาพ มีการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะการดูแลที่บ้าน โดยโรงพยาบาลมีการจัดการเช่น ตั้งกรรมการหรือผู้บริหารระดับสูงติดตามปัญหาการจำหน่ายยาก การให้การศึกษาคนในองค์กร การกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดสำหรับทุกระดับ การตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิจัย มีการพัฒนาระบบ IT ทำให้ผู้บริหารมีการเช็คเตียงว่างหรือติดตามผู้ป่วยสิทธิต่างๆที่ยังค้างอยู่ในโรงพยาบาล

การดำเนินการควรทำงานเป็นเครือข่าย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจุดแข็งที่มีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายเขตสุขภาพอยู่แล้ว ในปัจจุบันสังคมยังให้ความเชื่อถือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่าโรงพยาบาลเล็ก การทำงานเป็นเครือข่ายควรจัดลำดับความสำคัญและแบ่งงานกันทำ เน้นการเสริมศักยภาพโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทั้งในส่วนของพัฒนาบุคลากร เงินทุน อุปกรณ์และยาพิเศษ มีการใช้แนวทางการดูแลร่วมกัน รวมถึงการสื่อสารที่เชื่อมโยงผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานโดยทีมเดียวกัน ปัจจุบันบางเครือข่ายมีการพัฒนาโรงพยาบาลขนาดเล็กในกลุ่มให้มีความชำนาญพิเศษ เช่น เป็นศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และช่วยเหลือกันเองในจังหวัด โดยทางโรงพยาบาลขนาดเล็กได้ประโยชน์ในการพัฒนาและได้งบประมาณเพิ่มขึ้นตาม DRG ของจำนวนผู้ป่วยที่รับกลับมา ทั้งนี้ต้องการขอให้มีการวางแผนเรื่องการดูแลกับผู้ป่วยและญาติ (advance care plan) และเลือกประเด็นการดูแลสอดคล้องกับสมรรถนะของโรงพยาบาล รวมถึงแผนการดูแลในภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ควรมีการประสานเครือข่ายภายนอกระบบสาธารณสุข เช่น อบจ. อบต. หรือชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพญาติ และบุคลากรจิตอาสา เช่น อสม. ให้เป็นผู้บริบาล

สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ไม่ได้มีเครือข่ายที่เป็นทางการของตัวเอง แต่มีเครือข่ายที่จัดแบ่งตามประชากร เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นคนละหน่วยงาน โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมักเป็นคนละกลุ่ม ทำให้ไม่มีการส่งต่อระหว่างกัน สาเหตุอาจเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ซึ่งทางผู้ป่วยและครอบครัวให้ความเชื่อถือมาก อาจถึงระดับยึดติดไม่ยอมไปรักษาที่อื่น และความไม่คุ้นเคยกับการรับการดูแลรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุขของเขตตัวเอง หลายโรงพยาบาลได้มีการเชื่อมโยงผ่านระบบการเยี่ยมบ้าน หรือจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรมีการเชื่อมโยงในทุกระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับองค์กร และระดับผู้ปฏิบัติงาน การจัดประชุมแลกเปลี่ยน การฝึกอบรม การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและใช้แผนการดูแลร่วมกัน จะเป็นการเสริมความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้ คนในกรุงเทพฯ และบริเวณทลส่วนใหญ่ ค่อนข้างคุ้นเคยกับการใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ปรับมารับดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก รวมถึงสถานดูแลผู้ป่วยขนาดเล็กทั้งที่มีการจดทะเบียน และศูนย์ที่ไม่เป็นทางการของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์เหล่านี้สามารถพัฒนาและมีส่วนร่วมในการบรรเทาปัญหาผู้ป่วยจำหน่ายยากได้ ถ้ามีการจัดระบบการดูแลให้เป็นมาตรฐานและกำหนดบทบาทในการส่งต่อระหว่างกัน

สำหรับในส่วน of สังคมและนโยบายชาติ มีการสื่อสารทางสังคมเพื่อปรับแนวคิดเรื่องความเจ็บป่วยต้องพึ่งโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว สร้างแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมบริบทต่างๆ สร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ควรเป็นของโรงพยาบาล มีการเผยแพร่กิจกรรมการดูแลที่บ้าน การปลูกฝังทัศนคติ

การดูแลที่ดีที่สนองต่อความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่การรักษาตามทัศนคติของญาติหรือทีมสุขภาพ มีการศึกษาวิจัยความคุ้มค่าของการใช้จ่ายเรื่องสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ นอกจากโรงพยาบาล ปรับระบบการเบิกจ่ายที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือสถานดูแลขนาดเล็กนอกโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนให้มีการตั้งสถานดูแลในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มเติมในสังคมไทย

ข้อจำกัดของการศึกษาส่วนที่ 4

1. เนื่องจากประสบปัญหาข้อมูลที่รวบรวมได้ไม่เพียงพอ จึงต้องจัดการประชุมเพิ่มเป็น 2 ครั้ง จากเดิมที่กำหนดไว้เพียง 1 ครั้ง แต่ก็ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนขึ้นและละเอียดขึ้น รวมทั้ง ได้ตัวแทนผู้เข้าร่วมประชุมที่มากขึ้น
2. ในการประชุมครั้งที่ 2 ยังขาดตัวแทนจากเขต 7 มหาสารคาม และ เขต 11 ภูเก็ต อาจทำให้สูญเสียข้อมูลบางอย่างไป
3. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในส่วนนี้ หากต้องการนำไปใช้ อาจต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลเพิ่มเติมด้วย เพราะสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีปัญหา ลักษณะชุมชนและบริบทที่แตกต่างกัน

สรุป

การจำหน่ายผู้ป่วยยากเป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยที่เป็นตัวบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นระบบใหญ่ ได้แก่ระบบองค์กร สังคม และนโยบายสุขภาพของชาติ การแก้ปัญหาต้องมีความเชื่อมโยงกัน

สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย ควรใช้แนวทางการดูแลเชิงรุก ตั้งแต่การให้การวินิจฉัย โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการปรับทัศนคติและเสริมพลังในการดูแลตนเอง และมีการเชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายการดูแลใกล้บ้าน สำหรับผู้ป่วยในกรุงเทพฯ มีความแตกต่างจากผู้ป่วยต่างจังหวัดที่การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่ทันสมัย ทำให้มีโอกาสรอดจากโรคระยะเฉียบพลันได้มาก แต่กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค มีการใช้ยาและอุปกรณ์ที่ซับซ้อน ในขณะที่ญาติที่ดูแลมีจำนวนน้อยกว่าหรือต้องทำงานเกือบทุกคน การส่งต่อความไว้วางใจที่คนไข้และญาติมีต่อสถานพยาบาล

บทสรุปของการศึกษา (Conclusion)

ปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีอยู่จริงและพบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศไทย ปัญหานี้เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยทางตัวโรค ทางกายภาพ และบุคลากร ทางสังคม รวมถึงทางระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีปัจจัยที่เด่นชัดแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้ต่างเข้ามาเกี่ยวพันกันอย่างซับซ้อน ไม่ตรงไปตรงมา การแก้ไขปัญหาการจำหน่าย จึงต้องดำเนินการไปในทุกด้านพร้อมกัน

ในปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมการรับมือกับปัญหาการจำหน่ายไว้มาก่อน แต่รอแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาขึ้น จึงยังไม่มีวิธีการจัดการปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางหลักให้แต่ละโรงพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ได้

ปัญหาและอุปสรรคที่ขึ้นระหว่างการการศึกษา (Obstacles and Problems)

1. ความไม่เข้าใจถึงระบบและระเบียบการดำเนินงานโครงการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะระเบียบการเงิน ทำให้เกิดความเข้าใจผิด ขัดแย้งคลาด รวมถึงความล่าช้าในการดำเนินโครงการ แม้จะมีคู่มือสำหรับการดำเนินโครงการแล้ว แต่ควรมีการเน้นย้ำในจุดที่สำคัญให้กับผู้ปฏิบัติงานเพิ่มเติมอีกด้วย
2. การดำเนินโครงการนี้ ต้องอาศัยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ มากมาย ซึ่งใช้เวลาในการติดต่อประสานงานมากกว่าที่คาดการณ์เอาไว้ หากมีการจัดทำโครงการอื่นๆ ขึ้นอีก ควรเผื่อเวลาในส่วนนี้ให้เพียงพอ
3. การหาบุคคลมาปฏิบัติหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ภาคสนาม พบว่าหาผู้สนใจที่จะรับงาน หรือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานประเภทนี้ได้ยาก ถ้าส่วนกลางสามารถแนะนำหรือมีรายชื่อบุคคลเหล่านี้ เช่น เป็นผู้ที่เคยปฏิบัติงานในโครงการอื่นมาก่อน จะช่วยลดภาระได้มาก
4. ขาดทีมงานและที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยที่เคยรับทุนวิจัยจาก สวรส. มาก่อน ถ้ามีผู้ที่เคยมีประสบการณ์เช่นนี้ เป็นที่ปรึกษาหรือผู้ร่วมวิจัย ก็น่าจะมองเห็น ป้องกันและแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินโครงการได้ดี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา (Benefits & Application)

1. เป็นการหยิบยกปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล ขึ้นมาทำการศึกษาเพื่อสร้างความตื่นตัวต่อปัญหานี้
2. ได้เห็นภาพของปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น มองเห็นสถานการณ์ ขนาดของปัญหา ลักษณะการกระจายตัว และการจัดการกับปัญหาที่ปฏิบัติอยู่ในขณะนี้
3. ได้รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจำหน่ายไว้อย่างมากมายรอบด้าน
4. ได้เห็นมุมมองของผู้รับบริการทางการแพทย์และมุมมองของสังคมต่อการใช้บริการโรงพยาบาลและการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทางโรงพยาบาลไม่ค่อยได้มองไปถึง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา (Suggestions)

เชิงนโยบายและระบบบริการสาธารณสุข

- การนอนโรงพยาบาลนาน เพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างมาก ถ้าแก้ไขไม่ได้จะยิ่งใช้งบประมาณในเรื่องนี้มากขึ้นเรื่อยๆ
- ระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องได้ดี โดยเฉพาะเมื่อมีการเชื่อมโยงเครือข่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ต่อลงไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ
- สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ เป็นสิทธิที่ไม่เอื้อต่อการส่งต่อ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลหลัก ผู้ป่วยสามารถเลือกเข้ารับรักษาที่ใดก็ได้ และไม่มีระบบส่งต่อเมื่อหมดความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลตติยภูมิ
- สำหรับผู้ที่มีสวัสดิการการรักษายาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกไม่ได้ แม้ว่าอาจจะไม่ใช่สาเหตุหลักที่ใช้ปฏิเสธการออกจากโรงพยาบาล แต่ก็เป็นที่เสริมแรงดีของการอยู่ในโรงพยาบาลต่อ จึงอาจต้องมีการปรับระเบียบการให้สวัสดิการตรงนี้ เช่น มีการแบ่งวิธีให้สวัสดิการระหว่างผู้ป่วยโรคเฉียบพลันกับโรคเรื้อรัง มีการให้ร่วมจ่ายค่ารักษายาบาล (co-payment) หรือมีการให้สวัสดิการกรณีที่อยู่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
- การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทุกอย่าง ซึ่งตรงข้ามกับการให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลซึ่งจะได้รับสิทธิสวัสดิการจากรัฐเกือบทั้งหมด ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน

- ในเขตกรุงเทพฯ พบปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วยได้บ่อยเพราะผู้ป่วยฟังฟังและยึดติดโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงต้องเข้าเชื่อมโยงกับระบบการส่งต่อและพัฒนาเครือข่ายให้เป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชน และให้เกิดรูปแบบการส่งต่อที่เป็นทางการ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งตัวออกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- การตั้งระบบสนับสนุน เช่น home care agency หรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เช่น hospice โดยมีการแบ่งงานหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค
- พัฒนาสถานพยาบาลแบบ long term care facility หรือ chronic care facility เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งไม่มี acute condition ที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลแล้ว
- ควรมีระบบจัดการปัญหาเรื่องการจำหน่ายจากส่วนกลาง เช่น การให้ยืมเครื่องมือแพทย์ การส่งตัวต่อ เช่น ให้แต่ละจังหวัด มีหน่วยงานที่ช่วยดูแลเรื่องส่งตัวออกโรงพยาบาลเพื่อกลับสู่ชุมชน ควรเป็นหน่วยงานที่มีความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้กับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย และรู้จักสถานที่ในการส่งต่อ
- สร้างความสอดคล้องของระบบการส่งต่อข้างลงไปถึงหน่วยปฏิบัติงาน เพื่อให้การส่งต่อข้างสำเร็จ เช่น กรณีที่สถานสงเคราะห์ไม่รับคนไข้ที่ต้องให้อาหารทางสายยาง เพราะมองว่าเป็นการรักษา ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาล แต่ทางโรงพยาบาลมองว่าไม่ใช่การรักษา เป็นการดูแลประจำวัน ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น
- แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้รับผู้ป่วยได้เพิ่มจำนวนขึ้น และเพื่อให้การดูแลได้มากขึ้น
- มีการตั้งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ซึ่งต้องเป็นมาตรฐานที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแล และปฏิบัติได้จริงที่บ้านของผู้ป่วย ไม่ควรใช้มาตรฐานเดียวกับการดูแลที่โรงพยาบาล เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ใช่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยตรงและไม่ได้มีอุปกรณ์ครบถ้วนเหมือนในโรงพยาบาล หากต้องปฏิบัติให้ได้ระดับเดียวกับโรงพยาบาล จะเป็นการกดดันผู้ดูแลมากเกินไป ทำให้ไม่อยากรับผู้ป่วยกลับบ้าน
- มีนโยบายที่จะรองรับปัญหาการจำหน่ายของประชากรสูงวัย และ ประชากรในสังคมเมือง ซึ่งจะเป็นลักษณะของประชากรที่พบมากขึ้นเรื่อยๆ รวมไปถึงนโยบายที่จะรองรับผู้ป่วยต่างชาติ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติไม่มีสถานที่หรือระบบที่รองรับการส่งต่อภายหลังการจำหน่าย
- จัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ตามแนวโน้มสัดส่วนประชากร โดยไม่เป็นภาระของรัฐมากเกินไป และประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการได้

- ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการกลับสู่ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยฟุ้งฟิงสูง เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในปัจจุบันโครงสร้างทางสังคมไทยมีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงสูงในครอบครัวได้ การจัดให้มีสถานดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงสูงในสังคมไทย อาจมีความจำเป็นเพิ่มขึ้น
- ยังขาดแนวทางการจัดการเชิงระบบ ต่อปัญหาเวลาที่ผู้ป่วยไม่ยอมออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีระบบหรือกฎข้อบังคับอะไรที่จะนำมาใช้บังคับได้ ผู้ป่วยมักจะอ้างหลักมนุษยธรรมของโรงพยาบาลขึ้นมาเมื่อต้องการปฏิเสธการจำหน่าย
- การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เครือข่ายการส่งต่อ และตัวผู้รับบริการ ควรใช้เกณฑ์ประเมินผู้ป่วยทางคลินิก เช่น เกณฑ์บอกระดับความรุนแรงของโรค แบบเดียวกัน และมีลักษณะที่เข้าใจได้ง่ายกับทั้ง 3 ฝ่าย เพื่อให้การส่งต่อมีความต่อเนื่องและมีความเข้าใจที่ตรงกัน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างการยอมรับให้กับผู้รับบริการ

เชิงโรงพยาบาล

- โรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยขาหลังที่เป็นรูปธรรมและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างชัดเจน โดยอาจเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ หรือ สถานพยาบาลรูปแบบอื่น เช่น สถานพักฟื้น สถานสงเคราะห์ long term care facility หรือ hospice
- ควรมีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะจำหน่ายยาก โดยอาจใช้ลักษณะพื้นฐานหรือปัจจัยที่พบบ่อยเป็นตัวคัดกรอง และทำการวางแผน discharge planning ตั้งแต่แรก
- ภายหลังตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วย มักต้องใช้เวลาอีกกระยะหนึ่งในการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อม หากมีการวางแผนจำหน่ายล่วงหน้าและเตรียมความพร้อมร่วมไปกับช่วงเวลาที่ให้การรักษา จะสามารถลดเวลาตรงส่วนนี้ลงได้
- ควรมีหน่วยงานส่วนกลางในการช่วยติดตามปัญหาการจำหน่าย ร่วมกับมี discharge managers กระจายตามหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาการจำหน่ายยากและเชื่อมโยงกับแหล่งต่างๆ เช่น ระบบจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายทางสังคม
- หน่วย home care สามารถให้การประเมินผู้ป่วยที่จะจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมที่บ้านตั้งแต่อ่อนจำหน่าย และควรสร้างให้หน่วย home care มีความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีความสามารถในการเยี่ยมบ้านที่หลากหลาย
- นำเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่สามารถใช้ที่บ้านได้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล โดยทำร่วมไปกับการฝึกอบรมญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

- การสอนผู้ทำหน้าที่ caregiver ถึงวิธีดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก และต้องให้เวลาทำความเข้าใจและฝึกฝนจนเกิดมั่นใจ
- การรักษาในโรงพยาบาลควรมีการวางแผนเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะรักษาอาการอะไร ถึงระดับไหน และสร้างความเข้าใจเรื่องอาการผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคระยะท้าย อาจกระทำการวางแผน advance care planning ที่ให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม
- ในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่าย ควรให้ญาติผู้ป่วยเข้าร่วมวางแผนด้วย เพื่อเปิดโอกาสให้ทีมผู้รักษาชี้แจงถึงการรักษาที่ปฏิบัติอยู่ และซักถามถึงความคาดหวังและความกังวลในการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการจำหน่ายยาก
- ภาษาที่ใช้พูดสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ควรเป็นภาษาที่เข้าใจได้โดยง่าย เพื่อให้เกิดความไม่เข้าใจในแผนการจำหน่ายให้น้อยที่สุด
- เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและการสื่อสารที่เข้าใจกัน เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การลดภาระงานที่มากเกินไป โดยเฉพาะงานที่ไม่ใช่งานบริการโดยตรง เช่น งานเอกสาร อาจสามารถเพิ่มโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้มารับบริการให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล
- สร้างความตระหนักให้กับบุคลากรว่าผู้ป่วยมักจับจ้องพฤติกรรมทุกอย่างที่บุคลากรทางการแพทย์ทำ การแสดงออกของผู้ที่พบกับผู้ป่วยเป็นด่านแรกเป็นจุดที่สำคัญที่สุด เพราะผู้ป่วยมักจะหยิบยกมาใช้เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาแทรกซ้อน
- มีการฝึกทักษะการสื่อสารหรือการรับมือกับสถานการณ์ยากๆ บางอย่าง เช่น การสื่อสารเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถฝึกให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง รวมไปถึงนักเรียนนักศึกษาในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข

เชิงสังคม

- การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้นในทางสุขภาพ ต้องไม่ดำเนินการเฉพาะเรื่องของตัวโรคหรือความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่ควรเพิ่มความเข้าใจด้านอื่นๆที่จะมาช่วยเสริมการดูแล เช่น แหล่งหรือเครือข่ายในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น หรือ แหล่งที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ยืม เป็นต้น
- ควรมีกฎในการสื่อสารกับสังคม ในประเด็นของการพึ่งพาตนเอง บทบาทที่แท้จริงของโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยแสดงออกอย่างมีศิลปะ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี จนสามารถสร้างแรงจูงใจให้ใส่ใจสุขภาพตนเองขึ้นมาได้ อาจเป็นรูปแบบของรายการโทรทัศน์ หรือ รายการของโรงพยาบาลเอง

- ประชาสัมพันธ์ให้สังคมได้รู้จักระบบ รูปแบบการให้บริการ และบทบาทหน้าที่ของ hospice สถานพยาบาลแบบ long term care facility และ nursing home
- มีการกระตุ้นให้สังคมเตรียมพร้อมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนทางสังคมที่กำลังเกิดขึ้น เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การมีครอบครัวเด็วยาวมากขึ้น หรือ ลักษณะของสภาพสังคมเมือง ว่าการจัดการปัญหาทางสุขภาพในสภาพสังคมแบบนี้ควรกระทำอย่างไร

เชิงวิจัย

- ควรมีการผลิตงานวิจัยที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบหรือรูปแบบการบริการ โดยเฉพาะการศึกษาถึงรูปแบบการให้บริการที่จะมาช่วยทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ hospice สถานพยาบาลแบบ long term care facility หรือ nursing home โดยมีประเด็นการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเรื่องรูปแบบบริการ มาตรฐาน ความต้องการของประชาชนและสังคม รวมทั้งความคุ้มค่า
- ควรมีงานวิจัยในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และเป็นองค์รวม
- มีการวิจัยเพื่อสร้าง คำแนะนำ (recommendation) หรือ แนวทางปฏิบัติ (guideline) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจำหน่าย โดยควรมีแนวทางปฏิบัติทั่วไปซึ่งใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย และแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ซึ่งแบ่งออกตามปัญหาเฉพาะกลุ่ม อาจเริ่มที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง กลุ่มที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์พิเศษ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับโรงพยาบาล (เช่น กรณีฟ้องร้อง) เพราะเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย
- พัฒนางานวิจัยเชิงสังคม และมีการเผยแพร่ เพื่อทำความเข้าใจกับสังคม

ข้อจำกัดของการศึกษา (Limitations)

1. โรงพยาบาลแม่แบบของการศึกษานี้ คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพฯ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง การแปรผลและการนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลในเขตชนบท ต้องใช้อย่างระมัดระวัง เพราะลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของโรงพยาบาลต่างกัน
2. อาจเกิด Selection bias ในการคัดเลือกผู้ที่จะมาเข้าร่วมกลุ่ม ทั้งวิทยาการผู้ทรงคุณวุฒิใน ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 4 และ ผู้ป่วยในส่วนที่ 3 เพราะไม่ได้ใช้การสุ่มเลือก
3. วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา เป็นการศึกษาเพื่อให้เห็นปัญหา ยังไม่ใช้การศึกษาเพื่อหาวิธีการแก้ไข จึงยังไม่มีแนวทางแก้ไขที่เป็นรูปธรรมจากการศึกษาค้างนี้ มีแต่เพียงข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง (References)

- 1 พัทธี ธรรมวันนา. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2556-2560. ใน การประชุมเสวนาเรื่อง “การจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 12 เขตบริการของกระทรวงสาธารณสุข และเขตกรุงเทพมหานคร และโอกาสวิจัยสำหรับโรงเรียนแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ”; 24 ก.ค. 2556; คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ; 2556.
- 2 รัฐพล เตริยมิเชียนนท์. ระบบหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร. ใน การประชุมเสวนาเรื่อง “การจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 12 เขตบริการของกระทรวงสาธารณสุขและเขตกรุงเทพมหานคร และโอกาสวิจัยสำหรับโรงเรียนแพทย์เพื่อพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ”; 24 ก.ค. 2556; คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ; 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. *Q J Med* 2007;100:561-6.
- 5 Hwabejire JO, Kaafarani HA, Imam AM, 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 Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Lolli A, Kalfus P, Baldini A, et al. Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med* 2007;2:95-9.
- 7 Martens KH. An ethnographic study of the process of medication discharge education (MDE). *J Adv Nurs* 1998;27:341-8.
- 8 Parry C, Coleman EA, Smith JD, et al. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Care Serv Q* 2003;22:1-17.
- 9 Bull MJ, Kane RL. Gaps in discharge planning. *J Appl Gerontol* 1996;15:486-500.
- 10 Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff* 2011;30:2437-48.
- 11 Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D, et al. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *J Adv Nurs* 1997;25:1233-40.
- 12 Slieper CF, Hyle LR, Rodriguez MA. Difficult discharge: lessons from the oncology setting. *Am J Bioeth* 2007;7:31-2.
- 13 Naylor MD. Transitional care of older adults. *Annu Rev Nurs Res* 2002;20:127-47.

- 14 Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ 2004;170:345-9.
- 15 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med 2003;138:161-7.
- 16 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. Adverse drug events occurring following hospital discharge. J Gen Intern Med 2005;20:317-23.
- 17 Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. Health Serv Res 1992;27:155-74.
- 18 Jha AK, Orav EJ, Epstein AM. Public reporting of discharge planning and rates of readmissions. N Engl J Med 2009;361:2637-45.
- 19 Banja J, Eig J, Williams MV. Discharge dilemmas as system failures. Am J Bioeth 2007;7:29-37.
- 20 Anthony D, Chetty VK, Kartha A, McKenna K, DePaoli MR, Jack B. Re-engineering the hospital discharge: an example of a multifaceted process evaluation. In: Advances in patient safety: from research to implementation vol 2[Internet]. Agency for healthcare research and quality, Rockville MD; 2005[cited 2014 Jan 29].p.379-94. Available from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety/index.html>
- 21 Barker WH, et al. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. J Am Geriatr Soc 1995;33:422-8.
- 22 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. doi:10.1155/2012/824674.
- 23 ศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณ,ปารย์ทิพย์ ธนาภิกุลปตานนท์.ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคณผู้ใช้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. KKU Res. J.(be) 2011; 10(2):160-172[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก:[http://resjournal.kku.ac.th/social\(be\)/ PDF/10\(2\)160-172.pdf](http://resjournal.kku.ac.th/social(be)/PDF/10(2)160-172.pdf).
- 24 ปรีชา อุปโยคิน.พฤติกรรมแสวงหาการรักษา:วิเคราะห์ระหว่างโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง. ใน วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, บรรณาธิการ. รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่4: สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ;2539;สงขลา. หน้า 111-20.
- 25 Wright SP, et al. Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure, Eur J Heart Fail 2003;5:p201-9.

- 26 Ekdahl AW, Linderholm M, Hellstrom I, Andersson L, Friedrichsen M. Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?:A qualitative observational study. *BMJ Open* 2012;2(6): pii: e002027. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002027
- 27 โรงพยาบาลนครพิงค์.การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะ[อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก http://www.nkp-hospital.go.th/institute/mensg/work/work_2.doc
- 28 นิรันดร์ เทียนรังษี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร[วิทยานิพนธ์]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร;2549.
- 29 Anthony MK, Hudson-Barr D. A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clin Nurs Res* 2004;13(2):p117-36.
- 30 Huber DL, McClelland. Patient preferences and discharge planning transitions.*J Prof Nurs*2003;19(3): p204-10.
- 31 Reyes-Ortiz CA, Williams C, Westphal C. Comparison of early versus late palliative care consultation in end of life care for hospitalized frail elderly patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2014.
- 32 Di Nicola C, Maciocco G. Cure intermedie: basi concettuali. Prospettive sociali e sanitarie 2004;3. [cited in: Nardi et al. Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med* 2007;2:95-9.]
- 33 Lim SC, Doshi V, Castasus B, Lim JKH, Mamun K. Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Ann Acad Med Singapore* 2006;35:27-32.
- 34 Ashbrook L, Mourad M, Sehgal N. Communicating discharge instructions to patients: a survey of nurse, intern, and hospitalist practices. *J Hosp Med* 2013;8(1):36-41. doi: 10.1002/jhm.1986.
- 35 Cross S, Sibley LB. Admission and discharge criteria and assessment tools manual (revised) [Internet publication]. CAMH 2010 [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening_Assessment/assessment/adat/Documents/adat_tools_criteria_manual.pdf
- 36 Baron M, Erlenbusch B, Moran CF, O'Connor K, Rice K, Rodriguez J, et al. Best practices manual for discharge planning [online publication]. California: Los Angeles coalition to end hunger & homelessness; 2008 [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/emergency-preparedness-and-response/healthcare-system-preparedness/discharge-planning/_documents/best-practices-dp.pdf

- 37 Burke RE, Juarez-Colunga E, Levy C, Prochazka AV, Coleman EA, Ginde AA. Patient and Hospitalization Characteristics Associated With Increased Postacute Care Facility Discharges From US Hospitals. *Med Care* 2015; 53(6):492-500. doi: 10.1097/MLR.0000000000000359
- 38 Wong E LY, Yam C HK, Cheung A WL, Leung M CM, Chan F WK, Wong F YY, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 14];11:242. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/242>
- 39 Graham J, Gallagher R, Bothe J. Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing* 2013;22:2338–46. doi: 10.1111/jocn.12179

ภาคผนวก (Appendix)

รายนามคณะผู้ทำการศึกษา

1. นพ.ภรเอก มนัสวานิช [Bhorn-ake Manasvanich, MD]
ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์ชีวภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว [Phornlert Chatrkaw, MD; Asst Prof]
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศูนย์ชีวภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ [Pavika Sriratanaban, PhD; Asst Prof]
ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร [Lanchasak Akkayagorn, MD]
ศูนย์ชีวภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางทิพย์พร สงวนทรัพย์ [Tipporn Sa-nguansap, MNSc]
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์ชีวภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
6. นางนวรรณ์ มีถาวร [Nawarat Meethavorn, MNSc]
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์ชีวภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
7. นางชลิดา อุทัยเฉลิม [Chalida Udayachalerm]
ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รายนามคณะที่ปรึกษา

1. รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. พว.ขวัญใจ เหมือนเทศ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. ดร.นพ.สรรรวิชัย อัครเรืองชัย

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 1

กลุ่มที่ 1 อายุรกรรมเรื้อรัง

ลำดับรายชื่อ	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นางวันเพ็ญ จันที	พยาบาล ตึกเวชวิทยุ รพ.จุฬาฯ
2.	นางสาวการะเกด สายบรรดาศักดิ์	พยาบาล ICU ตึก ๓ อาคารกรุงเทพ รพ.จุฬาฯ
3.	นางสาวสำราญ ทาสี	นักกายภาพบำบัด รพ.จุฬาฯ
4.	นางสาวจันทร์ทิพย์ ปานประยูร	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
5.	นางนิรมล ปันลายนาค	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
6.	รศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาฯ
7.	ศ.นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาฯ
8.	นพ.ภาสกร วันชัยจิระบุญ	ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาฯ
9.	นางสาวสุรีย์ ลิ้มคณ	พยาบาล รพ.ศิริราช
10.	นางกุลณา บุญมากุล	พยาบาลสถาบันมะเร็ง

กลุ่มที่ 2 End of life

ลำดับรายชื่อ	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นางผกามาศ ธรรมรส	พยาบาลตึกหลิมนิรัน รพ.จุฬาฯ
2.	นางสาวสุชาทิพย์ คำเที่ยง	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
3.	นางสาวเบญญาพัตร์ ดวงธนากร	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
4.	ศ.นพ.อิสรางค์ นุชประยูร	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาฯ
5.	นพ.เก่งพงศ์ ตั้งอรุณสันติ	ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาฯ
6.	นาวาอากาศตหญิงดร.โสพรรณ โพทะยะ	พยาบาลรพ.ภูมิพล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มที่ 3 ผ่าตัด/อื่นๆ/ทุพพลภาพ

ลำดับรายชื่อ	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นางสาวสุภา พูนพงศ์นิรันดร์	พยาบาลตึกปัญจมาชีนี รพ.จุฬาฯ
2.	นางสาววนิดา รัตนานนท์	พยาบาลตึกอาทร รพ.จุฬาฯ
3.	นางสาวเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์	พยาบาลตึกว่องวานิช รพ.จุฬาฯ
4.	นางสาวสุภัทรา พัฒนประทีป	พยาบาลหน่วย Home Health Care รพ.จุฬาฯ
5.	นางสาวนันท์นัช ชินสกุลอนันต์	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
6.	นางสาวพวงเพชร นาคศุภมิตร	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
7.	พญ.ชีนา โอฬารรัตน์พันธ์	ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติเวชวิทยา จุฬาฯ
8.	พญ.รัชมน กัลยาศิริ	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาฯ
9.	นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์	พยาบาล รพ.วามาศิปปิตี
10.	พันธุ์หญิงนิลภา สุขเจริญ	พยาบาล รพ.พระมงกุฎเกล้า

กลุ่มที่ 4 กุมารเวชศาสตร์

ลำดับรายชื่อ	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน
1.	นางสาวพรทิพย์ ไหมทอง	ผู้ตรวจการพยาบาล ตึกสก. รพ.จุฬาฯ
2.	นางภาวิณี กาญจนบุตร	พยาบาล ตึกสก.ชั้น 17 รพ.จุฬาฯ
3.	นางสมศรี บุญย้อย	พยาบาล ตึกสก.ชั้น 15G2 รพ.จุฬาฯ
4.	นางสาวณัฐฎิการ์ แสงสิทธิอำพันธ์	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
5.	นางสาวสุกัญญา มีสกุลทอง	นักสังคมสงเคราะห์ รพ.จุฬาฯ
6.	รศ.พญ.ดาวินทร์ ชอโศติกุล	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาฯ
7.	นางสาวปริภาดา สว่างนอก	พยาบาล รพ.เด็ก
8.	นางสุวารีวรรณ จิระเสวกติก	พยาบาลหน่วยรังสีรักษา
9.	พญ.ธิภาพร พุรังษีโรจน์	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาฯ
10.	ผศ.พญ.กษยา ตันติผลาชีวะ	ภาควิชาศัลยกรรม จุฬาฯ
11.	นพ.กรมิษฐ์ ศุภพิพัฒน์	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาฯ

แบบสอบถามของการศึกษาส่วนที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (เก็บข้อมูลจากหน้าป้าย)

- 1) อายุเต็ม ณ วันที่เก็บข้อมูล _____ ปี
- 2) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล นับถึงวันที่เก็บข้อมูล _____ วัน
- 4) สิทธิการรักษา _____
- 5) Principle diagnosis _____
- 6) อาชีพตามที่ระบุในหน้าป้าย _____ ศาสนา _____
- 7) ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ กรุงเทพมหานคร ☐ ต่างจังหวัด ☐ ต่างประเทศ
- 8) ภูมิลำเนา ☐ กรุงเทพมหานคร ☐ ต่างจังหวัด ☐ ต่างประเทศ
- 9) เคยมีประวัติไม่ทราบชื่อนามสกุลมาก่อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 10) Basic ADL _____

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับแยกกลุ่มผู้ป่วย (เก็บข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้)

สาเหตุที่ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่สามารถ discharge (กลับบ้านหรือส่งต่อ) ได้ เพราะ.....

1) ยังมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการนอนโรงพยาบาล สำหรับ Acute care treatment หรือ acute conditions - ถ้าใช่ condition นั้นคือ (กรุณาวางกลมหน้าตัวเลือก ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) a. โรคหลักที่ admit ผู้ป่วยเข้ามา ยังต้องให้การรักษาในโรงพยาบาล b. Complications ที่เกิดระหว่างนอนโรงพยาบาล ถ้าใช่ complication นั้นคือ _____ c. โรคร่วมหรือ active problem อื่นๆ ที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล d. ข้อบ่งชี้จาก Medical errors/ความเสี่ยง/เคสที่มีการเขียน IR	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2) Clinical ยังไม่ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้าน (เฉพาะ medical aspect)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
3) อาการของผู้ป่วยต้องการการดูแลในโรงพยาบาลระดับ Tertiary care	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่

(ให้พิจารณาตามความคิดเห็นของท่านว่า โรคหรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้น จำเป็นต้องทำใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือไม่ ถ้ามีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ยินดีจะรับตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อ ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยทั่วไปจะเพียงพอหรือไม่)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสำหรับถามแพทย์เจ้าของไข้

- 1) จริงๆแล้วท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถ discharge ได้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2) เคยมีการพูดคุยกันในทีมของท่าน (แพทย์ประจำบ้านท่านอื่น หรืออาจารย์หรือพยาบาล) เรื่องการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 3) เคยมีแจ้งกับผู้ป่วยหรือญาติเรื่องการ discharge แล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 4) เคยมีคำสั่ง discharge ในหน้าป้ายแล้ว ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 5) ท่านเกิดความรู้สึกยากลำบากใจอย่างน้อย 1 ครั้ง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ที่ไม่สามารถ discharge ผู้ป่วยรายนี้ได้
- 6) สิ่งที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกลำบากใจที่สุดในการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ คือ _____

- 7) เป้าหมายในการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ ☐ กลับบ้าน ☐ Refer
- 8) สาเหตุที่ผู้ป่วยรายนี้ยังอยู่ในโรงพยาบาล ณ วันนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ รอกระบวนการ refer (สถานที่ การติดต่อ การส่งตัว)
 - ☐ รออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์
 - ☐ รอผู้ป่วยพร้อม
 - ☐ รอญาติพร้อม/ไม่มีญาติดูแล
 - ☐ รอสถานที่พร้อม
 - ☐ อยู่รอ investigation เพิ่มเติม
 - ☐ อยู่รอการตรวจ/การนัด follow up ในเวลาอันใกล้
 - ☐ รอ specialist มาดูให้ครบทุกหน่วย / รออาจารย์มาดู
 - ☐ อื่นๆ _____

ต่อ →

ปัจจัยต่อไปนี้ ส่งผลต่อความยากลำบากหรือความล่าช้าในการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ มากน้อยเพียงใด

	ไม่มีผล	มีผล น้อย	มีผล ปานกลาง	มีผล มาก
ตัวโรค อาการหรือ clinical ของผู้ป่วย				
ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษที่จำเป็น				
ระยะเวลาและกระบวนการส่งตรวจวินิจฉัยโรค				
ระยะเวลาและขั้นตอนการส่ง consult				
การมี specialist รับ consult หลายแผนก				
ภาวะพึ่งพิง/การช่วยเหลือตนเองของตัวผู้ป่วย				
เศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยและครอบครัว				
ความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วยด้านอื่นๆ				
ความไม่พร้อมของญาติ ไม่ว่าจากปัจจัยใดก็ตาม				
ความไม่พร้อมของสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไป				
การขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมในส่วนของรพ.				
การขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา				
การติดต่อสื่อสารกับสถานพยาบาลหรือสถาน สงเคราะห์ที่จะรับการส่งต่อ				

ต่อ ➔

ในความคิดเห็นของท่าน สิ่งต่อไปนี้จะช่วยลดความยากลำบากในการ Discharge (กลับบ้านหรือส่งต่อ) ของ ผู้ป่วยรายนี้ ได้มากน้อยเพียงใด

	ไม่ช่วย	ช่วยได้ น้อย	ช่วยได้ ปานกลาง	ช่วยได้ มาก
โปรแกรมสอน caregiver เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล				
ระบบให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิต oxygen เป็นต้น				
มีสถานที่ให้แวะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล ก่อนจะกลับไปที่บ้านจริง				
มีโรงพยาบาลที่รับ refer ผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง				
การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาและร่วมวางแผนการ discharge ตั้งแต่ต้น เช่น มีการประชุมครอบครัว				
บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ				
การให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้าน ก่อนออกจากโรงพยาบาลจริง				
ระบบติดตามดูแลรักษาที่บ้าน Home health care				
การจัดสรรปัจจัยสนับสนุน ตามเคราะหฐานะของผู้ป่วย				
มีหน่วยงานส่วนกลางที่ช่วยดูแลติดตามปัญหาการ discharge ยากโดยเฉพาะ				

*** ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม ***

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับถามพยาบาลเจ้าของไข้

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| 1) มีการปรึกษากันในทีมเรื่องการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2) ท่านเคยพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติเรื่องการ discharge แล้ว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3) มีคำสั่ง discharge ในหน้าป้ายแล้ว | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4) ท่านเกิดความรู้สึกยากลำบากใจ อย่างน้อย 1 ครั้ง
ที่ไม่สามารถ discharge ผู้ป่วยรายนี้ได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5) ผู้ป่วยรายนี้เป็น case VIP / ผู้มีอุปการคุณ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6) ผู้ป่วยรายนี้เป็น case ความเสี่ยง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7) ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยคดีความที่ต้องถูกคุมตัวใน รพ. | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8) ผู้ป่วยรายนี้เป็น case ที่มีปัญหาการเรียกเก็บเงิน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9) ผู้ป่วยรายนี้มีการส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10) ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีญาติหรือญาติห่างเหิน/ไม่เจอญาติ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11) สิ่งที่ทำให้ท่านลำบากใจที่สุดในการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ คือ _____ | | |
-
- 12) สาเหตุที่ผู้ป่วยรายนี้ยังอยู่ในโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ รอกระบวนการ refer (สถานที่ การติดต่อ การส่งตัว)
 - ☐ รออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์
 - ☐ รอผู้ป่วยพร้อม
 - ☐ รอญาติพร้อม/ไม่มีญาติดูแล
 - ☐ รอสถานที่พร้อม
 - ☐ อยู่รอ investigation เพิ่มเติม
 - ☐ อยู่รอการตรวจ/การนัด follow up ในเวลาอันใกล้
 - ☐ รอ specialist มาดูให้ครบทุกหน่วย / รออาจารย์มาดู
 - ☐ อื่นๆ _____

ต่อ ➔

ปัจจัยต่อไปนี้ ส่งผลต่อความยากลำบากหรือความล่าช้าในการ discharge ผู้ป่วยรายนี้ มากน้อยเพียงใด

	ไม่มีผล	มีผล น้อย	มีผล ปานกลาง	มีผล มาก
ตัวโรค อาการหรือ clinical ของผู้ป่วย				
ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษที่จำเป็น				
ระยะเวลาและกระบวนการส่งตรวจวินิจฉัยโรค				
ระยะเวลาและขั้นตอนการส่ง consult				
การมี specialist รับ consult หลายแผนก				
ภาวะพึ่งพิง/การช่วยเหลือตนเองของตัวผู้ป่วย				
เศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยและครอบครัว				
ความไม่พร้อมของตัวผู้ป่วยด้านอื่นๆ				
ความไม่พร้อมของญาติ ไม่ว่าจากปัจจัยใดก็ตาม				
ความไม่พร้อมของสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไป				
การขาดการทำงานร่วมกันเป็นทีมในส่วนของรพ.				
การขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา				
การติดต่อสื่อสารกับสถานที่ที่จะรับการส่งต่อ				

ต่อ →

ในความคิดเห็นของท่าน สิ่งต่อไปนี้จะช่วยลดความยากลำบากในการ Discharge (กลับบ้านหรือส่งต่อ) ของ ผู้ป่วยรายนี้ ได้มากน้อยเพียงใด

	ไม่ช่วย	ช่วยได้ น้อย	ช่วยได้ ปานกลาง	ช่วยได้ มาก
โปรแกรมสอน caregiver เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล				
ระบบให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิต oxygen เป็นต้น				
มีสถานที่ให้แวะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล ก่อนจะกลับไปที่บ้านจริง				
มีโรงพยาบาลที่รับ refer ผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง				
การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาและร่วมวางแผนการ discharge ตั้งแต่ต้น เช่น มีการประชุมครอบครัว				
บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ				
การให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้าน ก่อนออกจากโรงพยาบาลจริง				
ระบบติดตามดูแลรักษาที่บ้าน Home health care				
การจัดสรรปัจจัยสนับสนุน ตามเศรษฐานะของผู้ป่วย				
มีหน่วยงานส่วนกลางที่ช่วยดูแลติดตามปัญหาการ discharge ยากโดยเฉพาะ				

*** ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม ***

**** ก่อนทำส่วนที่ 5 และ 6 ต้องมีการขอ informed consent จากผู้ป่วยก่อน ****

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสำหรับถามผู้ป่วย (ให้ทีมสำรวจเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้ป่วยตอบ)

- 1) อาชีพ _____
- 2) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับท่านในบ้านเดียวกัน (ไม่รวมตัวท่าน) _____ คน
- 3) รายได้รวมของครอบครัวของท่าน
 - 3.1 ☐ พอใช้ ☐ ไม่พอใช้
 - 3.2 ☐ มีพอเก็บ ☐ มีไม่พอเก็บ
 - 3.3 ☐ รายได้สม่ำเสมอ ☐ รายได้ไม่สม่ำเสมอ
 - 3.4 ☐ มีหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน
- 4) เคยมีการพูดคุยกับท่านเรื่องการออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 5) จากสถานการณ์ของท่านในขณะนี้ การออกจากโรงพยาบาลสามารถสร้างความรู้สึกยากลำบากใจให้กับท่านได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 6) สิ่งที่ทำให้ท่านลำบากใจที่สุดในการออกจากโรงพยาบาล คือ _____
- 7) สมมติว่า ท่านจะต้องออกจากโรงพยาบาลวันนี้ ท่านจะรู้สึกกลัว กังวลหรือหวงเรื่องอะไรมากที่สุด

- 8) ท่านเห็นด้วยกับประโยคต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด
 - a. โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงควรอยู่ในโรงพยาบาลจนกว่าจะหายป่วย

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างมาก
 - b. การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ไม่จำเป็นต้องรีบออกจากโรงพยาบาลจนกว่าจะหายป่วย

☐ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ☐ ไม่เห็นด้วย ☐ เห็นด้วย ☐ เห็นด้วยอย่างมาก

สำหรับทีมผู้ออกสำรวจ

ในกรณีที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วนนี้ได้ เพราะ

- ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- ผู้ป่วยปฏิเสธการให้ข้อมูล

ต่อ ➔

ปัจจัยต่อไปนี้อาจสร้างความยากลำบากให้กับ **ตัวท่าน** ในการตัดสินใจที่จะออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น) มากน้อยเพียงใด (พิจารณาเฉพาะการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้)

	ระดับความลำบากที่เกิดขึ้น			
	ไม่มีผล	น้อย	ปานกลาง	มาก
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐาน เช่น เดิน กินอาหาร ขับถ่าย ล้างหน้า แปรงฟัน				
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองขั้นสูง เช่น จ่ายตลาด ทำกับข้าว ไปทำงาน ขับรถ ทำงานบ้าน				
อาการ ตัวโรคและความรู้สึกที่ตนยังไม่หายป่วยดี				
ความรู้สึกไม่มั่นใจที่จะกลับบ้าน หรือที่จะต้องดูแลตนเอง				
ความรู้สึกไม่มั่นใจในการกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือสถานพยาบาลที่รับตัวไปรักษาต่อ				
ความรู้สึกคุ้นเคยกับโรงพยาบาลแห่งนี้ ความอยากรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ต่อ				
ความกลัวว่าอาจจะไม่มีเตียงให้นอนโรงพยาบาลอีก หากต้องกลับมาเข้าโรงพยาบาลใหม่เพราะอาการกำเริบ				
การไม่มีญาติ การอยู่คนเดียว				
การเป็นครอบครัวเดี่ยว (อยู่กันแค่ พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น)				
การที่มีญาติ แต่ญาติยังเป็นเด็กหรือเป็นญาติที่ไม่สามารถดูแลท่านได้				
การที่ญาติไม่พร้อมที่จะให้การดูแล เช่น ค่ามีภาระอื่น				
ปัญหาครอบครัวขัดแย้ง แยกแยก ครอบครัวทอดทิ้ง				
ความไม่พร้อมของสถานที่ที่จะกลับไปพักฟื้น				
ฐานะและรายได้ของตัวท่านและครอบครัว				
สิทธิการรักษาพยาบาล				
การนอนโรงพยาบาลเพื่อรอเบิกเงินประกันชีวิต				
ความไม่ชัดเจนหรือความไม่เหมาะสมในเรื่องของการสื่อสารระหว่างทางโรงพยาบาลกับตัวท่าน				

ต่อ →

ในความคิดเห็นของท่าน สิ่งต่อไปนี้จะช่วยลดความยากลำบากในการออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น) ของตัวท่าน ได้มากน้อยเพียงใด (พิจารณาเฉพาะการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้)

	ไม่ช่วย	ช่วยได้ น้อย	ช่วยได้ ปานกลาง	ช่วยได้ มาก
การมีโปรแกรมสอนญาติหรือผู้ดูแลให้พร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล				
การมีสถานที่พักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล ก่อนจะกลับไปบ้านจริง ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายตามสิทธิ				
การมีโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่าที่พร้อมจะรับตัวท่านไปดูแลรักษาต่อเนื่อง				
การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลความเจ็บป่วยของท่านตั้งแต่ต้น				
การมีบริการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดและความไม่สบายใจแก่ท่านและครอบครัว ก่อนออกจากโรงพยาบาล				
การให้ท่านกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้าน ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาลจริง				
การมีทีมจากโรงพยาบาลไปติดตามดูแลรักษาท่านที่บ้าน				
การจัดสรรปัจจัยสนับสนุน เช่น เวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (ผ้าอ้อม ลำไส้ น้ำยาฆ่าเชื้อ) ตามฐานะและความจำเป็นของท่าน				
การมีระบบให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น				

*** ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม ***

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสำหรับภามาญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (ให้ทีมสำรวจเป็นผู้อ่านคำถามให้ญาติตอบ)

- 1) ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น _____
- 2) นอกจากตัวท่านแล้ว ในบ้านของท่าน ยังมีคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับท่านอีก _____ คน
- 3) นอกจากบุคคลที่อยู่ในบ้านท่านแล้ว ยังมีคนที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับท่านอีก _____ คน
- 4) เคยมีการพูดคุยกับท่านเรื่องการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น)
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 5) จากสถานการณ์ของตัวท่านในขณะนี้ การที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล สามารถสร้างความรู้สึกยากลำบากใจให้กับท่านได้
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 6) สิ่งที่ทำให้ท่านลำบากใจที่สุดหากผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล คือ _____

- 7) สมมติว่า ผู้ป่วยจะต้องออกจากโรงพยาบาลวันนี้ ท่านจะรู้สึกกลัว กังวลหรือห่วงเรื่องอะไรมากที่สุด

ต่อ →

สำหรับทีมผู้ออกสำรวจ

ในกรณีที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วนนี้ได้ เพราะ

- ไม่มีญาติ
- ไม่เจอญาติ
- ญาติไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- ญาติปฏิเสธการให้ข้อมูล

ปัจจัยต่อไปนี้มีผลกับความยากลำบากที่เกิดกับ **ตัวของท่าน** เมื่อผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น) มากน้อยเพียงใด (พิจารณาเฉพาะการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้)

	ไม่มีผล	มีผล น้อย	มีผล ปานกลาง	มีผล มาก
ความคิดว่าผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดีพอที่จะออกจากโรงพยาบาลได้				
ความคิดว่าผู้ป่วยยังต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากเกินไปที่จะออกจากโรงพยาบาลได้				
ความรู้สึกไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน				
ความรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยอาจต้องกลับมาเข้าโรงพยาบาลใหม่ เนื่องจากอาการกำเริบ				
ความกลัวว่าอาจจะไม่มีเตียงให้นอนโรงพยาบาลอีก หากผู้ป่วยต้องกลับมาเข้าโรงพยาบาลใหม่				
คนช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีจำนวนน้อย				
ความลำบากในการจัดเวลาเพื่อดูแลคนไข้ เช่น ตีต่งาน				
ความลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับบ้าน				
ความไม่พร้อมของสถานที่ที่จะกลับไปพักฟื้น				
ค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน				
ความไม่ต้องการที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นหรือที่โรงพยาบาลต้นสังกัด				
ความคิดที่ว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย จึงควรอยู่ในโรงพยาบาลจนกว่าจะหายป่วยสนิท				
ความคิดว่าการมีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ไม่จำเป็นต้องรีบออกจากโรงพยาบาลจนกว่าจะหายสนิท				
ความไม่ชัดเจนหรือความไม่เหมาะสมในเรื่องของการสื่อสารระหว่างทางโรงพยาบาลกับตัวท่าน				

ต่อ →

ในความคิดเห็นของท่าน สิ่งต่อไปนี้จะช่วยลดความยากลำบากในการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่อื่น) ได้มากน้อยเพียงใด (พิจารณาเฉพาะการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้)

	ไม่ช่วย	ช่วยได้ น้อย	ช่วยได้ ปานกลาง	ช่วยได้ มาก
การมีโปรแกรมสอนญาติหรือผู้ดูแลให้พร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล				
การมีสถานที่ให้ผู้ป่วยไปพักฟื้น หลังออกจากโรงพยาบาล ก่อนจะกลับไปที่บ้านจริง ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายตามสิทธิ์				
การมีโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่าที่พร้อมจะรับตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษาต่อเนื่อง				
การให้ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลความเจ็บป่วยของคนไข้ตั้งแต่ต้น				
การมีบริการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดและความไม่สบายใจแก่ท่านและครอบครัว ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล				
การให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้าน ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาลจริง				
การมีทีมจากโรงพยาบาลไปติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยต่อที่บ้านของท่าน				
การจัดสรรปัจจัยสนับสนุน เช่น เวชภัณฑ์สิ้นเปลือง (ผ้าอ้อม สำลี น้ำยาฆ่าเชื้อ) ตามฐานะและความจำเป็นของครอบครัวท่าน				
การมีระบบให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น				

*** ขอขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม ***

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยส่วนที่ 2

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

** สำหรับผู้ป่วย **

ชื่อโครงการวิจัย ...การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาด ระยะเวลาที่ 1: ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา....

ผู้สนับสนุนการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

แพทย์ผู้ทำวิจัย

ชื่อนพ.กรเอก มนัสวานิช....

ที่อยู่ฝ่ายผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ตึกจุฬารัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

เบอร์โทรศัพท์02-256-5009 , 081-6114052.....

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ 1.นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถมยากร

2. ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว

3. นางทิพย์พร สงวนทรัพย์

4. นางนวรรณ์ มีถาวร

ที่อยู่ศูนย์ชีวภาพ ชั้น 2 ตึก 14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....

.....1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-256-4358, 090-410-4314, 081-889-0390.....

5. ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

ที่อยู่ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

.....ถ.อังรีนงต์ เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-218-7323, 02-218-7297.....

6. นางชลิดา อุกัยเฉลิม

ที่อยู่ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....

.....1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-256-4220.....

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการคัดเลือกจากผู้ป่วยให้เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการให้ข้อมูล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักมีความซับซ้อน เมื่อถึงเวลาที่จะออกจากโรงพยาบาล จึงต้องการการเตรียมตัวที่มากกว่า หลายครั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยง่าย เนื่องจาก ปัจจัยทางการแพทย์ เช่น ตัวโรค ปัจจัยทางผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปัจจัยทางครอบครัวหรือสังคม เช่น ขาดคนดูแลที่บ้าน หรือ สถานที่ที่จะกลับไปไม่พร้อม ปัจจัยเหล่านี้นั้น ทำให้การออกจากโรงพยาบาล กลายเป็นเรื่องที่สร้างความยากลำบากให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ สํารวจปัจจัยของตัวผู้ป่วย ของญาติ และของสังคม ที่สามารถทำให้การออกจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องยากลำบาก ว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง และปัจจัยใดพบมากพบน้อย จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย มีประมาณ 184 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถาม 1 ชุด และให้ญาติของท่าน 1 คน ตอบแบบสอบถามอีก 1 ชุด เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลกับความยากลำบากในการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน ให้ตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริง หากมีคำถามในข้อใดที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถขอคำอธิบายจากผู้วิจัยได้

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนาขั้นตอนการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี แต่ผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกคือ กระเป๋าคาดหรือลูกบอลบีบมือ มูลค่า 30 บาท จำนวน 1 ชิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านสามารถส่งบันทึกการขอยกเลิกการให้คำยินยอมได้ที่ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ชั้น 8 อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

** สำหรับ ญาติผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม **

ชื่อโครงการวิจัย ...การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาด ระยะที่ 1: ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา....

ผู้สนับสนุนการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

แพทย์ผู้ทำวิจัย

ชื่อนพ.กรเอก มั่นวานิช....

ที่อยู่ฝ่ายผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ตึกจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

เบอร์โทรศัพท์02-256-5009 , 081-6114052.....

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ 1. นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถมยากร
2. ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
3. นางทิพย์พร สงวนทรัพย์
4. นางนรรัตน์ มีถาวร

ที่อยู่ศูนย์ชีวภบาล ชั้น 2 ตึก 14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....
.....1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-256-4358, 090-410-4314, 081-889-0390.....

ชื่อ 5. ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

ที่อยู่ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....
.....ถ.อังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-218-7323, 02-218-7297.....

ชื่อ 6. นางชลิดา อุทัยเฉลิม

ที่อยู่ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.....
.....1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330.....

เบอร์โทรศัพท์02-256-4220.....

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น ญาติผู้ป่วย หรือ ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการคัดเลือกจากหอผู้ป่วยให้เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักมีความซับซ้อน เมื่อถึงเวลาที่จะออกจากโรงพยาบาล จึงต้องการการเตรียมตัวที่มากกว่า หลายครั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยง่าย เนื่องจาก ปัจจัยทางการแพทย์ เช่น ตัวโรค ปัจจัยทางผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปัจจัยทางครอบครัวหรือสังคม เช่น ขาดคนดูแลที่บ้าน หรือ สถานที่ที่จะกลับไปไม่พร้อม ปัจจัยเหล่านี้ ทำให้การออกจากโรงพยาบาล กลายเป็นเรื่องที่สร้างความยากลำบากให้กับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ สํารวจปัจจัยของตัวผู้ป่วย ของญาติ และของสังคม ที่สามารถทำให้การออกจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องยากลำบาก ว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง และปัจจัยใดพบมากพบน้อย จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย มีประมาณ 184 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถาม 1 ชุด เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลกับความยากลำบากในการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน ให้ตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริง หากมีคำถามในข้อใดที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถขอคำอธิบายจากผู้วิจัยได้

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนาขั้นตอนการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านสามารถส่งบันทึกการขอยกเลิกการให้คำยินยอมได้ที่ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ชั้น 8 อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนที่ 2

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
--	--

** สำหรับผู้ป่วย **

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยช่วง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....ได้อ่าน
รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย
จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ
อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง
การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้
สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์
และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยเท่านั้น

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

**** สำหรับ ญาติผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ****

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยของ ระยะที่ 1: ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....ได้อ่าน
รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย
จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ
อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง
การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้
สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การ
บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทาง
วิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยเท่านั้น

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยส่วนที่ 3

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

สำหรับผู้ป่วย

ชื่อโครงการวิจัย การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาหลัง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้สนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์
ที่อยู่ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนน อังรีตุนังต์ เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2187323, 02-2187297, 084-5561000

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ นายแพทย์ ภรเอก มั่นสวานิช
ที่อยู่ ฝ่ายผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ตึกจุฬารักษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2565009, 081-6114052

ชื่อ นายแพทย์ วัฒนศักดิ์ อรรถชยากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว
นางทิพย์พร สงวนทรัพย์
นางนวิรัตน์ มีถาวร
ที่อยู่ ศูนย์ชีวภินา ชั้น 2 ตึก 14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2564358, 090-4104314, 081-8890390

ชื่อ นางชลิดา อุทัยเฉลิม
ที่อยู่ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2564220

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการคัดเลือกจากหอผู้ป่วยให้เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการให้ข้อมูล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักมีความซับซ้อน เมื่อถึงเวลาที่จะออกจากโรงพยาบาล จึงต้องการการเตรียมตัวที่มากกว่า หลายครั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยง่าย เนื่องจาก ปัจจัยทางการแพทย์ เช่น ตัวโรค ปัจจัยทางผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปัจจัยทางครอบครัวหรือสังคม เช่น ขาดคนเพื่อดูแลที่บ้าน หรือสถานที่ที่จะกลับไปไม่พร้อม ปัจจัยเหล่านั้น ทำให้การออกจากโรงพยาบาล กลายเป็นเรื่องที่สร้างความยากลำบากให้กับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีประมาณ 12 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยทั้งหมด 6 คน และครอบครัวหรือผู้ดูแล 6 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอทำการนัดหมายผู้ป่วย หรือครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อเข้าพูดคุย ณ สถานที่ และเวลาตามที่อาสาสมัครสะดวกที่จะทำการนัดหมาย เช่น ในห้องของผู้ป่วย หรือในบริเวณหอผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัครเป็นสำคัญ เพื่อเข้าพูดคุยกับอาสาสมัครโดยใช้เทคนิคการวิจัยการฟัง (Active Listening) การสังเกต (Observation) และการบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical Incident) เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาทิ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและโรค การรักษาในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล เป็นต้น โดยมีทีมงานร่วมเข้าพูดคุยทั้งหมด 2 คน ประกอบด้วยผู้วิจัยหลัก และผู้ช่วยนักวิจัย เป็นเวลา 45 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน ให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง หากมีคำถามข้อใดที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเสียเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	--

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนาขั้นตอนการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการพบทีมงานผู้วิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัย จำนวน 1,000 บาท/ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านสามารถส่งบันทึกการขอยกเลิกการให้คำยินยอมได้ที่ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ชั้น 8 อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

สำหรับญาติผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

ชื่อโครงการวิจัย การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยชาลง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้สนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์
ที่อยู่ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนน อังรีนังต์ เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2187323, 02-2187297, 084-5561000

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ นายแพทย์ ภรเอก มนัสวานิช
ที่อยู่ ฝ่ายผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ตึกจุฬารัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2565009, 081-6114052

ชื่อ นายแพทย์ วัฒนศักดิ์ อรรถชยากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว
นางทิพย์พร สงวนทรัพย์
นางนวรรณ์ มีถาวร
ที่อยู่ ศูนย์ชีวภบาล ชั้น 2 ตึก 14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2564358, 090-4104314, 081-8890390

ชื่อ นางชลิดา อุตัยเฉลิม
ที่อยู่ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-2564220



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 10-04/4.0

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information sheet for research participant)**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น ญาติผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการคัดเลือกจากหอผู้ป่วยให้เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการให้ข้อมูล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มักมีความซับซ้อน เมื่อถึงเวลาที่จะออกจากโรงพยาบาล จึงต้องการการเตรียมตัวที่มากกว่า หลายครั้งผู้ป่วยไม่สามารถออกจากโรงพยาบาลได้โดยง่าย เนื่องจาก ปัจจัยทางการแพทย์ เช่น ตัวโรค ปัจจัยทางผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปัจจัยทางครอบครัวหรือสังคม เช่น ขาดคนที่จะดูแลที่บ้าน หรือสถานที่ที่จะกลับไปไม่พร้อม ปัจจัยเหล่านั้น ทำให้การออกจากโรงพยาบาล กลายเป็นเรื่องที่สร้างความยากลำบากให้กับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีประมาณ 12 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยทั้งหมด 6 คน และครอบครัวหรือผู้ดูแล 6 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอทำการนัดหมายผู้ป่วย หรือครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อเข้าพูดคุย ณ สถานที่ และเวลาตามที่อาสาสมัครสะดวกที่จะทำการนัดหมาย เช่น ในห้องของผู้ป่วย หรือในบริเวณหอผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัครเป็นสำคัญ เพื่อเข้าพูดคุย โดยใช้เทคนิคการวิจัยการฟัง (Active Listening) การสังเกต (Observation) และการบันทึกเหตุการณ์สำคัญ (Critical Incident) เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาทิ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและโรค การรักษาในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล เป็นต้น โดยมีทีมงานร่วมเข้าพูดคุยทั้งหมด 2 คนประกอบด้วย ผู้วิจัยหลัก และผู้ช่วยนักวิจัย เป็นเวลา 45 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน ให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง หากมีคำถามข้อใดที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเสียเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนาขั้นตอนการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการพบทีมงานผู้วิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัย 1,000 บาท/ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านสามารถส่งบันทึกการขอยกเลิกการให้คำยินยอมได้ที่ ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ชั้น 8 อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)
--	---

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนที่ 3

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
--	--

สำหรับผู้ป่วย

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาหลัง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพร้อมที่จะเข้ารับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสาร รวมไปถึงการทำลายเทปบันทึกเสียง โดยการลบออกจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด และตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกเทปเสียง การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยเท่านั้น

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

สำหรับญาติผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาลง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย
จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่
จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ต้องการให้ทำลายเอกสารรวมไปถึงการทำลายเทปบันทึกเสียง โดยการลบออกจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด และ
ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้
สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกเทปเสียง การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ
ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต
หรือการวิจัยเท่านั้น

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
---	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 4 ณ การประชุม HA National Forum 2558

1. พญ.ไศรยา ธรรมรักษ์	รพ.สระบุรี
2. พว.ปารวณา สหัสกุล	รพ.สระบุรี
3. พว.ประหยัด พิงทิม	รพ.สระบุรี
4. พว.วรุณรัตน์ จุฑาเวช	รพ.สระบุรี
5. น.ส.ศรินทิพย์ แสงศาสตรา	รพ.สระบุรี
6. อ.พญ.พรรณา ลีลารวนางกูร	รพ.สุรินทร์
7. อ.พญ.อรรณณ ตะเวทิพงศ์	รพ.เขาย้อย
8. พว.อุษา เขียมองอาจ	รพ.เขาย้อย
9. พว.ทิพวรรณ ยงภูมิพุกา	รพ.ราชบุรี
10. อ.นพ.นรวิทย์ จั่วแจ่มใส	รพ.พระปกเกล้า
11. พว.ธมนวรรณ เต็มศิริพันธุ์	รพ.พระปกเกล้า
12. พว.นพพร ไพวัลย์สถาพร	รพ.พระปกเกล้า
13. พว.นภาพร กอบกิจวัฒนา	รพ.พระปกเกล้า
14. พว.สุภา วัฒนสิทธิ์	รพ.พระปกเกล้า
15. พว.นัฐณิย์ เจริญนาน	รพ.พระปกเกล้า
16. พว.ชัชฎาภา บุญโยประการ	รพ.พระปกเกล้า
17. พว.ศิริพร วินิจธรรม	รพ.พระปกเกล้า
18. พว.นิภาวรรณ รมภารัตน์	รพ.ระยอง
19. พว.ธนิดา ตั้งยิ่งยง	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
20. พว.ปิยธิดา บวรสุธาสิน	รพ.สุราษฎร์ธานี
21. พว.กฤตพร เมืองพร้อม	รพ.วชิระภูเก็ต
22. อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
23. รศ.พญ.กวิวัฒน์ วีรกุล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
24. อ.นพ.พลเลิศ พันธุ์ธนากุล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
25. พว.นงลักษณ์ ทองอินทร์	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนที่ 4 ณ การประชุมวันที่ 8 พฤษภาคม 2558

1. พว.วราภรณ์ วิภาวงศ์	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	เขต1
2. นพ.รัฐภูมิ ชามภูษ	รพ.พุทธชินราช	เขต2
3. พว.นาตยา คำสว่าง	รพ.พุทธชินราช	เขต2
4. พว.สุวิรัตน์ น้อมนิล	รพ.อุทัยธานี	เขต3
5. พว.ชนิดา พันผา	รพ.สระบุรี	เขต4
6. พว.ธำมณัฐ มณีศิลป์	รพ.สระบุรี	เขต4
7. น.ส.พรพีไล อาลัยสุข	รพ.สระบุรี	เขต4
8. น.ส.ศรินทร์ทิพย์ แสงศาสตร์	รพ.สระบุรี	เขต4
9. อ.พญ.อรรณพ ตะเวทิพงศ์	รพ.เขาย้อย	เขต5
10. พว.ปราณี เสี่ยมจันทร์บริบูรณ์	รพ.ราชบุรี	เขต5
11. พว.นภาพร กอบกิจวัฒนา	รพ.พระปกเกล้า	เขต6
12. พว.สุภา วัฒนสิทธิ์	รพ.พระปกเกล้า	เขต6
13. พว.ณัฐณิย์ เจริญนาน	รพ.พระปกเกล้า	เขต6
14. พว.ชัชฎาภา บุญโยประการ	รพ.พระปกเกล้า	เขต6
15. พว.ศิริพร วินิจธรรม	รพ.พระปกเกล้า	เขต6
16. พว.นิภาวรรณ รมภรณ์	รพ.ระยอง	เขต6
17. นพ.เกียรติศักดิ์ พรหมเสนา	รพ.สกลนคร	เขต8
18. อ.นพ.เฉลียว สัตตมัย	รพ.สุรินทร์	เขต9
19. พว.ชนิดา ตั้งยิ่งยง	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	เขต10
20. อ.พญ.วรรณมา อังคสุวรรณ	รพ.หาดใหญ่	เขต12
21. พว.นภา จิตจินดา	รพ.หาดใหญ่	เขต12
22. พว.อัจฉริยา บุญสนิท	รพ.หาดใหญ่	เขต12
23. อ.นพ.พลเลิศ พันธุ์นากุล	รพ.วชิรพยาบาล	เขต13
24. พว.นงลักษณ์ ทองอินทร์	รพ.วชิรพยาบาล	เขต13
25. น.ต.หญิงนิลภา สุขเจริญ	รพ.พระมงกุฎเกล้า	เขต13
26. พว.สุมาลี ชูศักดิ์ศิลป์	รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	เขต13
27. พว.สิริษา ทันเจริญ	รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	เขต13
28. พว.มาลินี ดุสิตากร	รพ.จุฬาลงกรณ์	เขต13
29. อ.นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์	รพ.กรุงเทพ	เขต13

แบบสอบถามของการศึกษาส่วนที่ 4

แบบสำรวจ เรื่อง “การจำหน่ายผู้ป่วยยากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ: สภาพปัญหาและแนวทางพัฒนา”

1. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล เขตสุขภาพ ที่

ที่อยู่

จำนวนเตียงเตียง จำนวนผู้ป่วยในต่อปีราย

วันนอนเฉลี่ย.....วัน อัตราการครองเตียง% อัตราตาย%

มีการสอนระดับแพทยศาสตรบัณฑิต ☐ มี ☐ ไม่มี

มีพ.เครือข่ายส่งต่อที่เป็นทางการ ☐ มี ☐ ไม่มี

สัดส่วนผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 30 วัน

31-90 วัน% 91-180 วัน% >180 วัน%

สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มโรค เช่น อายุรกรรม เด็ก ศัลยกรรม ฯลฯ โดยประมาณการ

.....

สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิการรักษา

.....

สัดส่วนที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยในเขตเมือง.....% นอกเขตเมือง.....%

ระดับเศรษฐฐานะของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ ☐ ยากจน ☐ ปานกลาง ☐ ดี

ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ☐ ต่ำกว่าระดับประถม ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อุดมศึกษา

สัดส่วนผู้ป่วยที่รับ refer %

2. ในมุมมองของท่าน [] แพทย์ [] พยาบาล [] อื่นๆระบุ.....

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยา	ไม่มี	มี (อธิบาย)
มี medical complications		
มี medical error/ เสี่ยงถูกฟ้องร้อง		
มีโรคร่วมหรือ active problems		
ยังไม่ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้าน		
ต้องการการดูแลในพ.ระดับ tertiary care		
รอกระบวนการ refer		
รออุปกรณ์การแพทย์		
รอญาติพร้อม		
เป็นผู้ป่วยไร้ญาติ		
รอสถานที่พร้อม		
ผู้ป่วย VIP		
เป็นคนที่มาจากต่างพื้นที่/ ต่างประเทศ		
อื่นๆ (กรุณาระบุ)		

3. ปัจจัยที่ช่วยลดความยากลำบากในการจำหน่าย

ปัจจัย	ไม่มี	มี (อธิบาย)
มีโปรแกรมสอน Care giver เกี่ยวกับการดูแล หลังออกจากโรงพยาบาล		
มีระบบให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ให้กลับไปใช้ที่ บ้าน		
มีสถานที่ให้พักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล		
มีโรงพยาบาลที่รับRefer ผู้ป่วยไปรักษา ต่อเนื่อง		
การให้ญาติเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาและ ร่วมวางแผนการ discharge ตั้งแต่ต้น		
มีบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย และญาติ		
มีการให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านสั้นๆ เพื่อให้ ฝึกซ้อมการใช้ชีวิตที่บ้านก่อนออกจาก รพ.จริง		
มีระบบติดตามดูแลรักษาที่บ้าน (Home health care)		
มีปัจจัยสนับสนุนตามเคราะหฐานะของผู้ป่วย		
มีหน่วยงานส่วนกลางที่ช่วยดูแลติดตาม ปัญหาการ discharge ยากโดยเฉพาะ		
อื่นๆ		

กรุณา Scan หรือถ่ายภาพแบบสำรวจ
ที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ส่งกลับภายใน
วันที่ 4 พ.ค. 58 (nawarat.tae@gmail.com)

ขอขอบคุณที่ให้ความกรุณาให้ข้อมูล
ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว (โทร 086-5761000)
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



COA No. 761/2014

IRB No. 295/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยขาดลงระยะที่ 1: ส่วนที่ 1 การกำหนดนิยามและขอบเขตของปัจจัยที่ศึกษาโดยการทำ focus groups

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นพ.ณัฐดนัยศักดิ์ อรรถยากร

สังกัดหน่วยงาน : ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Research proposal Version 1.1 Date 21 Oct 2557
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 24 June 2557
3. Consent Form
4. ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม *ดร.ณัฐดนัย*

ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *ดร.ณัฐดนัย*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐดนัย ทองตัน)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 3 พฤศจิกายน 2557

วันหมดอายุ : 2 พฤศจิกายน 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 064/2015

IRB No. 614/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยลง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 2 การสำรวจหาจำนวนและการกระจายตัวของปัญหาในการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลกรณีศึกษา
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นพ.ภรเอก มนัสวานิช
สังกัดหน่วยงาน	: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. Research Proposal Version 1.1 date 20 Jan 2015
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 6 Dec 2557
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้ป่วย Version 1.1 date 20 Jan 2015
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับญาติผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม Version 1.1 date 20 Jan 2015



5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับทีมแพทย์พยาบาลผู้ให้การรักษาผู้ป่วย Version 1.1 date 20 Jan 2015
6. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้ป่วย version 1.1 date 20 Jan 2015
7. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับญาติผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม version 1.1 date 20 Jan 2015
8. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับทีมแพทย์พยาบาลผู้ให้การรักษาผู้ป่วย version 1.1 date 20 Jan 2015
9. แบบคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถาม Version 1.0 Date 20 Dec 2014
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก Version 1.0 Date 1 Dec 2014

ลงนาม *ดร. สืบพันธุ์*

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบพันธุ์วงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม..... *Kenw Rattak*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 29 มกราคม 2558

วันหมดอายุ : 28 มกราคม 2559

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 217/2015

IRB No. 067/58

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยหลัง ระยะที่ 1: ส่วนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมที่จะรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- เลขที่โครงการวิจัย** : -
- ผู้วิจัยหลัก** : ผศ.ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์
- สังกัดหน่วยงาน** : ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน** : แบบเร่งด่วน
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Research Proposal Version 6.4.2 Date 23 March 2015
2. Protocol Synopsis Version 6.10.1 Date 6 February 2015
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้ป่วย Version 6.3.1.2 Date 23 March 2015
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับญาติผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม Version 6.3.1.2 Date 23 March 2015



5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้ป่วย Version 6.3.2.2 Date 23 March 2015
6. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับญาติผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม Version 6.3.2.2 Date 23 March 2015
7. Questionnaire/Interview Form Version 6.6.1 Date 6 February 2015
8. CURRICULUM VITAE

ลงนาม ท.ม. สืบพงศ์

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบพลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม สุนทพณ รัชตะปิติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 31 มีนาคม 2558

วันหมดอายุ : 30 มีนาคม 2559

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)