

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร\* พย.บ.

นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์\*\* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

นริมาลย์ นีละไพจิตร\*\*\* ส.ด.

## บทคัดย่อ :

การจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ทำให้การบริหารจัดการเตียงไม่มีประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิล  $\leq 19$  คะแนน และผู้ดูแล จำนวน 231 รายในแต่ละกลุ่ม เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับความมั่นใจในการดูแล แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยที่มีปัญหาต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแลที่อายุมาก รายได้ที่ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลสุขภาพไม่ดี ไม่มีประสบการณ์การดูแล ระดับความมั่นใจในการดูแลต่ำ แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับต่ำ และระยะเวลาวางแผนจำหน่ายที่จำกัด บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยมีการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจส่งต่อการเพิ่มระยะเวลาอนโรงพยาบาล และเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

**คำสำคัญ :** การจำหน่ายล่าช้า ผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากร ทีมสุขภาพ

\*พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* Corresponding author, พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: howdynich@gmail.com

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 24 กันยายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2563 วันตอบรับบทความ 22 กุมภาพันธ์ 2564

# Factors Associated with Delayed Hospital Discharge among Patients being Transferred to Home Health Care Unit

*Phatcharakoraphot Sreeprasarn\* B.N.S.*

*Nitchatima Sereewichayasawad\*\* M.Sc. (Public Health)*

*Nareemarn Neelapaichit\*\*\* Dr.P.H.*

## **Abstract:**

Delayed hospital discharge is a critical issue in health care services affecting ineffective bed management and cost escalation. This cross-sectional survey research determined factors associated with delayed discharges among patients being transferred to the home health care unit. The samples consisted of 231 in-patients having the score on the Modified Barthel Index (MBI)  $\leq 19$  and their caregivers (n = 231). The research instruments included the demographic questionnaires of patients and caregivers, the MBI, the Caregiver Confidence Scale, the Family APGAR Questionnaire, and the Healthcare Professional Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis. The results revealed that the following factors had significant correlations to delayed discharge: length of hospital stay, length of stay in the intensive care unit, prolonged respiratory problems, older age of caregivers, insufficient income, unhealthy caregivers, inexperienced caregivers, low confidence of caregivers, low family support, and limited time of discharge planning. Therefore, healthcare professionals should provide appropriate discharge planning for patients to manage any health issues that might prolong their length of stay and enhance caregivers' confidence to decrease the delay in hospital discharge of these patients.

**Keywords:** Delayed hospital discharge, Patients, Caregivers, Healthcare professionals

---

*\*Registered nurse (Professional level), Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,*

*\*\*Corresponding author, Registered nurse (Professional level), Department of Nursing, Somdech PhraDebaratana Medicine Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: howdynich@gmail.com*

*\*\*\*Assistant professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

*Received September 24, 2020, Revised December 15, 2020, Accepted February 22, 2021*

## ความสำคัญของปัญหา

ช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 71,064 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2536 เป็น 381,384.4 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นถึง 5.4 เท่า<sup>1</sup> จึงนำไปสู่การพยายามเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของคนไทยในทุกสิทธิ์การรักษาโดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า จาก 1,202 บาท ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3,029 บาท ในปี พ.ศ. 2559<sup>2</sup> ประเด็นการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (length of hospital stay) และควบคุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล (costs containment)<sup>3,4,5</sup> จึงนำไปสู่นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน ถึงแม้ว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้บริหารของโรงพยาบาลของรัฐและบุคลากรด้านสุขภาพจะทราบถึงความสำคัญ และได้ส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย (discharge planning) อย่างเป็นทางการมากขึ้น<sup>6,7</sup>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลให้มีการจำหน่ายล่าช้า 3 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ<sup>8</sup> อายุ<sup>9,10</sup> ระดับการศึกษา<sup>11</sup> การมีโรคร่วม<sup>9</sup> การเกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>6,12</sup> ระยะเวลาอนโรพยาบาล<sup>9</sup> ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ<sup>9</sup> มีปัญหาที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน<sup>10</sup> และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>10</sup> 2) ด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ<sup>13</sup> อายุ<sup>13</sup> ระดับการศึกษา<sup>4</sup> รายได้<sup>13</sup> การไม่มีผู้ดูแลรอง<sup>14</sup> การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ<sup>11</sup> ประสบการณ์การดูแล<sup>14</sup> ระดับความมั่นใจในการดูแล<sup>14,15</sup> และ 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว<sup>14,16</sup> แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ<sup>14,16</sup> และระยะเวลาวางแผนจำหน่าย<sup>11,17</sup> ผู้ป่วยที่

ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน มักมีปัญหาด้านสุขภาพหลายระบบ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น การเตรียมจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ หากบุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหรือสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าจะสามารถหาแนวทางป้องกันหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ดูแลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น<sup>10,11</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ส่วนใหญ่พบการศึกษาในระดับที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเท่านั้น ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น ด้านผู้ดูแล และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมยังพบน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าให้ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่ดี เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว โรงพยาบาล และระบบบริการสุขภาพของประเทศต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วย ผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย (เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเกิดโรคร่วม การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) ด้านผู้ดูแล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การขาดผู้ดูแลรอง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การดูแล และระดับความมั่นใจในการดูแล) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ และระยะเวลาวางแผนจำหน่าย) มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วย

## กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่าย (discharge plan)<sup>18</sup> และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย<sup>19</sup> การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพจะต้องร่วมมือกัน เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องเมื่อย้ายผู้ป่วย (transitional) จากสภาพแวดล้อมหนึ่งไปสู่สภาพแวดล้อมหนึ่งและควรเริ่มวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้มีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม และจำหน่ายผู้ป่วยได้ในเวลาที่กำหนด<sup>18,19</sup> หากขาดการวางแผนจำหน่ายที่ดี อาจส่งผลต่อความล่าช้าในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยทั่วไปการจำหน่ายล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยใน (inpatient) ประเมินจากการที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเกินกำหนดจากวันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย 1 วันขึ้นไป<sup>3</sup>

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า คือ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1)

เพศ จากการศึกษากิจการจำหน่ายในผู้ป่วยของประเทศสเปน จำนวน 5,275,139 ราย พบว่าเพศชายมีการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าเพศหญิง 0.80 เท่า (OR 0.88 95% CI 0.87-0.89)<sup>8</sup> 2) อายุจากการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศอิตาลี จำนวน 6,325 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะจำหน่ายล่าช้าเพิ่มขึ้น 1.24 เท่า (OR 1.24; 95% CI 1.16 -1.33)<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 548 ราย พบว่าผู้ป่วยที่อายุ  $\geq 65$  ปี จะจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่อายุ  $\leq 65$  ปี 1.80 เท่า (OR 1.80; 95% CI 1.10 - 3.10) และอายุ  $\geq 65$  ปี มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .05$ )<sup>10</sup> 3) ระดับการศึกษาจากการศึกษาในผู้ป่วยในประเทศไทย จำนวน 66 ราย พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>11</sup> 4) การเกิดโรคร่วม จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศอิตาลี จำนวน 6,325 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปจะจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 2.03 เท่า (OR 2.03; 95% CI 1.45-2.84) และการมีโรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>9</sup> 5) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศสิงคโปร์จำนวน 150 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34.30 มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลให้จำหน่ายล่าช้า<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศแคนาดา จำนวน 4,311 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 25.50 มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>12</sup> 6) ระยะเวลาอนโรพยาบาล จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศอิตาลี จำนวน 6,325 ราย พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีระยะเวลาอนโรพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 3.92 เท่า (OR 3.92; 95% CI 2.24 - 6.85) และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>9</sup> 7) ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติจากการศึกษาในผู้ป่วยของ

ประเทศอิตาลี จำนวน 6,325 ราย พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการจำหน่ายล่าช้ากว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต 1.87 เท่า (OR 1.87; 95% CI 1.08–3.23) และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .05$ )<sup>9</sup> 8) ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเศสหรัฐอเมริกา จำนวน 548 ราย พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนืองที่บ้านจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ 3.40 เท่า (OR 3.4; 95% CI 2.00 – 5.80) และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>10</sup> และ 9) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเศสหรัฐอเมริกา จำนวน 548 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยถูกจำหน่ายล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก 8.10 เท่า (OR 8.10; 95% CI 1.30–50.60) และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .05$ )<sup>10</sup>

ด้านผู้ดูแล จากการศึกษาเชิงคุณภาพในบุคลากรที่มีสุขภาพของประเทศไทย จำนวน 37 ราย พบว่า 1) เพศ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง 2) อายุ ผู้ดูแลสูงอายุ 3) ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาที่ต่ำ 4) รายได้ ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>14</sup> 5) การขาดผู้ดูแลรอง จากการศึกษาในผู้ดูแลของประเศสิงคโปร์ จำนวน 487 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดผู้ดูแลรองมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>15</sup> 6) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาในผู้ดูแลของประเทศไทย จำนวน 66 ราย พบว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>11</sup> 7) ประสพการณ์การดูแล จากการศึกษาในผู้ดูแลของประเศสิงคโปร์ จำนวน 487 ราย พบว่ามีผู้ดูแลที่ขาดประสพการณ์การดูแลถึงร้อยละ 79.70 และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>15</sup> 8)

ระดับความมั่นใจในการดูแล จากการศึกษาในผู้ดูแลของประเศสิงคโปร์ จำนวน 487 ราย พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจต่ำส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจสูงกว่า 1.65 เท่า (OR 1.65; 95% CI 1.08–2.54)<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของประเศอังกฤษ จำนวน 924 ราย พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจต่ำส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจสูงกว่า 4.05 เท่า (OR 4.05; 95% CI 2.68–6.10) และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>16</sup>

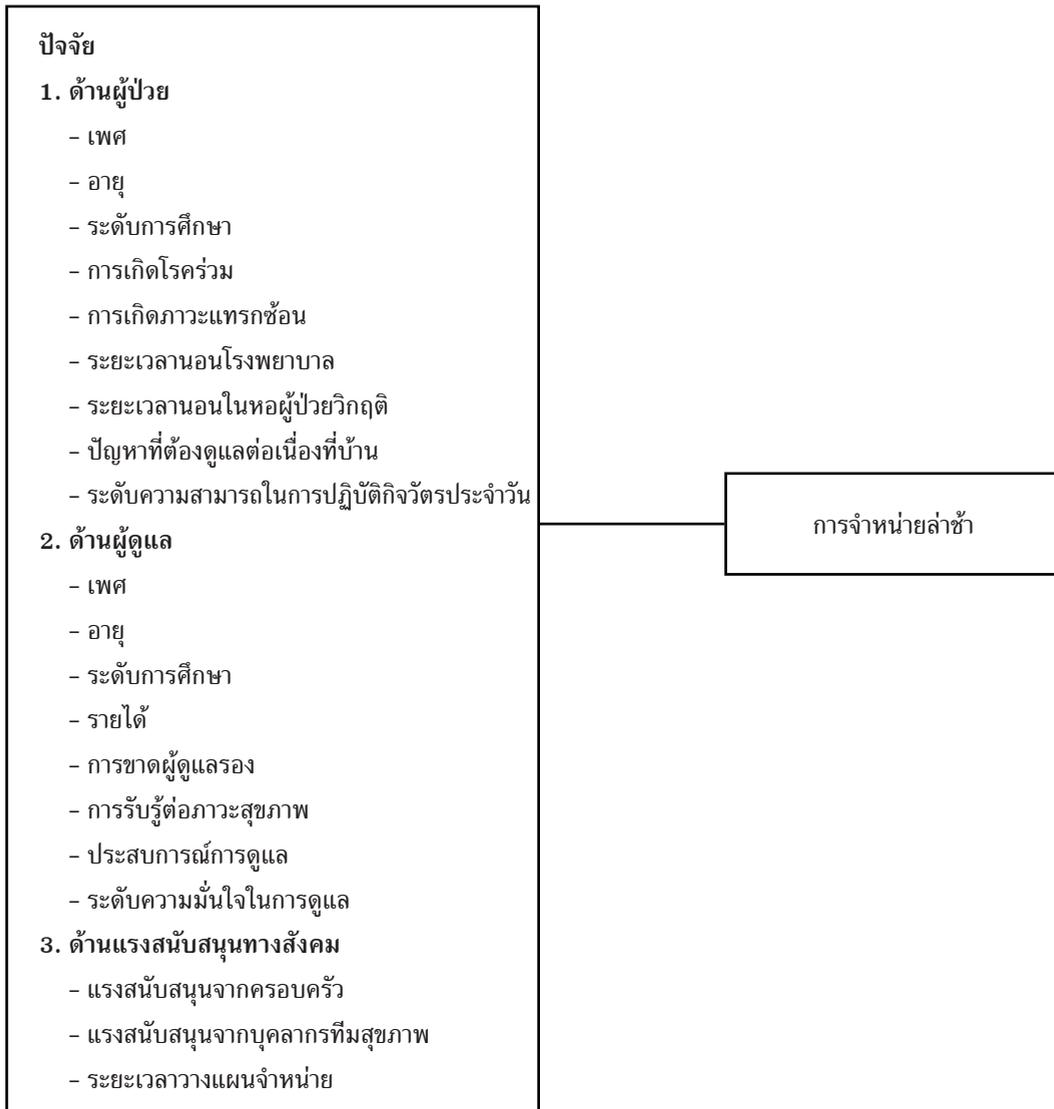
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเศสิงคโปร์ จำนวน 487 ราย พบว่า 1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว และ 2) แรงสนับสนุนจากบุคลากรที่มีสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01, p < .05$  ตามลำดับ)<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของประเศสหรัฐอเมริกา จำนวน 221 ราย พบว่าการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและขาดแรงสนับสนุนจากบุคลากรที่มีสุขภาพในการวางแผนจำหน่ายทำให้มีการจำหน่ายล่าช้ามากถึงร้อยละ 49.80<sup>13</sup> 3) ระยะเวลาวางแผนจำหน่าย จากการศึกษาในผู้ป่วยของประเศออสเตรเลีย จำนวน 1,958 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายสั้นจะจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาวางแผนจำหน่ายยาว ร้อยละ 27.50<sup>17</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยของประเทศไทยจำนวน 66 ราย พบว่าระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ( $p < .01$ )<sup>11</sup>

ผู้วิจัยนำแนวคิดการวางแผนจำหน่าย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวข้างต้นมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ดูแลทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายลำตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเกิดโรคร่วม การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่งที่บ้าน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านผู้ดูแล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การขาดผู้ดูแลรอง การรับรู้ต่อภาวะ

สุขภาพ ประสบการณ์การดูแล และระดับความมั่นใจในการดูแล และ 3) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ และระยะเวลาวางแผนจำหน่าย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมจี-พาวเวอร์ (G\*Power version 3.1.9.2)<sup>20</sup> กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางของโคเฮน (Cohen)<sup>21</sup> ที่ 0.30 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $p < .05$ ) และอ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาในลักษณะเดียวกัน<sup>22</sup> ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 138 ราย ทั้งนี้ดำเนินเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 231 ราย

1) ผู้ป่วย คือ ผู้ที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยใน (inpatient) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมของโรงพยาบาลรามธิบดี และแพทย์มีแผนจำหน่าย 2) มีระดับคะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิล (Modified Barthel Index)  $\leq 19$  คะแนน เกณฑ์การคัดออกคือ เสียชีวิตระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ 2) มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย 3) เป็นผู้ดูแลหลักที่พักอาศัยกับผู้ป่วย และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยมีทั้งหมด 6 ชิ้น ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัย

พัฒนา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ปัญหาการดูแลต่อที่บ้าน และระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนา ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์การดูแล

3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิล พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (ครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด ร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย) การแปลผล 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยถึงปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนคลองเตยจำนวน 703 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .79<sup>23,24</sup> ผู้วิจัยนำไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และในการศึกษาคั้งนี้ได้เท่ากับ .89

4) แบบประเมินระดับความมั่นใจในการดูแล (caregiver confidence scale) พัฒนาโดยนิธิตมา ศรีจันทร์ ใช้ในหน่วยบริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อคำถาม 19 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมมากหมายถึงผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก ได้นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .92<sup>18</sup> ผู้วิจัยนำไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และในการศึกษาคั้งนี้ได้เท่ากับ .86

5) แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว (family apgar score) ใช้วัดความพึงพอใจจากการสนับสนุนของครอบครัวพัฒนาโดยวรรณ ประสารอติคม ที่ใช้ในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อความ 5 ข้อ 0 คะแนน หมายถึง ไม่พอใจ 1 คะแนน หมายถึง พอใจบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง พอใจบ่อยครั้ง การแปลผล 0-3 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ 4-6 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวสูง นำไปใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ .92<sup>25</sup> ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .90

6) แบบประเมินแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ พัฒนาโดยจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัช ผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือ มีข้อความ 5 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วน 5 ระดับตามการรับรู้ของผู้ดูแล 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมมากแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงซึ่งนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.77<sup>26</sup> ผู้วิจัยนำไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 และในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .85

#### การพิทักษ์สิทธิในการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้ผ่านการรับรองเลขที่ 2556/631 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบกับการบริการที่ได้รับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 โดยประชาสัมพันธ์และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ และประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังเข้าร่วมโครงการ โดยสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา หากยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และดำเนินการเก็บข้อมูล หรือนัดหมายวัน เวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนวันจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิล และรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจากเวชระเบียน เช่น โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ภายหลังจากผู้ดูแลลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินระดับความมั่นใจในการดูแล แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และก่อนจำหน่ายกลับบ้านหนึ่งวัน ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ดูแลในการตอบแบบประเมินแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามเพิ่มเติม และกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับความล่าช้าในการจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเกินวันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย 1 วัน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (analytical statistics) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary regression analysis) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวแต่ละค่าร่วมกับสถิติทดสอบไคสแควร์ หรือฟิชเชอร์ (chi-square test or fisher exact test) และการวิเคราะห์ตัวแปรตัวเดียว (univariate analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ( $p < .05$ )

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลด้านผู้ป่วย และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้ป่วยจำนวน 231 ราย และผู้ดูแลจำนวนเท่ากัน คือ 231 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่จำหน่ายล่าช้า (delayed discharge) จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 38.96) และกลุ่มที่จำหน่ายตามเวลาที่กำหนด/จำหน่ายไม่ล่าช้า (not delayed discharge) จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 61.04) ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.89 และ 60.28) ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย 67.67 ปี (SD = 18.32) และ 70.92 ปี (SD = 16.11) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/ ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 54.44 และ 55.32) มีโรคร่วม (ร้อยละ 97.78 และ 96.45) ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอน

โรงพยาบาลตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป (ร้อยละ 45.56 และ 60.99) ช่วงระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลมากที่สุด 8-30 วัน (ร้อยละ 54.44 และ 66.67) และส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ร้อยละ 51.11 และ 63.12) มีปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ปัญหาระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 95.56 และ 86.52) 2) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 85.56 และ 75.89) และปัญหาระบบขับถ่าย (ร้อยละ 23.33 และ 28.37) ส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด (ร้อยละ 82.22 และ 74.47) ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33 และ 78.72) มีอายุเฉลี่ย 51.77 ปี (SD = 13.53) และ 47.91 ปี (SD = 13.24) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/อนุปริญญา/มหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า (ร้อยละ 50.00 และ 51.06) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 70.00 และ 81.56) ทั้งสองกลุ่มมีผู้ดูแลองตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป (ร้อยละ 73.33 และ 76.60) และทั้งสองกลุ่มมีผู้ดูแลองหนึ่งคนมากที่สุด (ร้อยละ 43.33 และ 45.39) มีสุขภาพดี (ร้อยละ 65.56 และ 80.14) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล (ร้อยละ 67.78 และ 80.14) ส่วนระดับความมั่นใจในการดูแล กลุ่มที่จำหน่ายล่าช้ามีคะแนนความมั่นใจในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 54.44) กลุ่มที่พร้อมกลับบ้านมีคะแนนความมั่นใจในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 63.12) ดังแสดงในตารางที่ 2

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง/ ดี มากที่สุด (ร้อยละ 73.33 และ 77.30) สำหรับแรงสนับสนุนจากบุคลากรที่สุขภาพอยู่ในระดับสูง/ ดี มากที่สุด (ร้อยละ 85.56 และ 82.98) และมีช่วงระยะเวลาเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย 1-14 วัน มากที่สุด (ร้อยละ 81.11 และ 53.19) ดังแสดงในตารางที่ 3

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า

ผลการวิเคราะห์สมมติฐานปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าด้วยสถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวในแต่ละปัจจัยร่วมกับสถิติทดสอบไคสแควร์ในตัวแปร เพศของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเมื่อที่บ้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ รายได้ของผู้ดูแล การมีผู้ดูแลรอง การรับรู้ต่อสถานะสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์การดูแล ระดับความมั่นใจในการดูแล แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ และระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย สถิติทดสอบฟิชเชอร์ในตัวแปรการเกิดโรคร่วม และการวิเคราะห์ตัวแปรตัวเดียวในตัวแปรอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ด้านผู้ป่วย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ได้แก่ 1) ระยะเวลาอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล  $\geq 91$  วัน ส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล  $\leq 7$  วัน สูงถึง 21.00 เท่า (crude OR 95% CI 3.20-137.98) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) 2) ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ  $\geq 15$  วัน ส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่นอน 5.25 เท่า (crude OR 95% CI 2.06 -13.40) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจ พบว่าส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี 3.38 เท่า (crude OR 95% CI 1.11-10.30) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนปัจจัยด้าน

ผู้ป่วยที่ไม่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคร่วม ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลต่อเนื่อง (ระบบทางเดินอาหาร หรือระบบทางเดินปัสสาวะ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านผู้ดูแล พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ได้แก่ 1) อายุ พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลอายุน้อย 1.02 เท่า (crude OR 95% CI 1.00-1.04) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 2) รายได้ พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ เพียงพอ 0.53 เท่า (crude OR 95% CI 0.28-0.98) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 3) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลที่สุขภาพไม่ดีส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี 2.12 เท่า (crude OR 95% CI 1.16-3.86) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) 4) ประสบการณ์การดูแล พบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ การดูแลส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มี ประสบการณ์การดูแล 1.90 เท่า (crude OR 95% CI 1.04-3.49) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 5) ระดับความมั่นใจในการดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจในการดูแลต่ำส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจในการดูแลสูง 9.16 เท่า (crude OR 95% CI 1.81-46.31) และพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ไม่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแลรอง ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนจาก

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร และคณะ

ครอบครัว พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ/ไม่ดีส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูง/ดี 0.30 เท่า (crude OR 95% CI 0.07-1.40) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 2) ระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย  $\geq 15$  วัน

17.44 เท่า (crude OR 95% CI 4.35-69.94) และมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายระหว่าง 1-14 วัน 7.54 เท่า (crude OR 95% CI 3.38-16.85) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนปัจจัยแรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าไม่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า

ตัวแปร	การจำหน่าย		Crude OR	Lower	Upper	p-value
	ล่าช้า (n = 90)	ไม่ล่าช้า (n = 141)				
ผู้ป่วย						
เพศ						
ชาย	53 (58.89%)	85 (60.28%)	0.93	0.54	1.59	0.78 <sup>a</sup>
หญิง	37 (41.11%)	56 (39.72%)				
อายุเฉลี่ยปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	67.67 (18.32)	70.92 (16.11)	0.99	0.97	1.00	0.16 <sup>c</sup>
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา/ ไม่ได้เรียน	49 (54.44%)	78 (55.32%)				0.97 <sup>a</sup>
มัธยมศึกษา/ ปวช.	18 (20.00%)	29 (20.57%)	0.99	0.50	1.97	
ปวส./ อนุปริญญา/ มหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า	23 (25.56%)	34 (24.11%)	1.08	0.57	2.04	
การเกิดโรคร่วม						
ไม่มี	2 (2.22%)	5 (3.55%)				0.71 <sup>b</sup>
มี	88 (97.78%)	136 (96.45%)	1.62	0.31	8.52	
3 อาการ	41 (45.56%)	86 (60.99%)	2.75	1.30	5.82	0.07 <sup>a</sup>
2 อาการ						
ติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะและแผลกดทับ	21 (23.33%)	16 (11.35%)	1.40	0.67	2.91	
ติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะและปอดอักเสบ/ ปอดอักเสบและแผลกดทับ	16 (17.78%)	24 (17.02%)	1.68	0.72	3.91	
1 อาการ/ ไม่มี	12 (13.33%)	15 (10.64%)				

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายลำซำของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายลำซำ (ต่อ)

ตัวแปร	การจำหน่าย		Crude OR	Lower	Upper	p-value
	ลำซำ (n = 90)	ไม่ลำซำ (n = 141)				
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล						
≤ 7 วัน	4 (4.45%)	21 (14.89%)				0.01 <sup>a</sup>
8 - 30 วัน	49 (54.44%)	94 (66.67%)	2.74	0.89	8.42	
30 - 90 วัน	29 (32.22%)	24 (17.02%)	6.34	1.91	21.01	
≥ 91 วัน	8 (8.89%)	2 (1.42%)	21.00	3.20	137.98	
ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ						
ไม่ได้นอน	46 (51.11%)	89 (63.12%)				0.01 <sup>a</sup>
1 - 7 วัน	15 (16.67%)	30 (21.28%)	0.97	0.47	1.98	
8 - 14 วัน	10 (11.11%)	15 (10.64%)	1.29	0.54	3.10	
≥ 15 วัน	19 (21.11%)	7 (4.96%)	5.25	2.06	13.40	
ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน						
ปัญหาาระบบทางเดินหายใจ						
มี	86 (95.56%)	122 (86.52%)	3.38	1.11	10.30	0.02 <sup>a</sup>
ไม่มี	4 (4.44%)	19 (13.48%)				
ปัญหาาระบบทางเดินอาหาร						
มี	77 (85.56%)	107 (75.89%)	1.90	0.94	3.85	0.07 <sup>a</sup>
ไม่มี	13 (14.44%)	34 (24.11%)				
ปัญหาาระบบขับถ่าย						
มี	21 (23.33%)	40 (28.37%)	0.76	0.41	1.40	0.38 <sup>a</sup>
ไม่มี	69 (76.67%)	101 (71.63%)				
ความสามารถในการปฏิบัติ						
กิจวัตรประจำวัน						
ปฏิบัติเองไม่ได้เลย (สูญเสียทั้งหมด)	74 (82.22%)	105 (74.47%)	1.76	0.53	5.83	0.38 <sup>a</sup>
ปฏิบัติเองได้บางส่วน	12 (13.33%)	26 (18.44%)	1.15	0.30	4.43	
ปฏิบัติเองได้ทั้งหมด	4 (4.45%)	10 (7.09%)				

<sup>a</sup>Chi-square test <sup>b</sup>Fisher exact test <sup>c</sup>Univariate logistix regression

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร และคณะ

ตารางที่ 2 คุณลักษณะและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายลำซำ

ตัวแปร	การจำหน่ายลำซำ (n = 90)		ไม่ลำซำ (n = 141)		Crude OR	Lower	Upper	p-value
ผู้ดูแล								
เพศ								
ชาย	15	(16.67%)	30	(21.28%)	0.74	0.37	1.47	0.39 <sup>a</sup>
หญิง	75	(83.33%)	111	(78.72%)				
อายุเฉลี่ย ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.77	(13.53)	47.91	(13.24)	1.02	1.00	1.04	0.03 <sup>c</sup>
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	18	(20.00%)	28	(19.86%)				0.99 <sup>a</sup>
มัธยมศึกษา/ปวช.	27	(30.00%)	41	(29.08%)	1.02	0.48	2.20	
ปวส./อนุปริญญา/ มหาวิทยาลัยหรือสูงกว่า	45	(50.00%)	72	(51.06%)	0.97	0.483	1.96	
รายได้								
เพียงพอ	63	(70.00%)	115	(81.56%)	0.53	0.28	0.98	0.04 <sup>a</sup>
ไม่เพียงพอ	27	(30.00%)	26	(18.44%)				
การมีผู้ดูแลรอง								
ไม่มี	24	(26.67%)	33	(23.40%)				0.45 <sup>a</sup>
1 คน	39	(43.33%)	64	(45.39%)	0.84	0.43	1.62	
2 คน	17	(18.89%)	35	(24.83%)	0.67	0.31	1.46	
≥ 3 คน	10	(11.11%)	9	(6.38%)	1.53	0.54	4.34	
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ								
สุขภาพดี (ไม่มีโรคประจำตัว)	59	(65.56%)	113	(80.14%)				0.01 <sup>a</sup>
สุขภาพไม่ดี (มีโรคประจำตัว)	31	(34.44%)	28	(19.86%)	2.12	1.16	3.86	
ประสบการณ์การดูแล								
มี	29	(32.22%)	28	(19.86%)	1.90	1.04	3.49	0.03 <sup>a</sup>
ไม่มี	61	(67.78%)	113	(80.14%)				
ระดับความมั่นใจในการดูแล								
ระดับต่ำ	7	(7.78%)	2	(1.42%)	9.16	1.81	46.31	0.01 <sup>a</sup>
ระดับปานกลาง	49	(54.44%)	50	(35.46%)	2.57	1.47	4.48	
ระดับสูง	34	(37.78%)	89	(63.12%)				

<sup>a</sup>Chi-square test <sup>b</sup>Fisher exact test <sup>c</sup>Univariate logistix regression

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายลำตัว

ตัวแปร	การจำหน่ายลำตัว (n = 90)	ไม่ลำตัว (n = 141)	Crude OR	Lower	Upper	p-value
แรงสนับสนุนจากครอบครัว						
ระดับต่ำ/ไม่ดี	2 (2.22%)	11 (7.80%)	0.30	0.07	1.40	0.05 <sup>a</sup>
ระดับปานกลาง/พอใช้	22 (24.45%)	21 (14.89%)	1.73	0.88	3.39	
ระดับสูง/ดี	66 (73.33%)	109 (77.30%)				
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ						
ระดับปานกลาง/พอใช้	13 (14.44%)	24 (17.02%)	0.82	0.40	1.71	0.60 <sup>a</sup>
ระดับสูง/ดี	77 (85.56%)	117 (82.98%)				
ระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย						
ไม่มี	8 (8.89%)	62 (43.97%)				0.01 <sup>a</sup>
1-14 วัน	73 (81.11%)	75 (53.19%)	7.54	3.38	16.85	
≥ 15 วัน	9 (10.00%)	4 (2.84%)	17.44	4.35	69.94	

<sup>a</sup>Chi-square test <sup>b</sup>Fisher exact test <sup>c</sup>Univariate logistix regression

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการจำหน่ายลำตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เน้นการร่วมมือกันของบุคลากรทีมสุขภาพโดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และจำหน่ายได้ภายในเวลาที่กำหนด<sup>18</sup> อภิปรายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจำหน่ายลำตัวในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่พร้อมความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับความรุนแรงของโรคมาก หรือมีการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ต้องใช้เวลานานอนโรงพยาบาล เพื่อฟื้นหายก่อนกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และมีความจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เป็นต้น จึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายลำตัว สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจากการประคบอุบัติเหตุซึ่งมีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และจำหน่ายลำตัวมากกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป<sup>9</sup> ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ จากปัญหาความซับซ้อนของโรค ผู้ป่วยมีเหตุการณ์ทางการแพทย์หลายอย่างหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งพบว่าระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติที่นานขึ้นมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายลำตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤติจะจำหน่ายลำตัวมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้นอน<sup>9</sup> ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจ จากปัญหาการหายใจล้มเหลว ประกอบกับการมีเหตุการณ์ทางการแพทย์ เช่น ถูกเจาะคอ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ

มีความจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่นานขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า มีการจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้<sup>10</sup>

ด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาการเรียนรู้เพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยยาวนานขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พบว่าอายุที่มากขึ้นของผู้ดูแลส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>13,27,28</sup> รายได้ ที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแลหรือของครอบครัวในการจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการจำหน่ายผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พบว่ารายได้ของผู้ดูแลหรือของครอบครัวที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อจำหน่ายผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>13,27,28</sup> การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อการจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากมีความจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมของสุขภาพผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยตลยกรรมระบบประสาทที่สุขภาพไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>11</sup> ประสิทธิภาพการดูแล ผู้ดูแลที่ขาดประสิทธิภาพในการดูแลจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้น ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพการดูแลที่จะใช้ระยะเวลาน้อยกว่าในการดูแลเรื่องเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ดูแลส่งผลต่อการจำหน่ายผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>13,27,28</sup> ระดับความ

มั่นใจในการดูแล ผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจในการดูแลต่ำมีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการฝึกทักษะการดูแลเพื่อให้เกิดความมั่นใจจึงส่งผลกระทบต่อกรจำหน่ายผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พบผู้ดูแลที่มีระดับความมั่นใจในการดูแลต่ำส่งผลต่อการจำหน่ายล่าช้า<sup>13-15</sup>

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ครอบครัวที่มีแรงสนับสนุนในระดับต่ำ/ไม่ดีจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาแรงสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ครอบครัวที่มีแรงสนับสนุนระดับต่ำ/ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่า การขาดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวส่งผลให้มีการจำหน่ายล่าช้าถึงร้อยละ 49.80<sup>16</sup> ระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแล เมื่อต้องปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการมีระยะเวลาเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสั้นจึงมีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายสั้นมักจะจำหน่ายล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาวางแผนจำหน่ายยาว<sup>12</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยตลยกรรมระบบประสาทที่พบว่าระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายที่ยาวขึ้นช่วยลดการจำหน่ายล่าช้า และจำนวนวันของการจำหน่ายล่าช้าด้วย<sup>11</sup>

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าซึ่งต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ด้านผู้ป่วย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเกิดโรคร่วม การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านผู้ดูแล คือ เพศ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแลรอง ด้านแรง

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

สนับสนุนทางสังคม คือ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่าย การมีระบบการวางแผนจำหน่ายตลอดจนระบบสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพในแนวปฏิบัติเดียวกัน เป็นปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้า ในการศึกษาครั้งนี้กับการศึกษาที่ผ่านมาอาจมีบริบทการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้ดูแล รูปแบบการวางแผนจำหน่าย การมีระบบการวางแผนจำหน่าย ตลอดจนระบบสนับสนุนของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยใช้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อนำไปสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อลดการจำหน่ายล่าช้าและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป

### สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในครั้งนี้ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ป่วยที่มีปัญหาต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจ ด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ รายได้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ประสพการณ์การดูแล และระดับความมั่นใจในการดูแล ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการจำหน่ายล่าช้าสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายของทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามระยะเวลาที่

บุคลากรทีมสุขภาพวางแผนไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษายาบาลที่ดี เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว โรงพยาบาล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ

### ข้อเสนอแนะ

1) บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ครอบครัวในปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยจัดให้มีระยะเวลาการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เพื่อลดอัตราการจำหน่ายล่าช้าที่อาจจะเกิดขึ้น

2) บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการนำผลการศึกษาในปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอัตราการจำหน่ายล่าช้าที่อาจจะเกิดขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC) The proportion of health costs and the total household expenditure (GDP) year from 1993-2016. Available from website:[http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid=1260&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=18](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1260&template=1R1C&yeartype=M&subcatid=18) (in Thai)
2. National Health Security Office (NHSO). National health administration guidebook: consolidated management of medical services. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Tanapress; 2015. (in Thai)

3. Majeed MU, Williams DT, Pollock R, Amir F, Liam M, Foong KS, et al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1): 410-6. doi: 10.1186/1472-6963-12-410.
4. Challis D, Hughes J, Xie C, Jolley D. An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Inter J Geriatr Psychiatry.* 2013;29(1):106-14.
5. Zhao EJ, Yeluru A, Manjunath L, Zhong LR, Hsu HT, Lee CK, et al. A long wait: barriers to discharge for long length of stay patients. *Postgrad Med J.* 2018;94(1116): 546-50. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-135815.
6. Lim SC, Doshi V, Castasus B, Lim JKH, Mamun K. Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Annals Academy of Medicine.* 2006; 35(1):27-32.
7. Patel H, Yirdaw E, Yu A, Lisa Slater, Perica K, Pierce RG, et al. Improving Early Discharge Using a Team-Based Structure for Discharge Multidisciplinary Rounds. *Prof Case Manag.* 2019;24(2):83-9. doi: 10.1097/NCM.0000000000000318.
8. Barba R, Marco J, Canora J, Plaza S, Juncos SN, Hinojosa J, et al. Prolonged length of stay in hospitalized internal medicine patients. *Eur J Intern Med.* 2015;26(10):772-5. doi: 10.1016/j.ejim.2015.10.011.
9. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Ruscio ED, Vizioli M, Randazzo C, et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:128. doi: 10.1186/1472-6963-14-128.
10. Gehlbach BK, Salamanca VR, Levitt JE, Sachs GA, Sweeney MK, Pohlman AS, et al. Patient-related factors associated with hospital discharge to a care facility after critical illness. *Am J Crit Care.* 2011;20(5), 378-86.
11. Sreeprasarn P, Neelapaichit N. Effect of Proactive Discharge Planning on Delayed Hospital Discharge in Neurosurgical Patients. *The Bangkok Medical Journal.* 2020;16(1):62-6. (in Thai)
12. Bai AD, Dai C, Srivastava S, Smith CA, Gill SS. Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian Academic Medical Centre: retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19Z(35):1-9. doi. org/10.1186/s12913-019-4760-3.
13. Akkayagorn L, Chatrkaw P, Sriratanabal P, Manasvanich B, Sa-nguansap T, Meethavorn N, et al. Definition and influencing factors of difficulty hospital discharge using focus group. *Chula Med J.* 2017;61(4):511 - 24. (in Thai)
14. Tan WS, Chong WF, Chua KS, Heng BH, Chan KF. Factors Associated with Delayed Discharges after Inpatient Stroke Rehabilitation in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(6):435-41.
15. Moore G, Hartley P, Romero-Ortuno R. Health and social factors associated with a delayed discharge amongst inpatients in acute geriatric wards: A retrospective observational study. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(4): 530-7. doi: 10.1111/ggi.13212.
16. Rohatgi N, Kane M, Winget M, Haji-Sheikhi F, Ahuja N. Factors Associated With Delayed Discharge on General Medicine Service at an Academic Medical Center. *J Healthc Qual.* 2018;40(6):329-35. doi:10.1097/JHQ.0000000000000126.
17. Ou L, Chen J, Young L, Santiano N, Baramy LS, Hillman K. Effective discharge planning – timely assignment of an estimated date of discharge. *Aust Health Rev.* 2011;35(3):357-63. doi: 10.1071/AH09843.
18. McKeehan KM. Continuing care: a multidisciplinary approach to discharge planning. St. Louis: Mosby, 1981.
19. Anderson MA, Helms L. An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care. *Orthop Nurs.* 1993;12(4):41-9. doi: 10.1097/00006416-199307000-00012
20. Faul F. G\*Power version 3.1.9.2 [Internet]. 2014 [cited 2014 April 24]. Available from: <https://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
22. Panthong P, Phatisena T. The Empowerment of Caregivers for Rehabilitation of Stroke Patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *DPC.* 2018;24(2):57-66. (in Thai)
23. Jitapunkul S, Kamolrattankul P. Disability among the elderly living in Klong Toey Slum. *J Med Assoc Thai.* 1994;77:231-8. (in Thai)

*ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำหน่ายล่าช้าของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*

24. Jitapunkul S1, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai.* 1998;81(3):160-8. (in Thai)
25. Srijumnong N, Rawiworakul T, Lagampan S, Malatham P. The effect of self-efficacy promotion program for family caregivers of person with stroke at home. *Journal of Health and Nursing Research.* 2010;26(1):28-40. (in Thai)
26. Kawiwitwichai J. Relationship between selected factors uncertain feelings about illness social support and adaptation of breast cancer patients who received chemotherapy. Bangkok: Mahidol University; 1993. (in Thai)
27. Rojas-García A, Turner S, Pizzo E, Hudson E, Thomas J, Raine R. Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. *Health Expect.* 2018;21(1):41-56.
28. Everall AC, Guilcher SJT, Cadel L, Asif M, Li J, Kuluski K, et al. Patient and caregiver experience with delayed discharge from a hospital setting: a scoping review. *Health Expect.* 2019;22(5):863-73.