



## Original Article/นิพนธ์ต้นฉบับ

## สถานการณ์ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจำหน่ายได้

ศรีสุภา แก้วประพาพ<sup>1</sup>, ศรีนทิพย์ แสงสาตรา<sup>2</sup>, ขนิษฐา บุรณพันธ์<sup>3</sup>,  
กมลเศรษฐ์ เก่งการเรือ<sup>4</sup>, นภรัตน์ เอนกบุญย์<sup>5</sup>, สมศิริ บุญศิริ<sup>6</sup>

<sup>1</sup> งานสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสระบุรี สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

<sup>3</sup> งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>4</sup> งานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

<sup>5</sup> งานสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>6</sup> งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัญหาสถานการณ์ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถจำหน่ายได้ทั่วประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงปัญหาและเป็นแนวทางพัฒนาสร้างระบบการจัดการเพื่อให้เกิดมาตรฐานในระบบบริการสุขภาพในระดับนโยบายต่อไป

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาข้อมูลทางสังคมถึงปัญหาสถานการณ์ผู้ป่วยครองเตียงนาน ซึ่งนำไปสู่แนวทางการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยครองเตียงที่มีโรคซ้ำซ้อน และส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านใช้ศักยภาพในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า รวมทั้งศึกษาแนวทางพัฒนารักษาการเครือข่ายและระบบการจัดการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามจากบันทึกรายงานผู้ป่วยของนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถจำหน่ายได้ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

**ผลการศึกษา:** สถานการณ์ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่มีระยะเวลา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.8 และผู้ป่วยครองเตียงนานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.6 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบประสาท (ร้อยละ 39.5) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 36.4) และอยู่ในภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแล (ร้อยละ 65.9) ซึ่งเป็นปัจจัยให้จำหน่ายได้ยาก เมื่อนักสังคมสงเคราะห์ได้ปฏิบัติงานตามกระบวนการช่วยเหลือแล้วยังคงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งค้างอยู่ในหอผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องหาทรัพยากรเครือข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วย แต่ยังคงมีปัญหาด้วยข้อจำกัดหลายประการ

**สรุป:** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยไปดูแล และคิดว่าไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจำหน่ายผู้ป่วยครองเตียงนานที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล คือ การส่งต่อสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการทำให้ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยครองเตียงนาน กระบวนการสังคมสงเคราะห์ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

**Corresponding Author:** ศรีสุภา แก้วประพาพ

งานสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ +668 9133 6021 อีเมล srisuphakaew@gmail.com



## บทนำ

ปัจจุบันการศึกษาเชิงสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ยังมีจำนวนน้อยมาก โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาล ในประเทศที่พัฒนาแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จะมีทรัพยากรรองรับการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาล จึงไม่ค่อยพบปัญหาและรายงานการศึกษาอ้างอิงในกลุ่มดังกล่าว<sup>1</sup>

จากการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย พบว่าปัญหาสถานการณ์ปัจจุบันของงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทยคือ การพบผู้ป่วยค้างในหอผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลทั่วประเทศโดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถจำหน่ายได้<sup>2</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางสังคมถึงสถานการณ์ผู้ป่วยครองเตียงนานในหลากหลายประเด็น ทั้งภาวะสุขภาพ สังคม อารมณ์จิตใจ และเศรษฐกิจ ตลอดจนกระบวนการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การค้นหาข้อมูล การวางแผนช่วยเหลือ การจัดบริการทรัพยากร การพัฒนาระบบบริการ และการประสานเครือข่ายส่งต่อ ทำให้โรงพยาบาลสามารถรับผู้ป่วยโรคซับซ้อนมารักษาได้เพิ่มขึ้น มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และใช้ศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องชาญเฉพาะด้านในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า

## คำนิยาม

ผู้ป่วยครองเตียงนาน หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเกินความจำเป็นหลังแพทย์สิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถจำหน่ายได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาและมีการครองเตียงนอนในหอผู้ป่วยในเป็นระยะเวลาเกินความจำเป็นคือ เป็นผู้ป่วยที่เมื่อแพทย์สิ้นสุดการรักษา จึงเห็นสมควรจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน นักสังคมสงเคราะห์ใช้เวลาในการจัดการตามแผนการจำหน่ายแล้ว เป็นเวลา 10 วัน จากวันแพทย์สั่งจำหน่ายยังไม่สามารถจำหน่ายได้ ผู้ป่วยจึงต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าความจำเป็น ส่งผลกระทบต่อระบบการบริหารการรักษายาพยาบาลในหอผู้ป่วย เพิ่มงบประมาณ

คำรักษาพยาบาล และมีปัญหาในการพิจารณาการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยแล้ว หลังการรักษา มีสภาวะส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ไม่รู้สึกตัวเลย หรือบางรายอาจรู้สึกตัวหรือขยับตัวได้บ้าง หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ไม่เต็มที่

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิทั่วทุกภูมิภาคที่มีปัญหาไม่สามารถจำหน่ายได้ จำนวน 131 โรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์สำรวจตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

การศึกษาคำเนิการเฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจำหน่ายแล้วมีปัญหาไม่สามารถจำหน่ายได้ และส่งให้นักสังคมสงเคราะห์ในฐานะบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการต่อไปตามกระบวนการทำงานที่รับผิดชอบ เช่น ติดตามญาติ สืบค้นข้อมูล และประสานเครือข่าย โดยหลังจาก 10 วัน หากยังไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้มีปัญหาไม่สามารถจำหน่ายได้และยังคงต้องอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่ไม่สามารถกำหนดได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ทางทรัพยากรและมิติทางสังคม

การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยการจัดส่งทางไปรษณีย์และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ซึ่งมีการศึกษาย้อนหลังทั้งในผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วและผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในโรงพยาบาล โดยได้รับการตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 129 คน จาก 48 โรงพยาบาล

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทั่วไป 2) ด้านพยาธิสภาพทางร่างกาย 3) ด้านสภาวะทางครอบครัวและสังคม 4) ด้านสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ 5) ด้านการให้ความช่วยเหลือ 6) ด้านปัญหาและอุปสรรค และ 7) ด้านผลการดำเนินการ

จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18.0 (PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc; 2009) แสดงผลเป็นค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย



การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2558/109 เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 56.6 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่มีอาชีพหรือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 51.9 ด้านสัญชาติพบว่า ผู้ป่วยมีสัญชาติไทยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.6 รองลงมา คือ ผู้ป่วยต่างด้าว ผู้ป่วยพื้นที่สูง (ผู้ป่วยซึ่งอาศัยในประเทศไทย แต่ยังไม่ได้รับสถานะคนไทย) และผู้ป่วยต่างชาติ ตามลำดับ ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 61.2 และมีผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆ คิดเป็นร้อยละ 34.9

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 69.0 ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายได้ คิดเป็นร้อยละ 47.3 และไม่สามารถจำหน่ายได้ คิดเป็นร้อยละ 40.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาครองเตียงนานไม่ถึง 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองมาคือ 1 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 35.6 ที่น่าสนใจคือ มีผู้ป่วยครองเตียงนานเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.3 และผู้ป่วยครองเตียงนานเป็นระยะเวลา 11 - 15 ปี และมากกว่า 15 ปี

ขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด และระบบประสาทต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 28.7 มีค่ารักษาพยาบาลระหว่าง 100,001 - 500,000 บาท และมีค่ารักษาพยาบาลสูงสุดเท่ากับ 5,000,000 บาทขึ้นไป เมื่อพิจารณาค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงจนถึงวันจำหน่าย มีค่าใช้จ่ายรวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 33,272,195 บาท แบ่งเป็น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 16,192,899 บาท สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 644,583 บาท และสิทธิประกันสังคม จำนวน 244,507 บาท ขณะที่ค่ารักษาพยาบาลของผู้ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น ผู้ป่วยต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน จำนวน 11,576,581 บาท และผู้ป่วยที่ไม่มีเอกสารระบุ/ไม่ทราบที่มา จำนวน 1,055,449 บาท (ตารางที่ 2)

ด้านพยาธิสภาพทางร่างกายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และเป็นผู้ป่วยติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 36.4 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ จึงจำเป็นต้องวางแผนการรักษาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 56.6 ซึ่งเป็นสาเหตุที่แพทย์ยังคงต้องรับไว้รักษาและไม่สามารถจำหน่ายได้ รองลงมาคือ ผู้ป่วยต้องรับยาและพบแพทย์ตามนัด ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยที่ต้องรับการบำบัดทางจิต และมีโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งแม้จะมีจำนวนไม่มาก แต่เป็นข้อจำกัดในการส่งต่อ

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาล จำแนกตามระยะเวลาที่ถูกทอดทิ้งบนหอผู้ป่วย (n = 129)

ระยะเวลาที่ถูกทอดทิ้ง	จำนวน (%)
< 1 เดือน	49 (38.0)
1 - 6 เดือน	46 (35.6)
7 - 12 เดือน	17 (13.2)
1 - 5 ปี	12 (9.3)
6 - 10 ปี	3 (2.3)
11 - 15 ปี	1 (0.8)
> 15 ปีขึ้นไป	1 (0.8)

## ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิการรักษาและสัญชาติ

รายการ	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)		
	ค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริง ถึงวันที่เก็บข้อมูล หรือวันจำหน่าย	กรณีที่ยังไม่จำหน่ายผู้ป่วย ค่ารักษาสุทธิที่ต้องขอสงเคราะห์ จนถึงวันเก็บข้อมูล	กรณีจำหน่ายแล้ว ค่ารักษาสุทธิ ที่ต้องขอสงเคราะห์
<b>สิทธิการรักษา</b>			
รวมทั้งสิ้น	33,272,195	14,615,383	3,894,621
มีสิทธิ	17,081,989	3,879,480	1,480,275
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	16,192,899	3,879,480	1,472,661
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	644,583	-	7,614
ประกันสังคม	244,507	-	-
ไม่มีสิทธิ	16,190,206	10,735,903	2,414,346
คนไทยไม่ทราบสิทธิการรักษา	3,309,296	541,330	1,148,136
ต่างด้าวไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน	11,576,581	9,465,559	740,675
ผู้ป่วยพื้นที่สูง	86,014	-	81,014
ต่างชาติ	162,866	-	162,866
ไม่มีเอกสารระบุ/ไม่ทราบที่มา	1,055,449	729,014	281,655
<b>สัญชาติ</b>			
รวมทั้งสิ้น	33,272,195	14,615,383	3,894,621
ไทย	20,391,285	4,420,810	2,628,411
ต่างด้าว	11,576,581	9,465,559	740,675
พม่า	10,021,919	9,204,441	233,174
ลาว	1,059,312	261,118	12,151
กัมพูชา	495,350	-	495,350
ผู้ป่วยพื้นที่สูง	86,014	-	81,014
ต่างชาติ	162,866	-	162,866
อังกฤษ	56,583	-	56,583
มาเลเซีย	106,283	-	106,283
ไม่มีเอกสารระบุ/ไม่ทราบที่มา	1,055,449	729,014	281,655

ด้านสถานะทางครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยไม่มีครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 29.5 มีครอบครัวแต่ปฏิเสธผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 23.2 มีครอบครัวแต่ไม่สามารถตามญาติได้ คิดเป็นร้อยละ 21.7 และมีข้อจำกัดในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 19.4 ที่น่าสนใจคือ มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 14.7 ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนทรัพยากร การส่งเสริม

พลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อแก้ไขในสิ่งที่ปัญหา และข้อจำกัด จะช่วยให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้มากขึ้น

ด้านสถานะทางจิตใจและอารมณ์พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด คิดเป็นร้อยละ 38.0 แสดงพฤติกรรมในทางลบ คิดเป็นร้อยละ 17.1 รวมทั้งมีผู้ป่วยที่แสดงเจตจำนงไม่ประสงค์กลับบ้านและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย



ด้านการให้ความช่วยเหลือเพื่อจำหน่ายผู้ป่วย โดยดำเนินการช่วยเหลือตามกระบวนการสงเคราะห์การทำงานของนักสังคมสงเคราะห์คือ การติดตามญาติ การประสานเครือข่าย และการส่งสถานสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 93.0 ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 45.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ด้านปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้พบว่า ส่วนใหญ่มาจากปัญหาตัวผู้ป่วยเอง และปัญหาญาติ โดยผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 65.9 ไม่มีที่อยู่อาศัย คิดเป็นร้อยละ 52.7 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 47.3 ญาติไม่พร้อมรับดูแล คิดเป็นร้อยละ 37.2 ติดตามญาติไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 34.1 ญาติทอดทิ้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.0 นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ได้แก่ การถูกปฏิเสธจากเครือข่ายส่งต่อ คิดเป็นร้อยละ 25.6 ซึ่งในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล นักสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องหาทรัพยากรทางสังคมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่าย โดยหน่วยงานที่ปฏิเสธการส่งต่อมากที่สุดคือสถานสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 21.7 (ตารางที่ 4)

ด้านผลการดำเนินการของการจำหน่ายผู้ป่วยพบว่าสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 46.5 โดยนำส่งสถานสงเคราะห์ และมีญาติมาติดต่อรับกลับ คิดเป็นร้อยละ 17.1 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยยังคงรับการดูแลในหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 41.9 และมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอกระบวนการจำหน่ายหรือส่งสถานสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 11.6

## อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาปัญหาสถานการณ์ครองเตียงนานในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถจำหน่ายได้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 2 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 84 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก และโรงพยาบาลสามารถเบิกเงินชดเชยได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นงบประมาณแผ่นดินที่มาจากภาษีของประชาชน<sup>3</sup>

**ตารางที่ 3** การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์

รายการ	จำนวน (%)
การติดตามญาติ	120 (93.0)
การประสานเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วย	99 (76.7)
การส่งสถานสงเคราะห์	58 (45.0)
การวางแผนดำเนินการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพภายหลังจำหน่าย	52 (40.3)
การให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย	52 (40.3)
การเยี่ยมบ้าน	44 (34.1)
การปรับทัศนคติผู้ป่วยและญาติ	41 (31.8)
การดำเนินงานด้านเอกสารประจำตัวให้ถูกต้อง	34 (26.4)
การสร้างเครือข่าย	17 (13.2)
การให้เงินทุนสนับสนุน	17 (13.2)
การประสานส่งต่อกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด	15 (11.6)
การประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์/วิทยุเสียงตามสาย/สื่ออิเล็กทรอนิกส์	13 (10.1)
การสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย	13 (10.1)
การจัดหาสถานที่รองรับชั่วคราว เช่น สถานบำบัด ศูนย์พักฟื้นดูแลผู้ป่วย	13 (10.1)
การประสานงานส่งกลับประเทศภูมิลำเนา	3 (2.3)
ไม่ทราบข้อมูล	1 (0.8)

เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

#### ตารางที่ 4 ปัญหาจากเครือข่ายส่งต่อที่เป็นสาเหตุให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้

รายการ	จำนวน (%)
<b>การส่งต่อ</b>	
ไม่ปฏิเสธการส่งต่อ	96 (74.4)
ปฏิเสธการส่งต่อ	33 (25.6)
โรงพยาบาลต้นสังกัด	2 (1.6)
สถานสงเคราะห์	28 (21.7)
สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง	4 (3.1)
ตำรวจพื้นที่	1 (0.8)
วัด	3 (2.3)
<b>เหตุผลจากโรงพยาบาลต้นสังกัด</b>	
เตียงไม่ว่าง ไม่พร้อมรับดูแล	1 (0.8)
<b>เหตุผลจากสถานสงเคราะห์</b>	
ไม่มีผู้ดูแลตามพยาธิสภาพ โรคของผู้ป่วย และอ้างว่าสถานที่ไม่เหมาะสม	9 (6.9)
ประสานงานแล้วต้องรอคิวเข้าสถานสงเคราะห์โดยไม่ทราบว่าจะได้เมื่อไร	11 (8.5)
ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้	33 (25.6)
ผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ คุณสมณะ	2 (1.6)
ไม่มีสถานสงเคราะห์รับดูแลผู้ป่วยต่างด้าว	2 (1.6)
ไม่มีหลักฐานแสดงตน	2 (1.6)
ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาโรคติดเชื้อวัณโรค	1 (0.8)
ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี	1 (0.8)
<b>เหตุผลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง</b>	
ตำรวจตรวจคนเข้าเมืองเกรงว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตระหว่างขนย้ายไปสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่	1 (0.8)
ตำรวจตรวจคนเข้าเมืองไม่ตอบรับจดหมายส่งตัวผู้ป่วย	1 (0.8)
สถานที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล	2 (1.5)
<b>เหตุผลจากตำรวจพื้นที่</b>	
สถานที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแล	1 (0.8)
<b>เหตุผลจากวัด</b>	
ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่นเวลาอาการกำเริบ	2 (1.6)
พระไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	1 (0.8)

เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลมีระยะเวลาต่ำสุดเท่ากับ 1 วัน และสูงสุดเท่ากับ 7,582 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 265.26 วัน ทำให้ลดโอกาสการรับผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นเหตุให้จำหน่ายได้ยาก อีกทั้งผู้ป่วยที่ครองเตียงนานในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

(Nosocomial infection) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงความสูญเสียและความสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งนับเป็นมูลค่ามหาศาล<sup>4</sup>



ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพร่างกายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอัมพาต นอนติดเตียง และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท แผนการรักษาพยาบาลมีผลให้จำหน่ายไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังคงต้องทำกายภาพบำบัด รับประทานยา หรือต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว อีกทั้งผู้ป่วยบางรายยังมีภาวะของโรคติดต่อ เช่น วัณโรค และโรคติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus, HIV) มีรายงานการศึกษาว่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองแตกเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 4,669 บาทต่อเดือน ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าคนทั่วไปมาก ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในการทำงานหรือถูกเลิกจ้าง เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากความพิการไม่สามารถกลับไปทำอาชีพเดิมได้ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup>

กลุ่มโรคที่จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม เนื่องจากโรคในกลุ่มนี้มักเป็นโรคเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดเป็นภาระหนักแก่ญาติหรือผู้ดูแลสาเหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถจำหน่ายออกได้ประมาณครึ่งหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการของโรคเฉียบพลัน หรืออาการยังไม่คงที่ แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือ แพทย์เจ้าของไข้ประเมินว่าร้อยละ 71.7 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องทำการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ หากมีสถานพยาบาลที่สามารถรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปรักษาต่อได้ จะทำให้มีพื้นที่ในการรับผู้ป่วยเข้ามารักษาได้มากขึ้น

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ไม่มีครอบครัว ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับโรค ดังนั้น เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่าย จึงทำให้ไม่สามารถจำหน่ายได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดและมีพฤติกรรมในทางลบ เช่น ก้าวร้าว เอะอะ และไววาย ทำให้ญาติไม่ยินดีรับกลับไปดูแลที่บ้าน อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการครองเตียงนานที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยยังมีจำนวนน้อยมาก อีกทั้งไม่ได้ศึกษารวมถึงด้านอารมณ์และจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ความเป็นจริงนอกจากการใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ไม่คุ้มค่าแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ดังการศึกษาปัจจัยด้านบริบทองค์กร ปัญหาที่

พบบ่อย คือโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการไหลเวียนเข้าออกของผู้ป่วย ทำให้อัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ที่ทำเรื่องนี้ไม่เพียงพอ<sup>6</sup> ซึ่งน่าจะมีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญงานต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ควรจำหน่ายกลับบ้านได้ เป็นการเพิ่มภาระและความเครียดให้กับบุคลากรด้วย

การดำเนินการให้ความช่วยเหลือโดยนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะทีมสหสาขาวิชาชีพ รับผิดชอบด้านการจำหน่ายผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษา วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยตามหลักวิชาชีพตามกระบวนการทำงานทันทีที่ได้รับแจ้งจากทีมรักษา โดยการติดตามญาติ ประสานชุมชนและเครือข่ายต่างๆ การจัดหาทรัพยากรทางสังคมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดการให้ผู้ป่วยมารักษาอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมพลังอำนาจ ปรับทัศนคติและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นประเด็นปัญหา ช่วยให้ญาติหรือชุมชนสามารถรับผู้ป่วยกลับไปดูแลได้ ในกรณีผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลนานเป็นเวลาหลายปี การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยญาติควรได้รับการอบรมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สร้างเจตคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วย<sup>7</sup> จากผลการดำเนินงานในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยครองเตียงนานในโรงพยาบาลสามารถจำหน่ายออกได้มากกว่า 50% ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

ปัญหาและอุปสรรคจากตัวผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงานเครือข่ายส่งต่อ มีความสัมพันธ์กันและเป็นเหตุให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ โดยพบว่า หากผู้ป่วยมีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ติดเตียง และต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การเจาะคอสำหรับต่อท่อเครื่องดูดเสมหะ เป็นปัญหาที่ทำให้ญาติไม่พร้อมดูแลและทอดทิ้งผู้ป่วย อีกทั้งญาติหรือผู้ดูแลเข้าใจว่ายังไม่สิ้นสุดการรักษา และคิดว่าตนไม่มีความรู้ความสามารถในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในอดีตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อให้ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้

ในกรณีหน่วยงานเครือข่ายส่งต่อเช่น สถานสงเคราะห์ มักจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยติดเตียงและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไปดูแลต่อด้วยเหตุผลข้อจำกัดหลายประการเป็นเงื่อนไขที่ทำให้รับผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์จำนวนน้อยมาก การรอเรียกตัวตามลำดับมีระยะเวลานานนับปี และสถานสงเคราะห์ยังมีทัศนคติว่าผู้ป่วยติดเตียงต้องนอนในโรงพยาบาลและ

ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น ทั้งนี้ในประเทศไทยยังมีปัญหาสถานสงเคราะห์ไม่เพียงพอ โดยสถานสงเคราะห์ที่สามารถรับผู้ป่วยติดเตียงไปดูแลต่อได้มีเพียง 3 แห่ง คือ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา และ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการกาญจนาภิเษม จังหวัดชลบุรี

ข้อเสนอแนะด้านกระบวนการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความพยายามในการติดตาม ประสานความช่วยเหลือ และทำความเข้าใจกับญาติและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่แล้ว แต่ยังคงพบผู้ป่วยค้างอยู่ในหอผู้ป่วยจำนวนหนึ่งทั้งที่มีญาติและไม่มีญาติ ในกรณีผู้ป่วยมีญาติ นักสังคมสงเคราะห์ควรให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรก ซึ่งจะช่วยประเมินปัญหาต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐฐานะ และอื่นๆ เพื่อเตรียมการช่วยเหลือ เช่น การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับสภาพแวดล้อม การสร้างความมั่นใจให้ญาติและผู้ดูแลด้วยการส่งเสริมพลังอำนาจ โดยนักสังคมสงเคราะห์จะต้องให้ความมั่นใจว่าจะอยู่เคียงข้าง ไม่ทอดทิ้ง และคอยให้คำปรึกษาช่วยเหลือโดยไม่ให้เผชิญปัญหาตามลำพัง ในกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ หากประสานเครือข่ายชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และสามารถหาอาสาสมัครช่วยดูแลในชุมชนตามนโยบายของรัฐบาล<sup>8</sup> ซึ่งสนับสนุนให้มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ และการติดตามทรัพยากรชุมชนใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้จำหน่ายผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากนักสังคมสงเคราะห์ได้รับการแจ้งส่งต่ออย่างรวดเร็ว จะช่วยให้วางแผนการช่วยเหลือและจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ หากมีปัญหาที่แก้ไขยากควรมีการประชุมทีม (Conference) ทั้งหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก โดยปัญหาจากองค์กรภายนอกต่างๆ และสถานสงเคราะห์ นับเป็นระบบเครือข่ายที่ควรมีการประชุมทำบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of understanding, MOU) เพื่อมีส่วนร่วมในการ สร้างองค์ความรู้ แผนนโยบาย ปรับทัศนคติ พัฒนาระบบปฏิบัติการสื่อสารและเทคโนโลยี ระบบข้อมูลที่ทันสมัย ลดเอกสารและขั้นตอนต่างๆ ในการพิจารณาผู้ป่วยไว้ในสถานสงเคราะห์ที่เอื้อต่อกัน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากการออกแบบงานวิจัยใช้คำถามปลายเปิด โดยสอบถาม

ความคิดเห็นและให้เลือกตอบตามประเด็น คำตอบที่ได้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและซ้ำซ้อนกันเมื่อนำมาแบ่งกลุ่มคำตอบ ข้อสรุปจึงกว้างมาก การศึกษาต่อไปในอนาคตจึงควรออกแบบงานวิจัยให้เฉพาะเจาะจงและอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมากขึ้น รวมถึงศึกษาสถานการณ์ของสถานสงเคราะห์ในประเทศไทยในการรับภาระดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และสภาวะการพึ่งพิงทรัพยากรชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของคนในพื้นที่ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนต่างจังหวัดหรือชนบท

## สรุปผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาสถานการณ์ผู้ป่วยที่จำหน่ายไม่ได้ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในหลายมิติ ทั้งภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองทำให้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีอาชีพ ไม่มีที่อยู่อาศัย รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้ญาติไม่ประสงค์ที่จะรับไปดูแล หากจะใช้กระบวนการสังคมสงเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรได้รับการส่งต่อปรึกษาผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลและมีแนวโน้มว่าจะจำหน่ายได้ยาก เพื่อให้ นักสังคมสงเคราะห์ติดตามญาติ ประสานเครือข่ายชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และคำพาหนะ ปรับสภาพแวดล้อม ตลอดจนปรับทัศนคติและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีด้วยกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว หากดำเนินการตามกระบวนการช่วยเหลือแล้วแต่ยังไม่สามารถจำหน่ายได้ ควรจัดการส่งต่อทรัพยากรอื่น เช่น สถานสงเคราะห์ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการทำให้ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ การแก้ปัญหาดังกล่าวนี้เป็นอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและจัดทำแผนงานบูรณาการโดยทุกภาคส่วน

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย ในปีงบประมาณ 2558 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริพรรณ ศรีมีชัย อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ปรึกษาในการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยทบทวนตรวจสอบ ตลอดจนนักสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้



## References

1. Kaewprapra S. Medical social worker training. Presented at: New York-Presbyterian Hospital and Mount Sinai Hospital; May-June, 2004; New York, USA.
2. The Thai Medical Social Workers Association, Medical Social Worker Conference; August 13-15, 2014; Bangkok, Thailand.
3. National Health Security Office (NHSO). National Health Insurance Act 2007. [http://www.acfs.go.th/km/download/act\\_healthy\\_2550.pdf](http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf). Published March 19, 2007. Accessed September 20, 2018.
4. Meangboon P, Apisarnthanarak A. Nosocomial infection in community hospital. *Moh Chao Ban*; 2007. <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7476>. Accessed June 14, 2016.
5. Moongkhetklang V. *Financial Expenditure of Patients with Stroke* [master's thesis]. Bangkok, Thailand: Mahidol University; 1998.
6. Manasvanich B, Chatkaew P, Sriratana P, et al. Situational analysis of difficulty in discharging inpatients from tertiary care hospitals and development of guideline to facilitate discharge processes and downstream referrals; phase 1. Health Systems Research Institute (HSRI), Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2015. <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4416?show=full>. Accessed September 20, 2018.
7. Prajantasen Y, Phimpdeed J. From abandonment to community. Khon Kean, Thailand: Khon Kean Rachanakharin Psychiatrist Hospital; 2006. <http://www.jvkk.go.th/researchnew/qresearch.asp?code=2504>. Accessed September 20, 2018.
8. Bureau of the Permanent Secretary of MOPH; Hifocus Website. <https://www.hfocus.org/content/2016/08/12512>. Published August 8, 2016. Accessed September 10, 2018.

## Original Article/นิพนธ์ต้นฉบับ

**A Situation of Long-term Patients in the Hospital Who Could Not Be Discharged**

**Srisupha Kaewprapran<sup>1</sup>, Sarintip Saengsartra<sup>2</sup>, Khanittha Booranaphansak<sup>3</sup>,  
Kamolset Kangerrure<sup>4</sup>, Naparat Anekboon<sup>5</sup>, Somsiri Boonsiri<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Social Service Section, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Social Work Department, Saraburi Hospital, Saraburi, Thailand

<sup>3</sup> Social Work Department, Thammasat University Hospital, Pathum Thani, Thailand

<sup>4</sup> Social Welfare Promotion Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand

<sup>5</sup> Social Welfare Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

<sup>6</sup> Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration General Hospital, Bangkok, Thailand

**Abstract**

**Background:** In Thailand, the situation of prolonged stay patients tends to increase, especially at the secondary and tertiary care hospitals. The study aims to state this problems and give guidelines to develop management system that could set a standard for health care service.

**Objectives:** To study social background information about the prolonged-stay patients that will lead to planning guideline assisting the prolonged-stay patients with multiple medical condition. Promote medical personnel specialist to use their potential worthily and study guideline to develop network resources and discharge plan efficiently.

**Methods:** A questionnaire-based survey study used data from patient records collected by medical social works. Data analysis was used descriptive statistics.

**Results:** Of the long-term patients in hospitals, 86.8% were stayed for a year; 1.6% were stayed longer than 10 years. Most of patients were diagnosed with stroke (39.5%), unable to assist themselves (36.4%), and unsupported from the family (65.9%). These factors were caused difficulties in discharging them from the hospital. Social work intervention were used and found that some of patients were still remained in the wards and it needs network resources to transfer them through facing a lot of limitations.

**Conclusions:** Because of patients unable to self-care by themselves, these mentioned reasons makes the family and government foster home refuse to take care. Moreover, they not have the knowledge of care management. The only solution being done was referral to the government foster home which so difficult to being served.

**Keywords:** Long-term patient, Social work intervention, Discharge planning

**Corresponding Author:** Srisupha Kaewprapran

Social Service Section, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand.

Telephone: +668 9133 6021 E-mail: srisuphakaew@gmail.com

