

การพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน

โดย

นางสาวจันทิพย์ จันทรพงษ์

นางนงนุช แย้มวงษ์

นายแพทย์พิชัย จันทรศรีวงศ์

นางจุฬาลักษณ์ ณ ลำปาง

นางสาวนฤมล กะการดี

นางสาวสายฝน พรหมยาดี

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินรายได้ประจำปี 2553

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1 ธันวาคม 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) พัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในทุกหอผู้ป่วยสังกัดฝ่ายการพยาบาล (2) ศึกษาอุปสรรคและปัญหาของระบบการจำแนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ (3) ศึกษาความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจำนวน 1,436 คน และ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 161 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย แบบแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินได้ เท่ากับร้อยละ 86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ T-test.

ผลการวิจัย พบว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน มีปัญหาและอุปสรรค 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย และด้านระบบงาน ซึ่งการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงระบบ โดยปรับเกณฑ์ให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และจัดการอบรมให้ความรู้ในการแยกประเภทผู้ป่วย เกณฑ์การประเมิน และการหาค่าความสอดคล้องในการประเมินตามตัวบ่งชี้ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ การสอนและการกระตุ้นประกอบจิตใจ ซึ่งภาพรวมของการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีค่าคะแนน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.98 เป็นร้อยละ 82.31 คะแนน และความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการแยกประเภทผู้ป่วยหลังการอบรม เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.87$) เป็นระดับดี ($\bar{X}=3.38$) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ฝ่ายการพยาบาลควรมีการทบทวนเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และมีการสำรวจค่าความสอดคล้องในการประเมินเป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการดูแลจากการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

คำสำคัญ การจำแนกประเภทผู้ป่วย ภาระงาน การจัดอัตรากำลัง

ABSTRACT

The purposes of this research were: 1) to development the Patient Classification System, 2) to study the problems related to the Patient Classification System, and 3) to study the professional nurse knowledge in the Patient Classification System.

The populations were 1,436 patients, in addition to 161 samplings of professional nurses. The criteria of patient classification and questionnaire were used as the research instruments. The content validity of the questionnaires was verified and approved by three professional nurses .The Inter-rater reliability was 86%, which was lower than standard (90-95%). Statistical devices used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and t- test.

The research results are as follows. 1) The problems related to the Patient Classification System consist of 3 factors, such as; (1) nurses personnel factor, (2) criteria of patient classification, and (3) system of work. 2) The system development contains the criteria reformation for simply comprehension, and nurses education about the patient classification and the evaluation criteria. The inter-rater reliability of index evaluation, the daily activity, the nursing intervention and drug administration, the vital signs observation and monitoring, and the patient/family advice and supportive treatment are also needed to be trained. 3) The totally patient classification inter-rater reliability value, before and after the development, increases from 67.98% to 82.31%, and the professional nurse knowledge in the Patient Classification System level , before and after the development, increases from fair level ($\bar{X}$ =74.93) to high level ($\bar{X}$ =88.85); as a sequence. The knowledge mean score before and after development, moreover, are different significant in line with statically at 0.05. As a result, the criteria of patient classification should be regularly reviewed, and the inter-rater reliability and outcome of nursing care should be additionally continuous evaluated.

Keyword: Patient Classification, Workload, Staffing

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบความคิดการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดในการจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	8
แนวคิดการจัดอัตราค่าลังทางการพยาบาล.....	15
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดอัตราค่าลังบุคลากรทางการพยาบาล.....	16
การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล.....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	27
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	38
สรุปการวิจัย.....	38
อภิปรายผล.....	40
ข้อเสนอแนะ.....	41
บรรณานุกรม.....	43
ภาคผนวก.....	45
ก ตัวอย่างคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	46
ข ตัวอย่างแบบฟอร์มจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	49
ค แบบสอบถามความรู้พยาบาลวิชาชีพ.....	50

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตามประเภทเฉลี่ยในแต่ละวัน และจำแนกตามหอผู้ป่วยระหว่างเวรเช้า ถึง เวิร์ดิก.....	32
ตารางที่ 4.2	ค่าความสอดคล้องในการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยรวมและรายหอผู้ป่วย.....	33
ตารางที่ 4.3	เปรียบเทียบค่าความสอดคล้องในการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยรวมและรายหอผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา.....	34
ตารางที่ 4.4	แสดงสาเหตุและปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	35
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา.....	36
ตารางที่ 4.6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา.....	37

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นสถานบริการสุขภาพที่เปิดดำเนินการได้ประมาณ 10 ปี เป็นแหล่งสำหรับฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ค้นคว้าวิจัยและประสานงาน และอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ต้องบริหารจัดการแบบนอกระบบ จึงจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในการจัดอัตราค่าสิ่งในการขึ้นปฏิบัติงานของสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ นอกจากนี้จะคำนึงถึงคุณภาพการให้บริการแล้ว ต้องระมัดระวังเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าตอบแทนต่างๆ และจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ที่กำหนดเป้าหมายให้มีการปรับยุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่ดี โดยปรับบทบาทภารกิจและวิธีการบริหารระบบราชการแนวใหม่ ในการปรับโครงสร้างให้ลดขนาดและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริหารงานบุคคล และจำนวนบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการพิจารณาถึงต้นทุนบริการ และควบคุมค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในหลายด้าน ซึ่งประเด็นเรื่องอัตราค่าสิ่งคน เป็นเรื่องที่ถูกนำมาทบทวน ปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการค่าสิ่งคน ที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของการควบคุมค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วย (กฤษฎา แสงวดี, 2545) ซึ่งการพยาบาลเป็นอาชีพเกี่ยวกับการให้บริการด้านการรักษาสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในสังคมส่วนรวม ดังนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาล จึงมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา การพยาบาลจึงต้องการผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีมาตรฐานทางการพยาบาล สามารถวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ และปัญหาที่เป็นผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่การพยาบาลจะได้ตามผลที่มุ่งหวังนั้น จะต้องเกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป จากการปฏิบัติตามแบบแผน (Routine) ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีระบบ และเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยปัจจุบันมุ่งเน้นการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อสนองความต้องการเฉพาะบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างออกไปตามลักษณะอาการของโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนความต้องการในการสอนและให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยให้

สอดคล้องกับกลไกของร่างกายของแต่ละคน (Homodynamic) โดยการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการประเมินอาการปัญหา กำหนดปัญหา วางแผนแก้ไข ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการ จึงต้องอาศัยหลักวิชา ทักษะและประสบการณ์เป็นอย่างมาก นอกจากนี้ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน ที่มีภาระงานหนักเพิ่มขึ้น การศึกษาภาระงานและการจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลให้เข้าปฏิบัติงาน รวมทั้งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบที่เหมาะสมนั้น จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาคนล้นงานหรืองานล้นคน เพราะการทำงานบริการพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยและสิ่งแวดล้อมหลายประการ เช่น ปริมาณงานหรือภาระงาน (Workload) ความต้องการการพยาบาล (Nursing needs) ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ การให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ และจำนวนเวลาการพยาบาลที่นอกเหนือจากการพยาบาลโดยตรง เช่น การบริหารงานทั่วไป การติดต่อสื่อสารประสานงาน การบันทึก การรายงาน และงานพิเศษอื่นๆ ซึ่งจำนวนเวลาที่จะต้องให้การพยาบาลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมก็ต้องขึ้นอยู่กับการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของระยะเวลาในการให้การพยาบาลด้วย

การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล (Staffing) เป็นขั้นตอนในการวางแผนทรัพยากรมนุษย์โดยมีเกณฑ์การจัดอัตรากำลังอย่างเป็นขั้นตอน คือ การประเมินประเภทผู้ป่วยเพื่อหาความต้องการในการพยาบาล แล้วนำมาคำนวณอัตรากำลังของบุคลากรในแต่ละระดับ ซึ่งความต้องการในการให้การพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท มีความแตกต่างกันตามลักษณะของหอผู้ป่วย การจำแนกประเภทผู้ป่วยมีความสำคัญ สามารถนำไปเป็นภาระงานที่ใช้ในการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรในแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพ รวมทั้งการคำนวณผลผลิตทางการพยาบาล ที่เน้นการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ไม่เกิดปัญหาการว่างงานซ้อนเร้น หรือคนล้นงาน หรือภาระงานหนักเกินไป เพราะมีอัตรากำลังน้อย หรือในหอผู้ป่วยที่ต้ออาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือเทคโนโลยีขั้นสูง การจัดอัตรากำลังก็ต้องแตกต่างกันไปตามลักษณะความหนักเบาของผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีหลายสถาบันได้ทำการศึกษาวิจัยไว้ แต่เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติ พบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการจำแนกประเภทผู้ป่วยหลายประการ ที่อาจเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการคำนวณภาระงานและการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบุคลากรโดยการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อหาปริมาณเวลาของการพยาบาล พบว่า ยังมีปัญหาความแตกต่างของประเภทผู้ป่วย หรือการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย จึงใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการคำนวณปริมาณงาน (Gillies, 1994) และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและเที่ยงตรงในการหาปริมาณงานของบุคลากร (William, 1988) องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการแยกประเภทผู้ป่วย ระบบการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ขอบเขตการรายงาน ในการจัดอัตราค่าจ้าง กระบวนการในการควบคุมระบบ และการบริหารจัดการระบบการรายงาน ข้อมูล (Jelnek & Pierce, 1982) ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาล จะช่วยเพิ่มพูนคุณภาพของการพยาบาลในแต่ละหน่วยงานสามารถใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นกระบวนการที่มีความเที่ยงตรงในการหาปริมาณงานการพยาบาล และการจำแนกชนิดผู้ป่วยในหน่วยงาน เป็นเครื่องมือการประเมินรูปแบบของการพยาบาลใน หน่วยงาน และเป็นวิธีการในการให้บริการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาล (Holly, 1989) จะเห็นได้ว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วย จึงเป็นงานขั้นต้นที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องดำเนินการ เพื่อจัดอัตราค่าจ้าง ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลต้องศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องภายใต้สถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่น ความซับซ้อนของการเจ็บป่วย จำนวนผู้ป่วย ประสิทธิภาพและ ทักษะเชิงวิชาชีพ นโยบายด้านงบประมาณ จำนวนอัตราค่าจ้างที่มีและการกำหนดมาตรฐานที่ เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว การจัดสรรค่าจ้างคนเป็นร้อยละของการพิจารณาการใช้เวลาของคน (พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2529) และการวัดการใช้ทรัพยากรในเรื่องการทำงานของพยาบาล เป็นการ วัดปริมาณเวลาที่ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาน้อยตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (Sullivan et al., 1994)

การวัดปริมาณภาระงานให้ได้ถูกต้องและครอบคลุม จะพบปัญหาเกี่ยวกับความ แตกต่างของประเภทผู้ป่วย (PCS: Patient classification system) ที่เข้ามาช่วยจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน แล้ววัดปริมาณเวลาที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละประเภทจากการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในการคำนวณหาปริมาณภาระงานพยาบาล ซึ่งเป็นระบบที่ยอมรับและ ใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการพยาบาล เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นลักษณะการ ปฏิบัติงานของบุคลากรระดับปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน และนำไปวิเคราะห์ภาระงานเพื่อ ปรับปรุงการจัดสรรบุคลากรได้อย่างถูกต้อง ถูกคน ถูกเวลา ทำให้ใช้ทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างเต็ม ประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาปริมาณเวลาในการพยาบาลโดยใช้ระบบการจำแนกผู้ป่วยนั้น พบว่า ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน (เฉลิมศรี สรทรง, 2526) เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีลักษณะผู้ป่วย จำนวนและระดับบุคลากรทางการ พยาบาลตลอดจนถึงแวดล้อมต่างๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่ง จอห์นสัน (Johnson, 1984) กล่าวว่า ระบบการ จำแนกประเภทผู้ป่วย (Patient classification system) เป็นระบบที่จัดผู้ป่วยเป็นลำดับชั้นและกลุ่ม ต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย ความต้องการการตอบสนองด้านต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณ และประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือจัดระบบการ ปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการประมาณการค่าจ้างบุคลากร ทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ในการนำระบบการจำแนกผู้ป่วยมาใช้จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการ จำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งอาจสร้างขึ้นใหม่หรือดัดแปลงตามความเหมาะสม แล้วนำมาหาความ

เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ก่อนเสมอ เพราะชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละโรงพยาบาลจะไม่เท่ากัน โดย Vanputte (1985) สนับสนุนให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องสร้างดัชนีปริมาณภาระงาน (Workload index) เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการจัดอัตรากำลังในหน่วยงาน เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาล จำนวนและประเภทบุคลากร การใช้ประโยชน์จากบุคลากร ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของแต่ละแห่งแตกต่างกันไป การจัดบุคลากรเพื่อรักษาคุณภาพบริการพยาบาลไว้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องคำนึงถึงการใช้เวลาในการปฏิบัติงานร่วมกันกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อให้แต่ละหน่วยงานมีอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย อันจะทำให้เกิดผลดีต่อองค์กร

ระบบการจำแนกผู้ป่วยที่สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถกำหนดจำนวนบุคลากรที่ต้องการในแต่ละวันแต่ละเวรในทุกๆ หน่วยงาน ทำให้วางแผนอัตรากำลังล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการมอบหมายงานและการจัดตารางเวรที่เหมาะสม เท้าเทียมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน มีการกระจายงานอย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถ เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้มีการนำระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาใช้ในการคำนวณอัตรากำลังมาระยะหนึ่ง พบว่า ในการแยกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนนั้น ยังขาดความรู้ ความเข้าใจและมีความโน้มเอียงในการแยกประเภทผู้ป่วยโดยพยายามให้เห็นว่ามีภาระงานมากกว่าหน่วยงานอื่น มีการแยกประเภทผู้ป่วยโดยใช้ความเคยชิน ไม่ได้ประเมินโดยการนำความรู้หรือเกณฑ์ที่กำหนดให้มาตัดสินว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใดอย่างแท้จริง ส่งผลให้การจัดอัตรากำลังในบางเวรมีจำนวนบุคลากรมากเกินไปจนเกินไป ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าตอบแทนค่อนข้างสูง คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้เป็นทิศทางเดียวกัน และสามารถนำผลการวิจัยและพัฒนาไปปรับปรุงความรู้และทักษะในการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้อง และสามารถวิเคราะห์อัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 พัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ทุกหอผู้ป่วยสังกัดฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

2.2 ศึกษาอุปสรรคและปัญหาของระบบการจำแนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

2.3 ศึกษาความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

3. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) มุ่งศึกษาและพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมีการให้ความรู้ในเทคนิควิธีการติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งอุปสรรคปัญหาในการพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน โดยศึกษาเฉพาะ หอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยวิกฤติ ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2553 – กรกฎาคม 2553

4. นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย (Patient classification system) หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความต้องการการพยาบาลจากมากที่สุด จนถึงความต้องการการพยาบาลที่น้อยที่สุด โดยพิจารณาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ภาระงาน (Workload) หมายถึง ปริมาณงานที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งวัดได้จากจำนวนของการบริการ (Unit of service)

ชั่วโมงการพยาบาล (Nursing care hour) หมายถึง จำนวนเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการให้การดูแลผู้ป่วย โดยจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ชั่วโมงการพยาบาลผันแปร (Variable hour of nursing care) เป็นชั่วโมงการพยาบาลที่ผันแปรตามปริมาณ และประเภทผู้ป่วย เช่น ถ้ามีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก ชั่วโมงความต้องการการพยาบาลก็มากขึ้น หรือผู้ป่วยหนักมีการดูแลที่ซับซ้อนยุ่งยาก จำนวนชั่วโมงการพยาบาลย่อมปรับเปลี่ยนตามไปด้วย

2. ชั่วโมงการพยาบาลคงที่ (Fixed hour of nursing care) เป็นชั่วโมงการพยาบาลที่คงที่ไม่ผันแปรตามปริมาณ หรือประเภทผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยหนึ่งจะต้องมีหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน เสมียนประจำหอผู้ป่วย 1 คน โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงผู้ป่วยในหน่วยงานนั้น

กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

บุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงหรือโดยอ้อม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับปฏิบัติการ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย คนงาน แม่บ้านทำความสะอาด ฯลฯ

5. กรอบความคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของจอห์นสัน (Johnson, 1984) ซึ่งได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท คือ

- ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ (Self care) ชั่วโมงการพยาบาล 1.5 ชม.
 - ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลน้อย (Minimal care) ชั่วโมงการพยาบาล 3.5 ชม.
 - ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยต้องการการดูแลปานกลาง (Moderate care) ชั่วโมงการพยาบาล 5.5 ชม.
 - ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก (Extensive care) ชั่วโมงการพยาบาล 7.5 ชม.
 - ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยต้องการการดูแลใกล้ชิด (Intensive care) ชั่วโมงการพยาบาล 12 ชม.
- โดยกำหนดเกณฑ์การต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทและกำหนด

ตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาลที่สำคัญ 4 หมวด คือ

- หมวดที่ 1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน
- หมวดที่ 2 การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา
- หมวดที่ 3 การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ
- หมวดที่ 4 การสอนและการประคับประคองจิตใจ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การเผยแพร่ผลการวิจัย นวัตกรรม ในวารสารวิชาการทางการพยาบาลในระดับชาติ และการจัดการความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ
2. หน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำไปวิเคราะห์ในการจัดการต้นทุนทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยงาน เพื่อวางแผนการคาดการณ์อัตราค่าจ้างและงบประมาณค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าจ้างและค่าตอบแทน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการบริหารการพยาบาลด้านการจัดการอัตราค่าลงบุคลากรทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อองค์กร โดยมุ่งเน้นในการควบคุมค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์การให้บริการที่ดี คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย อุปสรรคและปัญหา ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการแยกประเภทผู้ป่วย การใช้หลักเกณฑ์ของแต่ละหน่วยงาน โดยศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดในการจำแนกประเภทผู้ป่วย
2. แนวคิดการจัดอัตราค่าลงทางการแพทย์
3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดอัตราค่าลงบุคลากรทางการแพทย์
4. การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดในการจำแนกประเภทผู้ป่วย

1.1 ความหมายระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ได้มีผู้ให้ความหมายของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยไว้หลายความคิดเห็น ดังนี้

Gillies (1994) ได้ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามปริมาณและความซับซ้อนของความต้องการการพยาบาลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับการพึ่งพาจากผู้ดูแล

Giovannetti (1979) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการแยกแยะและจัดผู้ป่วยเข้าในกลุ่มหรือประเภทของการดูแล และหาปริมาณหรือตัววัดความต้องการการพยาบาลในแต่ละประเภท

Johnson (1984) กล่าวว่า เป็นการจัดผู้ป่วยเป็นระดับชั้นและกลุ่มต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย ความต้องการการตอบสนองด้านต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเป็นเครื่องมือจัดระบบการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประมาณการอัตราค่าจ้างคน

กองการพยาบาล (2539) ได้ให้ความหมายว่าการจำแนกประเภทผู้ป่วย คือ การแบ่งระดับผู้ป่วยตามอาการและระดับความรุนแรงของโรค และระดับสมรรถภาพของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง

จินตนา ปรีชา (2524) ให้ความหมายไว้ว่า ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ ตามระดับความเจ็บป่วยและความต้องการการพยาบาล ซึ่งเหมือนกันในช่วงระยะเวลาหนึ่งให้อยู่ในระดับเดียวกัน

นงนุช วังชัยศรี (2546) ให้ความหมายว่า ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การแบ่งระดับความเจ็บป่วยตามระดับความต้องการการดูแล โดยวัดจากภาระงาน จากปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย สามารถนำไปคำนวณหาจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยให้มากที่สุด

สรุปได้ว่า ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายว่า เป็นการแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อน ความยุ่งยากในการใช้ความรู้ความสามารถของผู้ให้การพยาบาล รวมทั้งปริมาณเวลาทั้งหมดที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยประเภทรูปนั้นอย่างครอบคลุม ซึ่งทำให้สามารถคำนวณปริมาณบุคลากรแต่ละระดับที่ต้องจัดขึ้นมาปฏิบัติงานในแต่ละวัน แต่ละเวร อย่างเหมาะสมกับภาระงานที่เกิดขึ้น

1.2 ประวัติความเป็นมา

การจำแนกประเภทผู้ป่วยในทางการแพทย์นั้น เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศในคาบสมุทรนอร์เวย์ ตั้งแต่ในช่วงทศวรรษที่ 1960 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Giovannetti, 1979) รวมทั้ง ประเมินการตอบสนองของแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ที่ระบบจะสามารถรองรับในการจัดระบบบริการและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม และมีการใช้งบประมาณรายจ่ายที่เพียงพอสำหรับบุคลากร

ในยุคแรกๆ ของการจำแนกประเภทผู้ป่วย มักจำแนกตามพื้นฐานความต้องการด้านร่างกายระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งขาดประเด็นจิตสังคม การดูแลที่คงไว้ซึ่งสุขภาพในระยะยาว และความต้องการสนับสนุนด้านสุขภาพ ส่วนมากเป็นเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยผู้ใหญ่ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน จึงมีจุดเน้นอยู่ที่การจำแนกตามการพึ่งพาของผู้ป่วยและการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ลักษณะทั่วไปของเครื่องมือจำแนกผู้ป่วยในระยะแรก มีดังนี้ (Simms, Princ & Errin, 1994)

1.2.1 ลักษณะการจัดกลุ่มผู้ป่วย อธิบายความต้องการการพยาบาลที่ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลักษณะพิเศษของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับ สภาพความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Sensory deprivation) ความต้องการการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละประเภท ระดับของทักษะที่ใช้ในการดูแล และการกำหนดสถานที่ที่ให้บริการผู้ป่วย

1.2.2 กำหนดระดับผู้ป่วยไว้ 3-9 ระดับ พร้อมคำอธิบายลักษณะผู้ป่วยแต่ละระดับ

1.2.3 เน้นการดูแลด้านกายภาพ มากกว่าจิตสังคม ศาสนา และความแตกต่างทางวัฒนธรรม

1.2.4 ส่วนมากอธิบายเวลาและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละระดับ

1.2.5 มักขาดการทดสอบความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือ

ในระยะต่อมา เครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยได้มีการเพิ่มเติมเกณฑ์การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความต้องการการสอน การให้ข้อมูลผู้ป่วย และเมื่อมีการพัฒนารูปแบบและทฤษฎีการพยาบาลมากขึ้น ทำให้แนวคิดและรูปแบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยเปลี่ยนไป โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม เน้นความต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม (Simms, Princ & Errin, 1994)

1.3 วัตถุประสงค์ในจำแนกประเภทผู้ป่วย

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีความสำคัญและจำเป็นต่อการจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรและการบริหารงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคปัจจุบันต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในทุกๆ ด้านๆ เช่น ค่าตอบแทน ค่าอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ วัสดุสำนักงาน ซึ่งมีผลต่อการให้บริการได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว หรือส่งผลต่อการวางแผนในระดับประเทศ ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณของการพยาบาลที่มีคุณภาพที่ให้แก่ผู้ป่วย ตามความต้องการที่แตกต่างกัน วัตถุประสงค์ของการใช้ระบบการจำแนกผู้ป่วย มีดังนี้ (มาริสสา สมบัติบุญ, 2546)

1.3.1 การจัดอัตราค่าจ้าง ใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อให้หน่วยบริการ สามารถวัดเวลาการพยาบาล (Nursing care hour) ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยนำไป คำนวณความต้องการของบุคลากรในด้านจำนวนและประเภทของบุคลากร เพื่อจัดสรรบุคลากร เข้าปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับปริมาณงาน ความยากง่ายของงาน และความต้องการของผู้ใช้บริการ

1.3.2 การบริหารงบประมาณ ความต้องการการพยาบาลของหน่วยงานและผู้ป่วยแต่ละประเภทจะบ่งบอกถึงต้นทุน (Actual cost) ของบริการพยาบาลและบอกถึงผล ประโยชน์ในการใช้งบการเงินรายได้ และความสูญเปล่าที่สามารถวัดได้

1.3.3 การตัดสินใจและปรับเปลี่ยนกำลังคนในแต่ละช่วงเวลา การเปลี่ยนแปลง ปริมาณภาระงานตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจากการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน แต่ละ ช่วงเวลาการปฏิบัติงาน จะช่วยให้ผู้บริหารคาดการณ์ ประเมินการความต้องการของบุคลากรและใช้ ข้อมูลดังกล่าวในการตัดสินใจ จัดสรร เปลี่ยนแปลง การวางแผนกำลังคน โดยอาจมีการเพิ่มลดหรือ ปรับเปลี่ยนบุคลากรให้เหมาะสมกับความต้องการการดูแลผู้ป่วย และปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลาได้

1.3.4 การประเมินผลผลิตของหน่วยบริการ เป็นการประเมินประสิทธิผลของ งานที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การวัดผลผลิต (Productivity) ซึ่งได้มาจากสัดส่วนของผลลัพธ์ (Output) กับปัจจัยการผลิต (Input) ที่ใช้ไป การควบคุมต้นทุนปัจจัยการผลิต จะช่วยลดต้นทุนของผลผลิต ที่ได้มาแต่ละอย่าง โดยการวัดผลผลิต จะเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สำคัญในระบบงบประมาณแบบ มุ่งผลสัมฤทธิ์ (Performance base budget) ซึ่งนอกเหนือจากตัวชี้วัดคุณภาพในระบบประกันคุณภาพ แล้ว ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยทำให้ทราบปัจจัยการผลิตและผลผลิตที่ได้จากการทำงาน ในเชิงปริมาณ ยังสามารถนำมาคำนวณหาผลผลิตของหน่วยงานได้

1.3.5 การควบคุมระบบปฏิบัติการ ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีการ ควบคุมตรวจสอบและประเมินความเชื่อถือได้อย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการจัดระบบควบคุมภายใน ตัวเองให้คงไว้ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีปัจจัยนำเข้าที่นำไปคาดการณ์ การประมาณกำลังคนที่เชื่อถือได้

การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นระบบการปฏิบัติงานประจำวันซึ่งต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนถึงช่วงเวลาที่ทำการแยกประเภทผู้ป่วยให้ตรงกัน และต้องมีการควบคุมระบบปฏิบัติการในการจำแนกและการนับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งควรกระทำเมื่อใกล้สิ้นสุดเวรของตนเอง เพื่อให้ได้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงในการคาดประมาณความต้องการกำลังคนในเวรต่อไป และป้องกันการลำเอียงที่เกิดจากการให้ค่าการจำแนกสูงเกินความเป็นจริง เพื่อให้ได้บุคลากรเพิ่มในเวรตัวเอง

1.4 องค์ประกอบที่สำคัญของการจำแนกประเภทผู้ป่วย (Johnson, 1984)

1.4.1 วิธีการจัดกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วยเกณฑ์ และเนื้อหาคำอธิบายเกณฑ์ในแต่ละข้อ ที่ใช้ในการจำแนกผู้ป่วยแต่ละระดับ

1.4.2 แนวทางการจัดกลุ่มผู้ป่วย ความถี่ของการจำแนกและรายงาน ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือและระบบที่กำหนดขึ้น

1.4.3 เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยเฉลี่ย ซึ่งได้มาจากการศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

1.4.4 วิธีการคำนวณการจัดอัตราค่าจ้าง และเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ซึ่งได้มาจากข้อมูลเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยเฉลี่ย แล้วนำมาคำนวณหาอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมตามเวลาที่ได้จากการศึกษา ในข้อ 1.4.3

1.4.5 กลไกการรายงานด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (Hoffman, 1988)

อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องมือในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ รวมทั้งขอบเขตของการใช้เครื่องมืออื่นๆ ด้วย เช่น เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute care) ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ดังนั้น การใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยที่ต่างกัน จึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน (Simms, Princ & Errin, 1998)

1.5 วิธีการแยกประเภทผู้ป่วย

การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น การจัดผู้ป่วยเป็นลำดับขั้นแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วยและความต้องการการตอบสนองในด้านต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล วิธีการจำแนกผู้ป่วยที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ

1.5.1 การประเมินตามแบบอย่าง (Prototype evaluation) เป็นการจำแนกผู้ป่วยตามลักษณะคำบรรยายความต้องการการพยาบาล โดยเปรียบเทียบสถานะของผู้ป่วยกับข้อความที่อธิบายลักษณะที่แสดงถึงความต้องการการพยาบาล ตามข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับ ตามที่ระบุไว้ในเครื่องมือและจัดผู้ป่วยเข้าประเภทที่ระบุไว้ในเครื่องมือ จากนั้นจัดผู้ป่วยเข้าประเภทที่มีลักษณะเหมือน หรือใกล้เคียงกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยมากที่สุด

วิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบนี้ค่อนข้างง่ายและใช้เวลาน้อยกว่าการประเมินแบบอื่น และพยาบาลส่วนใหญ่คุ้นเคย ผู้ที่ใช้เครื่องมือต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยนั้นเป็นอย่างดี รวมทั้งต้องมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยพอสมควรที่จะทราบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลมากน้อยเพียงใด ทำให้การประเมินมีความแม่นยำ สามารถเทียบเคียงจัดเข้าประเภทได้รวดเร็ว เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบนี้มีความเป็นอัตนัย (Subjective) ต้องใช้การตัดสินใจของผู้ประเมิน ดังนั้น ในบางสถานการณ์ที่มีภาระงานมากมาย มีแนวโน้มว่าผู้ประเมินจะจัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่สูงกว่าความเป็นจริง การกำหนดประเภทผู้ป่วยจะแยกระดับไว้ 3-5 ประเภท ตามระดับความต้องการการพยาบาล และความสามารถในการดูแลตนเองหรือระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ส่วนเกณฑ์บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลที่สำคัญ มักกำหนดตามปรัชญาการพยาบาลและระดับคุณภาพที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในการให้บริการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล

1.5.2 การประเมินตามปัจจัย (Factor evaluation) การจำแนกประเภทผู้ป่วยด้วยวิธีนี้จะมีการกำหนดตัวบ่งชี้สำคัญของความต้องการการพยาบาล ที่คาดว่าจะมีผลต่อเวลาการพยาบาลขึ้นมาก่อน กิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่างจะแบ่งระดับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมนั้นๆ ออกเป็น 3-5 ระดับ จากนั้นไปหามาตรฐาน โดยแต่ละระดับมีคะแนนซึ่งได้มาจากการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้ประเมินจะให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล (Intensity or Acuity of care) ที่สำคัญ ที่ระบุไว้ในเครื่องมือ จากนั้นจึงรวมคะแนนทั้งหมด หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงคะแนนประเภทใดให้จัดผู้ป่วยเข้าไปในประเภทนั้น วิธีการจำแนกตามปัจจัยนี้มีความเป็นปรนัย (Objective) และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้จำแนกได้ชัดเจนแต่ใช้เวลามากกว่าและต้องมีข้อมูลการศึกษาปริมาณเวลาในแต่ละกิจกรรมที่นำมาใช้แยกระดับ และให้ค่าคะแนนตามน้ำหนักความเข้มข้นของการดูแลในแต่ละกิจกรรมไว้ตามเวลาการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยมาสนับสนุน การจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับชิ้นงาน (Tasks) บางอย่าง que เลือกมา และเวลาการทำกิจกรรมนั้นๆ มากกว่าการมองเชิงสัมพันธ์กับความเป็นวิชาชีพ (Professional Related Activities)

ตัวอย่างการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล Massachusetts General Hospital กรุง Boston ประเทศสหรัฐอเมริกา (Graf et al, 2003) พบว่าในระยะแรก ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีเป้าหมายอยู่ที่การจัดการอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมต่อความต้องการด้านการพยาบาลของผู้ป่วย จากแนวคิดที่ว่าคุณภาพการดูแลเกิดจากอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ทำให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล พบว่า กิจกรรมการพยาบาลบางอย่างต้องการบุคลากรระดับวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องแยก (Isolation) มีแผลซับซ้อน ผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการการให้ข้อมูลที่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาที่ซับซ้อน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

การทดแทนด้วยบุคลากรที่ต่ำกว่าวิชาชีพ จะมีผลต่อการเพิ่มจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาล จากการเพิ่มการควบคุมกำกับและนิเทศบุคลากรที่ทำงานทดแทน ซึ่งในปี 1990 พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลลดลง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง แต่ความต้องการอัตรากำลังพยาบาลไม่ได้ลดลง

ในปี 1994 De Groot ได้นำเสนอระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยและสร้างตาราง Matrix ใช้ในการคำนวณอัตราค่าจ้างสำเร็จรูปขึ้น ทำให้ง่ายต่อการใช้งานมากขึ้น จะเห็นได้ว่าพัฒนาการของการจำแนกประเภทผู้ป่วยในงานบริการพยาบาลมีมาตามลำดับ และด้วยแนวคิดที่ต่างกัน ทำให้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีหลากหลาย เกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนกมี 3-12 หัวข้อใหญ่ ตามแนวคิดที่ใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3-9 กลุ่ม ซึ่งสรุปวิธีการจำแนกได้เป็นวิธีหลัก 2 วิธี (Seago, 2002) ได้แก่

- 1) การจำแนกตามคำอธิบายเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (Descriptive) เครื่องมือการจำแนกเป็นคำบรรยาย อธิบายผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) จำแนกด้วยค่าคะแนนที่ลำดับไว้ตามเกณฑ์ผลรวมของค่าคะแนนจากทุกเกณฑ์ที่นำมากำหนดเป็นค่าช่วงคะแนน ใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็นระดับ ตามช่วงค่าคะแนนที่กำหนดไว้

การจำแนกผู้ป่วยตามคำอธิบาย เป็นที่นิยมใช้มากในประเทศไทย เนื่องจากสามารถใช้จำแนกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แต่มีแนวโน้มที่ผู้จำแนกจะใช้ความรู้สึกของตนเองในการจำแนก มากกว่าการใช้เกณฑ์ ทำให้เกิดปัญหาความเที่ยงตรง ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย

การจำแนกตามค่าคะแนน มีความชัดเจนกว่า จากค่าคะแนนที่กำหนดตามเกณฑ์ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่ใช้เวลามากกว่าการจำแนกผู้ป่วยตามคำอธิบาย เนื่องจากการจำแนกต้องผ่านหลายขั้นตอน เริ่มจากพิจารณาให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ รวมค่าคะแนนแต่ละเกณฑ์ แล้วจึงนำไปเทียบกับช่วงค่าคะแนนในการจัดกลุ่มผู้ป่วย

1.6 คุณลักษณะที่ดีของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ดี ควรมีลักษณะ ดังนี้ (Swanburg, 1990: 78)

- 1.6.1 สามารถแยกแยะความเข้มข้นของการดูแล ได้ตามประเภทผู้ป่วยที่กำหนดไว้
- 1.6.2 สามารถวัดและกำหนดปริมาณการดูแลได้ เพื่อสามารถใช้ในการจัดระบบการจัดการที่เป็นมาตรฐาน
- 1.6.3 สอดคล้องกับทรัพยากรด้านการพยาบาลที่มีอยู่
- 1.6.4 ใช้เวลาคุ้มค่าในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมที่กำหนดไว้ในระบบ
- 1.6.5 ประหยัดและสะดวกต่อการใช้และการเขียนรายงาน

1.6.6 สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ ได้ชัดเจน ถึงแม้จะมีการดำเนินงานในหลายหน่วยงาน

1.6.7 สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา

1.6.8 ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน

1.6.9. สามารถแยกจัดวิธีการทำงานให้เป็นมาตรฐานการทำงานได้

1.6.10 สามารถแยกแยะความต้องการการพยาบาลประจำจากเจ้าหน้าที่อื่นได้

1.6.11 เป็นระบบที่ต้องการข้อมูลน้อยที่สุด เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งสามารถใช้ในการตัดสินใจได้ (Graf et al, 2003)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของจอห์นสัน (Johnson, 1984) ซึ่งได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท โดยกำหนดเกณฑ์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาลที่สำคัญ 4 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

หมวดที่ 2 การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา

หมวดที่ 3 การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ

หมวดที่ 4 การสอนและการกระตุ้นประกอบจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภท จะมีเกณฑ์กำหนดลักษณะความต้องการผู้ป่วยเรียงลำดับความต้องการการพยาบาลจากน้อยไปหามาก 4 ระดับ โดยเริ่มจากคะแนน 1 ถึง 4 แล้วนำผลรวมของคะแนนมาจำแนกประเภทตามช่วงคะแนน ดังนี้

1-15.9 คะแนน ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ (Self care)

16-21.9 คะแนน ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลน้อย (Minimal care)

22-27.9 คะแนน ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยต้องการการดูแลปานกลาง (Moderate care)

28-33.9 คะแนน ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก (Extensive care)

34- 40 คะแนน ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยต้องการการดูแลใกล้ชิด (Intensive care)

2. แนวคิดการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล

การจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญและต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบทั้งนี้เพราะต้องมีการจัดอัตรากำลังให้มีการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต่างจากอาชีพอื่น ที่มีโอกาสหยุดพักตามวันหยุดประจำสัปดาห์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ นอกจากนี้ งานบริการพยาบาลเป็นงานที่รับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ที่ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้การพยาบาล สำหรับการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ จึงต้องมีบุคลากรจำนวนเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งคุณภาพของการพยาบาลจะสูงสุดเมื่อปริมาณงานและจำนวนบุคลากรมีความสมดุลกัน อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของพยาบาล ด้วยว่าพยาบาลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่ การเพิ่มจำนวนพยาบาลไม่ได้หมายความว่า ชั่วโมงการพยาบาลโดยตรงจะเพิ่มขึ้น เพราะบุคลากรทางการพยาบาลอาจจะใช้เวลาพักและทำธุระส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาพบว่า บุคลากรมากเกินความจำเป็นโดยไม่มีการควบคุมหรือไม่มีระบบที่เหมาะสม อาจไม่มีประโยชน์สำหรับการให้การพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากรสูงเกินความจำเป็น นอกจากนี้ อาจทำให้คุณภาพการพยาบาลด้อยลง เนื่องจากบุคลากรใช้เวลาว่างในการจับกลุ่มพูดคุยกัน อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบุคคล หรืออาจละเลยการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ในทางตรงกันข้าม การที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ หรือน้อยกว่าความต้องการ มีผลต่อคุณภาพการให้การพยาบาลด้อยลงได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากพยาบาลที่มีงานมากเกินไป ไม่สามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุม และมักละเลยหรือมองข้ามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกระทบต่อการสอนและการประคับประคองจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความปลอดภัย ขาดความประทับใจ หรือขาดความพึงพอใจในบริการ นอกจากนี้ การที่มีบุคลากรไม่เพียงพออาจเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อ ดังนั้นการที่บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลตอบสนองต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็วเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน ถ้าต้องทำงานในปริมาณที่มากเกินไปกำลังความสามารถทำงานแข่งกับเวลา ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดความเหนื่อยล้า ความคับข้องใจ ในด้านการมอบหมายงานไม่สามารถมอบหมายในรูปของทีมการพยาบาล (Team nursing method) ได้ จึงต้องมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional method) ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยด้อยลง เพราะบุคลากรมุ่งปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา โดยไม่คำนึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ และหากมีพยาบาลน้อยไป อาจต้องใช้บุคลากรประเภทที่อื่นที่ไม่มีความ

เหมาะสม จะทำให้บุคลากรเกิดความสับสนในบทบาท ขาดขวัญและกำลังใจ รู้สึกไม่พึงพอใจในการทำงาน เกิดการโยกย้าย ลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพ และเกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล

การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางพยาบาลในอดีต กระทำโดยใช้การนับจำนวนผู้ป่วยหรือเตียงเป็นหลัก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมเพราะไม่ได้คำนึงถึงความหนักเบาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไม่คงที่และยากต่อการคาดคะเนล่วงหน้าได้ ถ้าจัดบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอในปริมาณสูงสุดแล้วจะสิ้นเปลืองงบประมาณมาก เพราะบางวันผู้ป่วยน้อย แต่ถ้าวางแผนสำหรับจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยจะพบว่าบางวันคนไม่พอหรือบางวันคนมากเกินไปเกินความต้องการและในความเป็นจริงปริมาณงานพยาบาลที่ทำในแต่ละหน่วยงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยเท่านั้นแต่ขึ้นอยู่กับอาการ ปัญหาและความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Gillies, 1982: 219)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบุคลากร โดยการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อหาปริมาณของเวลาการพยาบาล ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งในทางปฏิบัติ การศึกษาหาปริมาณงานหรือปริมาณเวลาที่ต้องการใช้ในการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยกระทำได้ค่อนข้างยาก ทำให้การวัดปริมาณงานหรือเวลาให้ถูกต้องและครอบคลุม จะประสบปัญหาเกี่ยวกับความแตกต่างของประเภทผู้ป่วย หรือการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และความต้องการการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาความยุ่งยากดังกล่าว สถาบันหลายแห่ง จึงใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย ในการคำนวณหาปริมาณงานพยาบาล (Gillies, 1982 :185) หรือคำนวณความต้องการการพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางในการจัดสรรและกระจายบุคลากรไปสู่หน่วยงานต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม นับเป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ปฏิบัติงานด้วย

3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ บนพื้นฐานของข้อมูลปัจจัยนำเข้าอย่างครบถ้วน เพียงพอ เชื่อถือได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ต้องดำเนินการจัดหาและจัดสรรให้มีบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ที่จะสามารถให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองพันธกิจขององค์กรได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น เป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน ด้วยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจัดอัตรากำลัง อันประกอบด้วย

- 3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับองค์การพยาบาล ได้แก่
 - 3.1.1 วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการจัดบริการ
 - 3.1.2 ระดับและชนิดของการพยาบาลที่มุ่งหวังจะให้แก่ผู้รับบริการ
 - 3.1.3 หน้าที่รับผิดชอบของการพยาบาล แผนการพยาบาลและหอผู้ป่วย
 - 3.1.4 ระบบมอบหมายงานที่เลือกใช้
 - 3.1.5 บริการการศึกษาและบริการอื่นๆ แก่บุคลากรทางการพยาบาล
 - 3.1.6 หน่วยงานสนับสนุนการบริหารการพยาบาล
- 3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับองค์การบริการสุขภาพ ได้แก่
 - 3.2.1 งบประมาณที่จัดไว้สำหรับการจ้างบุคลากรทางการพยาบาล
 - 3.2.2 นโยบายด้านบุคลากร เช่น การกำหนดเวลาปฏิบัติงาน
 - 3.2.3 หน่วยบริการช่วยเหลือสนับสนุนภายในองค์กร
 - 3.2.4 หน่วยบริการช่วยเหลือหรือสนับสนุนภายนอกองค์กร
 - 3.2.5 จำนวนเตียงผู้ป่วย
 - 3.2.6 สถานที่ตั้ง โครงสร้างทางกายภาพของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย
 - 3.2.7 สิ่งอำนวยความสะดวกและแหล่งบริการที่จัดให้
 - 3.2.8 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จัดหาไว้ให้เพียงพอและสะดวกหรือไม่
- 3.3 ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่
 - 3.3.1 ระดับความซับซ้อนและระยะเวลาของความต้องการการพยาบาล
 - 3.3.2 ประเภทผู้ป่วย ได้แก่ อาการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อายุและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - 3.3.3 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละวัน
 - 3.3.4 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อความต้องการทางด้านสุขภาพ
 - 3.3.5 ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการที่เขาได้รับ
- 3.4 ปัจจัยเกี่ยวกับบุคลากร
 - 3.4.1 การกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ บทบาท และการพรรณนางาน (Job description) ของบุคลากรแต่ละระดับ
 - 3.4.2 ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของบุคลากรระดับต่างๆ
 - 3.4.3 จรรยาบรรณในการปฏิบัติงานของบุคลากร
 - 3.4.4 ความคาดหวังของบุคลากรต่อองค์กร
 - 3.4.5 จำนวนและประเภทต่างๆ ของบุคลากรที่จัดไว้ละกันหรือสัดส่วนของการผสมผสานอัตรากำลัง
 - 3.4.6 ความต้องการบุคลากรของชุมชนนั้นๆ

3.5 ปัจจัยอื่นๆ นอกองค์กร

3.5.1 บุคลากรพยาบาลประเภทต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

3.5.2 รูปแบบการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพของชุมชน

โดยที่ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผน และเลือกวิธีปฏิบัติในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

การศึกษาปริมาณงานการพยาบาล เป็นการวัดภาระงานของการพยาบาลในรูปของปริมาณเวลา ที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้เพื่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆ มีความกว้างขวางและหาขอบเขตยากเนื่องจากในโรงพยาบาลไม่ได้มีเฉพาะผู้ป่วยกับพยาบาลเท่านั้น แต่ยังมีบุคลากรอื่นที่ร่วมให้บริการผู้ป่วย อีกทั้งบุคลากรทางการพยาบาลก็มีหลายระดับ ที่มีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบต่างกัน และในด้านการให้บริการการพยาบาล มิได้มีเพียงแต่การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ การจัดการในเรื่องต่างๆ ที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความสะดวกสบาย มีความราบรื่น มีคุณภาพในความเป็นอยู่ และเกิดความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เช่น การจัดเตรียมของใช้ให้เพียงพอ และพร้อมที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วย มีการเตรียมบุคลากรที่มีคุณภาพให้มีจำนวนเพียงพอสำหรับการขึ้นเวรและแลกเปลี่ยนกัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการจัดระบบงาน มีการนิเทศ ติดตามงานของบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีการทำงานที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการจัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลให้ชัดเจน และสอดคล้องกับกิจกรรมที่มีอยู่ โดยได้มีการศึกษาการจำแนกประเภทกิจกรรมการพยาบาล ไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

4.1 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ออกเป็น 4 กลุ่ม

ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ (Department of Health Education and Welfare, Division of Nursing, 1978)

4.1.1 การพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care) หมายถึง กิจกรรมทั้งหมดที่บุคลากรทางการพยาบาลกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร ยา ทำแผล และการให้คำแนะนำ เป็นต้น

4.1.2 การพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care) หมายถึง การทำกิจกรรมที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว แต่เป็นการเตรียมหรือทำให้การพยาบาลโดยตรงมีความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การเตรียมยา การเตรียมอาหารทางสายยาง การตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องใช้ การเขียนรายงาน และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เป็นต้น

4.1.3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (Unit relate activity) หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งหมด เพื่อดำเนินการทั่วไปของหน่วยงาน แต่ไม่ได้ทำโดยตรงกับผู้ป่วย เช่น กิจกรรมบริหาร การจัดอบรมขณะประจำการ และการประชุมหน่วยงาน เป็นต้น

4.1.4 กิจกรรมส่วนบุคคล (Personal activity) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการทำธุระส่วนตัว เช่น เวลาพักผ่อนรับประทานอาหาร การใช้เวลาว่าง การพบปะสนทนาเรื่องทั่วๆ ไปกับเพื่อนร่วมงาน ฯลฯ

4.2 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ออกเป็น 5 กลุ่ม

ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ (Urden & Roode, 1997: 36)

4.2.1 การพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care) หมายถึง กิจกรรมพยาบาลทั้งหมดที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การประเมินความต้องการ การให้ยา การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด การเก็บสิ่งส่งตรวจ และการดูแลร่างกายขึ้นพื้นฐานทั่วไป เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือเคลื่อนย้าย การอธิบาย การสอน การสื่อสารต่างๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการเฝ้าระวังและการประเมินผลการพยาบาลด้วย

4.2.2 การพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีผลให้การพยาบาลโดยตรงเกิดความสำเร็จ หรือมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การประสานงานทีมสหสาขา การรายงาน การปรึกษา การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการดูแลรักษาพยาบาล การจัดหา Supplies ต่างๆ รวมทั้งการเตรียมยาหรือการเตรียมการอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ การบำบัดรักษา การให้การพยาบาลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4.2.3 งานที่เกี่ยวกับหน่วยงาน (Unit related) หมายถึง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการโดยทั่วไปของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมที่จะให้บริการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้ไม่มีผลกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น งานเสมียน การทำความสะอาด การจัดการด้านวัสดุ ภัณฑ์ หรือ Supplies ต่างๆ การตรวจสอบบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ สิ่งแวดล้อม การประชุมปรึกษา การฝึกอบรม การตรวจสอบคุณภาพ การนิเทศ สอนงาน การตรวจสอบงาน

4.2.4 กิจกรรมส่วนตัว (Personal activity) หมายถึง กิจกรรมหรือเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคน ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรืองานของหน่วยงาน เช่น การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การทำธุระส่วนตัว การหยุดพัก การโทรศัพท์เรื่องส่วนตัว หรือสนทนาในกลุ่มผู้ร่วมงาน เป็นต้น

4.2.5 การทำบันทึกรายงานเอกสาร (Documentation) หมายถึง ทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก การทบทวนเอกสารรายงาน รวมทั้ง การทบทวนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลและการลงมือบันทึกข้อมูลหรือเขียนรายงานต่างๆ

4.3 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของ Hendrickson และคณะ (1990)

จำแนกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการศึกษาการใช้เวลาของพยาบาล 13 กลุ่ม ดังนี้

4.3.1 การอยู่กับผู้ป่วย หมายถึง ทุกๆ กิจกรรมที่พยาบาลกระทำโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวไม่ว่าจะอยู่ที่เตียง ห้องผู้ป่วย ห้องน้ำ หรือระหว่างการเคลื่อนย้าย

4.3.2 การทำงานกับเอกสารผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ทำกับ Chart ผู้ป่วย เช่น การเขียน Nurses' Note การวางแผนการพยาบาล การอ่านและตรวจสอบ Chart

4.3.3 การเตรียมการรักษา หมายถึง กิจกรรมเพื่อเตรียมการรักษาทุกชนิด เช่น เตรียมสารน้ำ เตรียมยา หรือการรักษาอื่นๆ

4.3.4 กิจกรรมขณะเปลี่ยนเวร หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์กระทำในช่วงเวลาเปลี่ยนเวร เช่น การรายงานอาการผู้ป่วย การส่งต่องาน การตรวจนับยา การมอบหมายงาน และการเยี่ยมชมตรวจ

4.3.5 กิจกรรมระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพหรือทีมสุขภาพ แบบ Face to face เช่น การเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ การปรึกษาหารือทีมสุขภาพอื่น หรือการประชุมปรึกษาในทีมการพยาบาล

4.3.6 การตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ หมายถึง การตรวจสอบคำสั่งการรักษา สำหรับการส่งตรวจ การให้ยา หรือการรักษาอื่นๆ ซึ่งหมายความรวมถึง การ Cross-checking ระหว่างคำสั่งการให้ยากับหนังสือดำราการใช้ยาหรือคู่มือยาของโรงพยาบาล

4.3.7 กิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับคลินิก นอกเหนือจาก 6 รายการ ข้างต้น

4.3.8 กิจกรรมการศึกษา การเรียนรู้ในหน่วยงาน หมายถึง เวลาที่ใช้ไปในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ในหน่วยงาน เช่น นโยบายใหม่ แนวทางปฏิบัติใหม่ การประชุมวิชาการ และการประชุมต่างๆ ในหน่วยงาน

4.3.9 กิจกรรมเกี่ยวกับเอกสารอื่นๆ ที่ไม่ใช่ Chart ผู้ป่วย หมายถึง การทำงานเกี่ยวกับเอกสารทั้งหมด ที่นอกเหนือจากเอกสารรายงานผู้ป่วยใน Chart

4.3.10 การโทรศัพท์ หมายถึง การใช้โทรศัพท์เพื่อการติดต่อเรื่องต่างๆ ทุกเรื่อง

4.3.11 การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ หมายถึง การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทุกชนิด สำหรับใช้ในหน่วยงาน

4.3.12 กิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับคลินิก หมายถึง กิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากข้อ 4.3.8-4.3.11 ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวกับคลินิก เช่น กิจกรรมส่วนตัว การพักผ่อนรับประทานอาหาร และการพักผ่อนในเวลารว่างของผู้ปฏิบัติงาน

4.3.13 กิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่สามารถระบุในกิจกรรมได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ได้แยกกิจกรรมการพยาบาล ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care) และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.4 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct nursing care)

4.4.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

1) ในการรับประทานอาหาร

- (1) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับประทานอาหาร
- (2) การป้อนอาหารและ/หรือน้ำแก่ผู้ป่วย
- (3) การให้อาหารเหลว และน้ำทางสายให้อาหาร

2) การขับถ่าย

- (1) การช่วยพยุงหรือพาผู้ป่วยไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ รวมทั้งพากลับมาที่เตียง
- (2) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้หมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะ
- (3) การทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
- (4) การเปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หรือผ้าขางเตียงภายหลังการขับถ่าย

3) การทำความสะอาด ร่างกาย

- (1) การทำความสะอาด ปาก ฟัน ตา เล็บ หู A.M.care/P.M.care การสระผม
- (2) การพาผู้ป่วยไปอาบน้ำในห้องน้ำ รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย

(3) การเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง (รวมทั้งการนวดหลังและการใส่เสื้อผ้า) ได้แก่

- Complete bed bath และ การทำเตียงผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

- Partial bed bath และ การทำเตียงผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง

(4) การชำระอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Perinium care)

4). การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย

(1) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายในการนั่ง นอน เปลี่ยนท่าและการพลิกตัว

(2) การอุ้ม ยก พยุงตัวผู้ป่วยเพื่อลงจากเตียง

(3) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย

- การกระตุ้นและ/หรือดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise)

- ช่วยเหลือให้มีการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Passive exercise)

4.4.2 การปฏิบัติการรักษาพยาบาล และการให้ยาประเภทต่าง ๆ

1) การปฏิบัติการพยาบาล

(1) การชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูง/การวัดเส้นรอบวงของท้อง ศีรษะ ขา และอื่น ๆ

(2) การลดไข้ เช่น การเช็ดตัว/การฟั่นละอองน้ำ/การใช้ Hypo-Hyperthermia

(3) การให้กระเป๋าน้ำร้อน/น้ำแข็ง/Cryocuff/Ice pack/Hot pack/การให้ Heater

(4) การทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด/หรือตรวจพิเศษต่าง ๆ

(5) การสวนอุจจาระ ทุกชนิด

(6) การสวนปัสสาวะ การสวนคาสายปัสสาวะ

(7) การใส่ External urinary drainage เช่น Condom/Uri drop/ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/ถุงพลาสติก

(8) การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง/การสวนล้างแผลแบบต่อเนื่อง

(9) การใส่สายสวนกระเพาะอาหาร

- (10) การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ
- (11) การตรวจปริมาณปัสสาวะ
- (12) การเปลี่ยนขวดน้ำดื่มหรือเติมน้ำในขวดน้ำดื่มให้แก่ผู้ป่วย
- (13) การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- (14) การทำแผลต่าง ๆ

2) การให้ยาประเภทต่าง ๆ

- (1) การดูแลผู้ป่วยก่อนการให้ ระหว่างการให้ และหลังการให้ยาต่างๆ
- (2) การให้สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด สารอาหาร

4.4.3 การสังเกตและการตรวจวัดเกี่ยวกับสภาพอาการต่างๆ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดอื่น ๆ

- 1) การสังเกตและประเมินอาการหรือความต้องการ เมื่อรับใหม่/เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
- 2) การสังเกตระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และอาการแสดงของความผิดปกติทางระบบประสาท (Neurosigns) ของผู้ป่วย
- 3) การวัดความดันโลหิต
- 4) การตรวจวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง Central Venous Blood Pressure (CVP)
- 5) การสังเกตและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 6) การสังเกตและการปรับอัตราการไหลของออกซิเจนที่ให้แก่ผู้ป่วย
- 7) การดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์
- 8) การดูแลและสังเกตการให้สารน้ำหรือเลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำ/การเปลี่ยนขวดสารน้ำ/เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด
- 9) การฟังเสียงการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Heart Sound)
- 10) การจับการหดตัวของมดลูก (Uterine Contraction)

4.4.4 การสอนและการกระตุ้นประกอบจิตใจ

- 1) การสอนสุขศึกษาและการนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การแนะนำการปฏิบัติตัวและกฎระเบียบต่าง ๆ เช่น การรับใหม่ / การ Re-Admit
- 3) การสอนหรือแนะนำที่นอกเหนือจากที่ปฏิบัติมาเป็นประจำ เช่น การแนะนำอาหารและการปฏิบัติตนเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวาน
- 4) การสอน สาธิต การสาธิตย้อนกลับ เช่น การฉีดอินซูลิน การดูแลอสโตมีย์

5) การให้การปรึกษา (Counselling) การรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

4.4.5. การรับย้ายจำหน่ายผู้ป่วยและการส่งผู้ป่วยไปตรวจหรือรักษาในหน่วยงานอื่นๆ นอกหอผู้ป่วย

- 1) การซักประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย
- 2) การส่งผู้ป่วยไปตรวจหรือรักษาในหน่วยงานอื่นๆ นอกหอผู้ป่วย เช่น แผนกรังสี ห้องผ่าตัด ห้องตรวจหู ตา คอ จมูก หน่วยโรคระบบหายใจ หรือแผนกกายภาพบำบัด เป็นต้น
- 3) การเตรียมและจำหน่ายผู้ป่วย (รวมเวลาที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วย จนถึงส่งผู้ป่วยให้กับญาติ)
- 4) การดูแลผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม (การอาบน้ำแต่งตัวศพ)

4.5 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect nursing care)

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม แบ่งเป็นหมวดย่อยๆ 6 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การเตรียมเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ในการทำมาสะอาคร่างกาย การเตรียมอุปกรณ์สำหรับขับถ่ายและทำเตียง การเตรียมให้อาหารสายยาง การเตรียมอุปกรณ์ในการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

หมวดที่ 2 การเตรียมการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การเตรียมทำแผล การเตรียมสวนปัสสาวะ การเตรียมผิวหนังผ่าตัด การเตรียมทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งการเตรียมจัดยาฉีด ยาชนิดต่างๆ การให้สารน้ำ ส่วนประกอบของเลือด การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจวัดสัญญาณชีพและเครื่องตรวจวัดอื่นๆ การเตรียมให้ข้อมูลสุขภาพศึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ การรับ-ส่งเวร การเขียนบันทึกทางการพยาบาล การเขียนใบเจาะเลือด ใบสั่งยา ฯลฯ

หมวดที่ 3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารหอผู้ป่วย ได้แก่ งานติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องยา ห้องปฏิบัติการ ห้องเอกซเรย์ ฯลฯ การนิเทศงานงานธุรการ เช่น การเขียนรายงาน การลงสถิติข้อมูล การคีย์ข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ งานแม่บ้าน

หมวดที่ 4 กิจกรรมด้านวิชาการ เช่น การร่วมประชุมกรรมการต่างๆ การร่วมประชุมวิชาการ การเข้ารับการอบรม การบรรยาย การอ่านหนังสือ เอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

หมวดที่ 5 กิจกรรมในเวลาพักและการใช้เวลาว่าง เช่น การพักผ่อนรับประทานอาหาร การทำธุระส่วนตัว เข้าห้องน้ำ พุดคุยโทรศัพท์ส่วนตัว การอ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสารบันเทิง การใช้คอมพิวเตอร์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงาน

หมวดที่ 6 กิจกรรมรอคอย เป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดต้องรอคอยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์ เครื่องมือ บุคคลอื่นๆ โดยที่บุคลากรนั้นต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วงที่รอคอย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

เคที มอลลอค และคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลโดยพยายามสร้างมาตรฐานว่าให้อัตรากำลังพยาบาล 1 คนต่อคนไข้ 5 คน แต่พบว่า ในหนึ่งสัปดาห์นั้นไม่สามารถจัดอัตรากำลังเช่นนั้นได้ทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการเปลี่ยนแปลงไปหนักเบาไม่เท่ากัน เมื่อทดลองจัดอัตรากำลังเช่นนั้น จึงเกิดเหตุการณ์ว่าสามวันแรกพยาบาลมีภาระงานหนักมาก คนที่ขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่าภาระงาน แต่ในสัปดาห์หลังของสัปดาห์พบว่า มีอัตรากำลังมากกว่าภาระงาน ซึ่งทำให้ต้องให้ความสำคัญกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ลิซเบท ฟาเกอสตอร์ม และคณะ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาล Vasa Central Hospital ประเทศฟินแลนด์ โดยใช้ความเข้มข้นของภาระงานที่พยาบาลแต่ละคนปฏิบัติมาคำนวณว่าสามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้

สตีเวน เอช ซาลา และ แครอล บัซ (1996) ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ทางประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการนำระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการจัดอัตรากำลังพยาบาลพบว่าไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเนื่องจากทำให้โรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายในการจ้างพยาบาลสูงทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการได้ จึงต้องหันมาสนใจในเรื่องความเข้มข้นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแทน

5.2 งานวิจัยภายในประเทศ

สุวรรณ เมธิพัฒน์วิวัฒน์ (2551) ได้ศึกษาการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยด้วยเทคนิค A-I-C ซึ่งเป็นการค้นหาสาเหตุปัญหาของการจำแนกประเภทผู้ป่วยและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา แล้วประเมินค่าความสอดคล้องของการจำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่า หลังการพัฒนาค่าความสอดคล้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 73 เป็นร้อยละ 90 ซึ่งต้องมีการสำรวจค่าความสอดคล้องของการประเมินเป็นระยะๆ

จิราพร สาลี (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกรณีศึกษาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งต้องการการแยกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อสามารถนำมาคำนวณปริมาณเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาล จึงจะสามารถคาดการณ์อัตรากำลังได้ถูกต้องและแม่นยำ และจัดอัตรากำลังได้อย่างเหมาะสมในแต่ละเวร

นิตยา โรจนิรันดร์กิจ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังในห้องคลอดในโรงพยาบาลรามารักษ์ พบว่า ในการคำนวณอัตรากำลังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ต้องทราบปริมาณเวลาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในผู้ป่วยคลอดก็มีความแตกต่างในการจัดประเภทผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับว่าผู้คลอดนั้นมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ เป็นการคลอดแบบปกติหรือผิดปกติ ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้แม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยคลอดเมื่อคลอดเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ถูกย้ายไปพักหลังคลอด และห้องคลอดก็ต้องเปิดรับบริการตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมง

วงเดือน ฤาชา (2546) ทำการศึกษาประเภทผู้ป่วยแต่ละประเภทว่าใช้เวลาในการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่าใด เพื่อนำไปวิเคราะห์ปริมาณงานในโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท ตามระดับความรุนแรงโดยใช้เครื่องมือในการแยกประเภทผู้ป่วยของกองการพยาบาล

ราศี แก้วนพรัตน์ และสิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์ (2540) ได้ศึกษาวิจัยถึงการใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้เครื่องมือวัดจำนวนความต้องการการพยาบาล ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการจำแนกผู้ป่วยแบบ GRASP ซึ่งเป็นการประเมินตามปัจจัยซึ่งได้ค่าเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยทุกประเภทในแต่ละเวร พบว่า เวรเช้ามีชั่วโมงการพยาบาลค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.9 ชม. เวรบ่ายมีชั่วโมงการพยาบาลค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.7 ชม. และเวรดึกมีชั่วโมงการพยาบาลค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.5 ชม.

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ในการคำนวณอัตราค่าลงบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีความโน้มในการจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่เที่ยงตรง และจากการที่มีบุคลากรใหม่มาปฏิบัติงานอยู่เสมอ จึงควรมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้สอดคล้องกับภาระงานที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีการวางแผนด้านอัตราค่าลงคนอย่างเหมาะสมต่อไป

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

- ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการและการวางแผน
- ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการนำแผนสู่การปฏิบัติ
- ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์อุปสรรค ปัญหา
- ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงระบบและนำสู่การปฏิบัติ
- ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลซ้ำ วิเคราะห์ผล แปลผล สรุปผลการศึกษา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร จำนวนทั้งสิ้น 161 คน และผู้ป่วยในทุกคนที่แพทย์มีคำสั่งรักษาให้อยู่ในหอพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 1,436 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย ใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของจอห์นสัน (Johnson, 1984) ซึ่งได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท โดยกำหนดเกณฑ์การต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาลที่สำคัญ 4 หมวด คือ

หมวดที่ 1.การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

หมวดที่ 2.การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา

หมวดที่ 3. การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ

หมวดที่ 4. การสอนและการประทับประคองจิตใจ

ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภท จะมีเกณฑ์กำหนดลักษณะความต้องการผู้ป่วย เรียงลำดับความต้องการการพยาบาลจากน้อยไปหามาก 4 ระดับ โดยเริ่มจากคะแนน 1 ถึง 4 แล้วนำผลรวมของคะแนนมาจำแนกประเภทตามช่วงคะแนน ดังนี้

1-15.9 คะแนน ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ (Self care)

16-21.9 คะแนน ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลน้อย (Minimal care)

22-27.9 คะแนน ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยต้องการการดูแลปานกลาง (Moderate care)

28-33.9 คะแนน ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก (Extensive care)

34-40 คะแนน ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยต้องการการดูแลใกล้ชิด (Intensive care)

ในการประเมินค่าความสอดคล้องในการสังเกตการจำแนกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพ และผู้วิจัย โดยใช้สถิติการประเมินค่าความสอดคล้อง (Inter-rater reliability) ของ Polit & Hunger (1983: 392) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\text{ค่าความสอดคล้อง} = \frac{\text{จำนวนครั้งที่พยาบาลวิชาชีพและผู้วิจัยสังเกตเหมือนกัน}}{(\text{จำนวนครั้งที่พยาบาลวิชาชีพและผู้วิจัยสังเกตเหมือนกัน} + \text{จำนวนครั้งที่พยาบาลวิชาชีพและผู้วิจัยสังเกตไม่เหมือนกัน})} \times 100$$

เกณฑ์การแปลผล แบ่งระดับการหาอันตรายภาคขึ้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) แปลผลคะแนน เป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 90-100 หมายถึง ค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดีมาก

คะแนน 80-89 หมายถึง ค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับดี

คะแนน 70-79 หมายถึง ค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 60-69 หมายถึง ค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน ต่ำกว่า 50 หมายถึง ค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาเพื่อใช้ในการทดสอบพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรมลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบ โดยถ้าตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน การคำนวณคะแนนให้นำข้อที่ตอบถูกทั้งหมดมารวมคะแนนแล้วหารด้วย 2

เกณฑ์การแปลผลแบ่งระดับการหาอันตรายภาคขึ้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.34-5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับดี

1.68-3.33 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 1.68 ลงไป หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับพอใช้

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คณะผู้วิจัยได้นำแบบแยกประเภทผู้ป่วยมาทบทวนปรับปรุงความถูกต้องของเนื้อหา กิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภทที่มีความคลุมเครือไม่ชัดเจน และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการหัวหน้างานการพยาบาลในทุกแผนกเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน โดยเฉพาะคำจำกัดความ และนำไปทดสอบความเข้าใจกับพยาบาลหัวหน้าเวรแต่ละแผนก แล้วจัดทำคู่มือ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา

3.2.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ซึ่งแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 12 ท่าน ทำการศึกษาให้ละเอียดแล้วให้ผู้ช่วยวิจัยนำไปจำแนกประเภทผู้ป่วยในแต่ละแผนก จำนวน 3 แผนก ผู้ป่วยจำนวน 68 ราย ในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง ระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) (Polit & Hunger, 1983: 392) ได้ค่าความสอดคล้องร้อยละ 86

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อทำวิจัยในมนุษย์

2. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจัดประชุมบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดในแบบแยกประเภทผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บันทึก และอีกหนึ่งชุดให้ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมในการแยกประเภทผู้ป่วยแล้ว ทำการแยกประเภทผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2553 และผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามความคิดเห็นในการแยกประเภทผู้ป่วยในด้านความรู้อุปสรรคและปัญหาต่างๆ

4. ผู้วิจัยเก็บแบบแยกประเภทผู้ป่วย ทุก 1 สัปดาห์นำมาตรวจสอบข้อมูล ได้แบบแยกประเภทผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 1,436 ฉบับ และได้แบบแยกประเภทผู้ป่วยจากผู้ช่วยวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 1,436 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบแยกประเภทผู้ป่วย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงาน วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

5.2 ข้อมูลความรู้ในการแยกประเภทผู้ป่วย วิเคราะห์โดย การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จำแนกรายแผนก และโดยรวม

5.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย การแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้สถิติ t-test

5.4 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย
ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จากกลุ่มตัวอย่าง
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 161 คน และผู้ป่วยที่พักรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ห่วงระยะเวลาตั้งแต่
วันที่ 1 พฤษภาคม -31 กรกฎาคม 2553 จำนวน 1,436 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล ดังนี้



ตารางที่ 4.1 ข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตามประเภทเฉลี่ยในแต่ละวัน และจำแนกตามหอผู้ป่วย ระหว่างเวรเช้า ถึง เวรคึก (วันที่ 1 - 31 พฤษภาคม)

หอผู้ป่วย	ประเภทผู้ป่วย					รวมผู้ป่วย เฉลี่ย/วัน
	ประเภท1	ประเภท2	ประเภท3	ประเภท4	ประเภท5	
8/1	0.58	4.51	9.09	6.08	0.01	20.04
8/2	2.34	4.89	8.03	4.24	0.03	19.34
9/1	1.05	0.39	7.70	5.17	0.00	14.18
9/2	0.00	1.39	5.86	6.56	0.00	13.72
10/1	0.30	4.00	6.10	3.20	0.50	14.02
10/2	0.00	0.00	10.2	8.92	4.43	23.51
11/1	0.00	2.61	10.30	4.10	0.15	16.92
11/2	0.00	0.40	10.00	15.00	2.80	28.15
12/2	1.54	6.29	8.03	4.63	1.38	21.76
12/2	0.02	0.00	0.22	0.23	4.67	5.12
13/2	0.00	2.28	6.32	3.72	0.22	12.44
14/2	0.00	0.18	15.00	5.44	0.15	20.52
ICUM	0.00	0.00	0.00	0.00	5.99	5.98
ICUS	0.00	0.00	0.00	0.00	4.34	4.34
PICU	0.00	0.00	0.00	0.62	2.57	3.35
NICU	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	10.00
LR	0.00	0.00	0.00	0.25	10.00	10.00
รวม	5.83	26.94	96.85	67.91	37.24	233.49

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ในเดือนพฤษภาคม 2553 มีผู้ป่วยประเภท 1 เฉลี่ย 5.83 คนต่อวัน มีผู้ป่วยประเภท 2 เฉลี่ย 26.94 คนต่อวัน มีผู้ป่วยประเภท 3 เฉลี่ย 96.85 คนต่อวัน มีผู้ป่วยประเภท 4 เฉลี่ย 67.91 คนต่อวัน และมีผู้ป่วยประเภท 5 เฉลี่ย 37.24 คนต่อวัน

ตารางที่ 4.2 ค่าความสอดคล้องในการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยรวม และจำแนกแต่ละหอผู้ป่วย (n=1,436)

หอผู้ป่วย	ตัวบ่งชี้การพยาบาลที่สำคัญ				เฉลี่ย
	การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน	การรักษาพยาบาลและการให้ยา	การสังเกตอาการสัญญาณชีพ	การสอนและปรับประคับประคองจิตใจ	
8/1	76	58	78	72	71.00
8/2	74	55	75	77	70.25
9/1	78	68	79	75	75.00
9/2	77	65	80	78	75.00
10/1	76	68	78	68	72.50
10/2	76	75	81	65	74.25
11/1	79	69	80	73	75.25
11/2	74	68	79	59	70.00
12/2	75	67	77	56	68.75
13/2	74	48	75	64	65.25
14/2	72	49	70	70	65.25
ICUM	71	57	78	68	68.50
ICUS	70	52	72	65	64.75
PICU	68	54	75	45	60.50
NICU	76	64	77	43	65.00
LR	75	52	70	59	64.00
รวม	74.44	60.56	72.13	64.82	67.98

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ค่าความสอดคล้องในการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยวิจัยโดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 67.98 โดยที่หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กโตมีค่าต่ำสุด ร้อยละ 60.50 รองลงมาคือ แผนกห้องคลอด ร้อยละ 64 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมร้อยละ 64.75 เมื่อพิจารณาตามตัวบ่งชี้ พบว่า โดยรวมด้านการรักษาพยาบาลและการให้ยามีค่าต่ำสุด ร้อยละ 60.56 และด้านการสอนและการปรับประคับประคองจิตใจ ร้อยละ 64.82

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าความสอดคล้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยรวม และรายหอผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา

หอผู้ป่วย	ก่อนการพัฒนา		หลังพัฒนา	
	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ
8/1	71.00	พอใช้	82.00	ดี
8/2	70.25	พอใช้	81.00	ดี
9/1	75.00	พอใช้	83.00	ดี
9/2	75.00	พอใช้	85.00	ดี
10/1	72.50	พอใช้	86.00	ดี
10/2	74.25	พอใช้	88.00	ดี
11/1	75.25	พอใช้	86.00	ดี
11/2	70.00	พอใช้	84.00	ดี
12/2	68.75	ควรปรับปรุง	79.00	พอใช้
13/2	65.25	ควรปรับปรุง	78.00	พอใช้
14/2	65.25	ควรปรับปรุง	80.00	ดี
ICUM	68.50	ควรปรับปรุง	81.00	ดี
ICUS	64.75	ควรปรับปรุง	80.00	ดี
PICU	60.50	ควรปรับปรุง	82.00	ดี
NICU	65.00	ควรปรับปรุง	83.00	ดี
LR	64.00	ควรปรับปรุง	79.00	พอใช้
รวม	67.98	ควรปรับปรุง	82.31	ดี

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ค่าความสอดคล้องของการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยเปรียบเทียบ ก่อนการพัฒนา โดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 67.98 อยู่ในระดับควรปรับปรุง และหลังการพัฒนาเท่ากับ ร้อยละ 82.31 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายหอผู้ป่วยก่อนพัฒนาพบว่า อยู่ในระดับควรปรับปรุงทั้งสิ้น จำนวน 8 หอผู้ป่วย อยู่ในระดับพอใช้จำนวน 8 หอผู้ป่วย และหลังได้รับการพัฒนาแล้วอยู่ในระดับพอใช้ 3 หอผู้ป่วย อยู่ในระดับดีจำนวน 13 หอผู้ป่วย

ตารางที่ 4.4 แสดงสาเหตุและปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการจำแนกประเภทผู้ป่วย

รายการ	สาเหตุและปัญหาอุปสรรค
1. ด้านบุคลากร	-ขาดความรู้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย -ไม่เข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญในการจำแนกประเภทผู้ป่วย -ไม่ได้นำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยไปใช้จริง -ไม่มีการวิเคราะห์และประเมินผลเพื่อนำมาทบทวนแก้ไข -ขาดความต่อเนื่องในการทบทวนการแยกประเภทผู้ป่วย
2. ด้านเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย	-เกณฑ์การให้คะแนนไม่ชัดเจนบางระดับมีความคาบเกี่ยวกันทำให้เกิดความสับสน -ใช้เวลามากในการให้คะแนนทำให้เป็นภาระยุ่งยาก -เกณฑ์ไม่ชี้เฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่มทำให้ตัดสินใจยาก
3. ด้านระบบงาน	-ขาดการนิเทศติดตามการแยกประเภทผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ -การกำหนดเป็น KPI รายบุคคลเกี่ยวกับ Productivity ทำให้เกิดความไม่เินย -ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน -ขาดการปฐมนิเทศและการอบรมฟื้นฟูทักษะอย่างสม่ำเสมอ -ภาระงานมากในบางหอผู้ป่วยอัตรากำลังไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา (n=161)

คำถาม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ข้อที่ 1 การแยกประเภทผู้ป่วย มีกี่ประเภท	3.40	.53	ดี	3.67	.55	ดี
ข้อที่ 2 ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีชั่วโมง การพยาบาล (NHPPD) เท่ากับ.....	3.32	.45	ปานกลาง	3.60	.52	ดี
ข้อที่ 3 ค่ามาตรฐานของ Productivity	3.00	.52	ปานกลาง	3.44	.58	ดี
ข้อที่ 4 การจำแนกประเภทผู้ป่วยทำให้ มอบหมายงานได้ดีขึ้น คือ.....	2.72	.68	ปานกลาง	3.12	.67	ปานกลาง
ข้อที่ 5 การพยาบาลโดยตรงหมายถึง	2.88	.78	ปานกลาง	3.40	.69	ดี
ข้อที่ 6 ท่านใช้คู่มือในการจำแนก ประเภทผู้ป่วยเพื่อ.....	2.60	.56	ปานกลาง	3.20	.73	ดี
ข้อที่ 7 ผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีชั่วโมงการ พยาบาล (NHPPD) เท่ากับ.....	2.76	.66	ปานกลาง	3.16	.74	ปานกลาง
ข้อที่ 8 การจัดอัตราค่าจ้างอย่าง เหมาะสมมีประโยชน์อย่างไรกับ องค์กร	2.56	.67	ปานกลาง	3.40	.68	ดี
ข้อที่ 9 เกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วยใช้ เพื่อประกอบ.....	2.76	.74	ปานกลาง	3.28	.83	ดี
ข้อที่ 10 ข้อใดไม่ใช่ตัวบ่งชี้สำคัญการ พยาบาล	3.12	.73	ปานกลาง	3.60	.81	ดี
รวม	2.87	.63	ปานกลาง	3.38	.68	ดี

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมก่อนพัฒนา เท่ากับ 2.87 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาเท่ากับ 3.38 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ก่อนพัฒนา ข้อที่ 8 มีคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 2.56$) รองลงมาคือ ข้อที่ 6 ($\bar{X} = 2.60$) และ ข้อที่ 4 ($\bar{X} = 2.72$) สำหรับหลังการพัฒนา ข้อที่ 4 มีคะแนนต่ำสุด ($\bar{X} = 3.12$) รองลงมาคือ ข้อที่ 7 ($\bar{X} = 3.16$) และ ข้อที่ 6 ($\bar{X} = 3.20$)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา

คะแนนความรู้พยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	t-test	Sig.
ค่าเฉลี่ยความรู้การจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนการพัฒนา กับค่าเฉลี่ยความรู้การจำแนกประเภทผู้ป่วยหลังการพัฒนา	.1790	.018	3.75	.000

$p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาและพัฒนาระบบการจำแนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยทุกหอที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สรุปการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 พัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ทุกหอผู้ป่วยสังกัดฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

1.1.2 ศึกษาอุปสรรคและปัญหาของระบบการจำแนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

1.1.3 ศึกษาความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการและการวางแผน 2) ขั้นตอนการนำแผนสู่การปฏิบัติ 3) ขั้นการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์อุปสรรคปัญหา 4) ขั้นการปรับปรุงระบบและนำสู่การปฏิบัติ และ 5) ขั้นการประเมินผลซ้ำ วิเคราะห์ผลแปลผล และสรุปผลการศึกษา

1.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่มคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร จำนวนทั้งสิ้น 161 คน และผู้ป่วยใน ทุกคนที่แพทย์มีคำสั่งรักษาให้อยู่ในพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 1,436 คน

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย ใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของ จอห์นสัน (Johnson, 1984) ซึ่งได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท โดยกำหนดเกณฑ์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาลที่สำคัญ 4 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

หมวดที่ 2 การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา

หมวดที่ 3 การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ

หมวดที่ 4 การสอนและการประทับประคองจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภท จะมีเกณฑ์กำหนดลักษณะความต้องการผู้ป่วย เรียงลำดับความต้องการการพยาบาลจากน้อยไปหามาก 4 ระดับ โดยเริ่มจากคะแนน 1 ถึง 4 แล้วนำผลรวมของคะแนนมาจำแนกประเภทตามช่วงคะแนน ดังนี้

- 1-15.9 คะแนน ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ (Self care)
- 16-21.9 คะแนน ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลน้อย (Minimal care)
- 22-27.9 คะแนน ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยต้องการการดูแลปานกลาง (Moderate care)
- 28-33.9 คะแนน ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก (Extensive care)
- 34-40 คะแนน ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยต้องการการดูแลใกล้ชิด (Intensive care)

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาเพื่อใช้ในการทดสอบพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.3.1 จากการศึกษา พบว่า ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2553 มีผู้ป่วยประเภท 1 เท่ากับ 5.83 คนต่อวัน ประเภท 2 เท่ากับ 26.94 คนต่อวัน ประเภท 3 จำนวน 96.85 คนต่อวัน ประเภท 4 จำนวน 67.91 คนต่อวัน ประเภท 5 จำนวน 37.24 คนต่อวัน และโดยเฉลี่ย 233 คนต่อวัน สำหรับผลการประเมินค่าความสอดคล้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ช่วยวิจัย พบว่า มีค่าเพิ่มขึ้น โดยที่ก่อนการพัฒนาเท่ากับ ร้อยละ 67.8 และหลังการพัฒนาเท่ากับ ร้อยละ 82.31

1.3.2 ปัญหาและอุปสรรคการในจำแนกประเภทผู้ป่วยในมี 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย และด้านระบบงานซึ่งการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงระบบ โดยปรับเกณฑ์ให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และจัดการอบรมให้ความรู้ในการแยกประเภทผู้ป่วย ฝึกใช้เกณฑ์การประเมิน และการหาค่าความสอดคล้องในการประเมินตามตัวบ่งชี้ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา การสังเกตอาการ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดต่างๆ การสอนและการประทับประคองจิตใจ ตลอดจนเพิ่มความใกล้ชิดในการดูแลติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.3.3 คะแนนความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการแยกประเภทผู้ป่วยหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$) เป็นระดับดี ($\bar{X} = 3.38$)

1.3.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าสาเหตุในการจำแนกประเภทผู้ป่วยมี 3 ด้าน คือด้านบุคลากรที่ประกอบด้วยการขาดความรู้ความเข้าใจในเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย การไม่ตระหนักในความสำคัญของการแยกประเภทผู้ป่วย การไม่ได้นำเกณฑ์ไปใช้จริงในการแยกประเภทผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ เมธีพัฒนวิวัฒน์ (2551) ที่ศึกษาการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยด้วยเทคนิค A-I-C และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อคุณภาพในการดูแลของ อิชญา สุวรรณกุล และคณะ (2549) ซึ่งจากผลการศึกษานี้ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาโดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิเคราะห์อัตราค่าลง การจำแนกประเภทผู้ป่วยขึ้น 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มพูนทักษะให้กับพยาบาลระดับหัวหน้างาน พยาบาลระดับปฏิบัติการ มีผู้เข้าร่วมประชุม 100 คน และฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงาน แล้วสรุปผลนำเสนอต่อที่ประชุมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และมีการเน้นในการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการให้การพยาบาล การมอบหมายงานในทีมการพยาบาล การนิเทศติดตามงาน ซึ่งการติดตามงานได้มีการสร้างฐานข้อมูลในการแยกประเภทผู้ป่วยให้สามารถบันทึกในคอมพิวเตอร์และสามารถประมวลผลอัตราค่าลงได้โดยอัตโนมัติ พร้อมส่งรายงานให้กับฝ่ายการพยาบาลเมื่อถึงสิ้นเดือนได้ทันที โดยผู้บริหารทางการพยาบาลเองสามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์อัตราค่าลงบุคลากร ที่ควรจะมีได้อย่างเหมาะสมในแต่ละหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

ด้านเกณฑ์ พบว่า เกณฑ์บางข้อมีรายละเอียดไม่ชัดเจน ไม่ชี้ชัดในผู้ป่วยบางราย หรือในโรคที่อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำต่างๆ ตัวบ่งชี้แต่ละตัวค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่งผลให้เกิดความโน้มเอียงในการให้คะแนนในระดับที่สูงขึ้นกว่าความเป็นจริง สำหรับปัญหานี้ มีปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุนค่อนข้างมากที่จะทำให้ความโน้มเอียง เนื่องจากการนำไปเป็น KPI รายบุคคลด้วย ฝ่ายการพยาบาลจึงได้ประชุมชี้แจงให้ผู้บริหารการพยาบาลรับทราบในเรื่องความชัดเจน ความยุติธรรม ตลอดจนการนำเกณฑ์ที่ไม่ชัดเจนมาปรับปรุงในรายละเอียดให้สั้น กระชับ จดจำได้ง่าย โดยไม่กระทบต่อเนื้อหาที่ยังคงเดิม

ส่วนด้านระบบงาน พบว่า ปัญหาสำคัญคือ ภาระงานมากในแต่ละเวร และระบบการกำกับนิเทศติดตามของหัวหน้างานที่มีการดูแลไม่ทั่วถึง ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องมาจากปัญหาภาระงานที่มีมาก ดังนั้น การจำแนกประเภทจะใช้ความรู้สึกรับรู้ของพยาบาลว่าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงน้อย และให้คะแนนคงเดิม จึงเป็นเหตุผลว่าไม่ได้นำเกณฑ์ไปใช้ในทางปฏิบัติจริง สำหรับการขาดการนิเทศติดตามงานในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในแต่ละวันของหัวหน้างานการพยาบาลและผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่งผลให้มีความสำคัญในการแยกประเภทผู้ป่วยถูก

มองข้าม ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากผล การศึกษาดังกล่าว ฝ่ายการพยาบาลได้ปรับปรุงระบบการนิเทศติดตามงาน โดยบรรจุเป็นภารกิจ สำคัญของหัวหน้างานการพยาบาลในหน่วยงานหอผู้ป่วย ที่ต้องติดตาม และสอน แนะนำแก่ บุคลากรได้อย่างถูกต้อง

สำหรับการประเมินผล ค่าความสอดคล้องของการจำแนกประเภทผู้ป่วยในระยะ ก่อนการพัฒนา พบว่า ค่าความสอดคล้องของการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามตัวบ่งชี้ด้าน การปฏิบัติการพยาบาลและการให้ยา และด้านการสอนและประทับประคองจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ควร มีการปรับปรุงการจำแนกประเภทตามตัวบ่งชี้ขึ้นให้ชัดเจน ซึ่งจากผลการพัฒนา พบว่า ค่าความ สอดคล้องของการจำแนกประเภทผู้ป่วยในระยะหลังการพัฒนามีค่าเพิ่มขึ้น

สรุป ในการพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน พบว่า สาเหตุและปัญหาใน การจำแนกประเภทผู้ป่วยมี 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านเกณฑ์ และด้านระบบงาน เมื่อได้ทำการ พัฒนาตามสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้ค่าความสอดคล้องในการประเมินการจำแนก ประเภทผู้ป่วยมีค่าสูงขึ้น ทั้งในภาพรวม และแต่ละตัวบ่งชี้สำคัญ

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ฝ่ายการพยาบาล ควรมีการทบทวนเกณฑ์ในการแยกประเภทผู้ป่วยอย่าง สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อมีบุคลากรเข้ามาใหม่ เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีความรู้มีความเข้าใจ รวมถึง การนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างแม่นยำ

3.1.2 ควรมีการสำรวจค่าความสอดคล้องในการประเมินทุก 3-4 เดือน เพื่อเป็น การกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักในความสำคัญ มีการพัฒนาตนเองและสามารถใช้เกณฑ์ได้ ถูกต้องเหมาะสม

3.1.3 ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลหรือการพยาบาล จากการใช้ระบบการ จำแนกประเภทผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลขององค์กร

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อจะได้พัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยได้อย่างมีประโยชน์ เต็มที่

3.2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณเวลาที่แท้จริง ในผู้ป่วยแต่ละประเภท ที่มารับบริการในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อนำไป

วิเคราะห์กับปริมาณเวลาของผู้ป่วยแต่ละประเภท ที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในปัจจุบัน เนื่องจาก
ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป โรคต่างๆ มีการพัฒนา รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
บางอย่างได้เปลี่ยนขั้นตอน และมีเทคโนโลยีใหม่มาช่วยลดขั้นตอนมากขึ้น





บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงวงศ์, 2545. แนวทางการจัดอัตราค่าจ้างทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กองการพยาบาล. 2539. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์: ที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ก.
- กองการพยาบาล. 2539. คู่มือการจัดการบริหารพยาบาล: จากหลักการสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ข.
- กองการพยาบาล. 2545. แนวทางการจัดอัตราค่าจ้างทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.)
- กรมการแพทย์. 2542. ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2539. การบริหารหอผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ปิ่นเกล้าการพิมพ์.
- กัลยา วาณิชยบัญชา. 2545. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ซีเค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- จินตนา ปรีชา. 2524. การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลในแผนกกุมารเวชศาสตร์โดยใช้ความต้องการการพยาบาลเป็นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. ภาควิชาพยาบาลศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร สาลี. 2546. การศึกษาการจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ความต้องการการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด: กรณีศึกษาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เถลิงศรี ศรีทรง, 2526. การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาลแต่ละเวรโดยใช้ความต้องการพยาบาลเป็นพื้นฐานของหน่วยอายุรศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. ภาควิชาพยาบาลศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชาวุธ นิตยสุทธิ. 2534. ประชากรและการเลือกสิ่งตัวอย่าง. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สถิติและการวิจัยสำหรับวิทยานิพนธ์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: 268.
- นิตยา โรจน์รัตนศิริกิจ. 2546. การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในห้องคลอดตามปริมาณงาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช วังชัยศรี. 2546. การศึกษาอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ตามความต้องการการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2533. การจัดการทางการแพทย์. ชลบุรี: ภาควิชาวิจัยประเมินผลและการบริหารทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2545. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ประคอง กรรณสูตร. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 10-11.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2529. ทรัพยากรกับการบริหารการพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล. หน่วยที่ 11-13. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ม.ศ.ร.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2544. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บุปผารัตน์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2546. ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปรีณติง. สำนักการพยาบาล. 2547. การจำแนกประเภทผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- ภรณ์ มหามนต์. 2529. การประเมินประสิทธิผลขององค์การ. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- มาริสมา สมบัติบุรณ์. 2546. แนวคิดการบริหารอัตราค่าจ้าง. กรุงเทพมหานคร: พีเอลิฟวิ่ง จำกัด.
- ราศรี แก้วนพรัตน์ และสิรินทร์ ศาสตราวุธ. 2540. การใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยสำหรับการจัดสรรอัตราค่าจ้างในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัย
- วงเดือน ฤชา. 2542. การจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์โดยการวิเคราะห์ปริมาณงานตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วราพร หาญคุณะเศรษฐ์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับผลลัพธ์การพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2534. คู่มือการวิจัยการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC. กรุงเทพมหานคร: ชมรมผู้สนใจงานวิจัยทางการศึกษา.
- สุวรรณ เมธีพัฒน์วิวัฒน์. 2551. การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยด้วยเทคนิค A-I-C. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อิชญา สุวรรณกุล และคณะ (2549). การพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในคุณภาพการดูแล. วารสารสำนักการพยาบาล. 2(30); 17-21.
- อวยพร ตันมุขกุล. “ประเด็นเกี่ยวกับระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในประเทศไทย” วารสารสภาการพยาบาล. 12 (4), 2540: 44-60.

- Barrett, Y. 1974. **The head nurse: Her leadership role.** 3rd ed. New York: Appleton Century- Crofts.
- Bennis, W., and Goldsmith, M.Y. 1994. **Learning to lead: A workbook on becoming a leader.** Massachusetts: Adison – Wesley.
- Bolon, D.S. 1997. Organization citizenship behavior among hospital employees: A multidimension Analysis involving job satisfaction and organization commitment. **Hospital and Health Services Administration** 42(2): 221-241.
- Buchanan, B.1994. Building organizational commitment: The socialization of managers in work Organizations. **Administrative Science Quarterly** 19:533-546.
- Daft, R.L. 2001. **Organization theory and design.** 7th ed. Ohio: South-Western.
- DeGroot, H.A.1994. “**Patient Classification System Evaluation Part 1: Essential System Elements**” **JONA.**19 (6):30-35.
- DeGroot, H.A.1994. “Patient Classification System and Staffing Part 2: Practice Process” **JONA.**24 (10):17-23.
- Department of Health Education and Welfare, Division of Nursing. 1978. **Method for Studying Nurse Staffing in a Patient Unit.** DHEW Pub. No. HRA 78-3. Washington, D.C.: DHEW
- Gilles, D.A. 1982. **Nursing Management: A System Approach.** Philadelphia: W.B.saunders Company.
- Gillies, Dee Ann.1982. **Nursing management :A system Approach,** Philadelphia: W.B.Saunders Co.
- Gillies, Dee Ann.1994. **Nursing Management :A system Approach.** 3rd ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co.
- Giovannetti, P.1979. “Understanding Patient Classification System” **Journal of Nursing Administration.** Feb.4-9.
- Graf, C. M. Millar, S., Feilteau, C., Coakley, P.J., & Erickson, J.I.. 2003. **Patients’ Needs for Nursing Care: Beyond Staffing Ratios.** **JONA.**33 (2): 76-81.
- Hendrickson, G, Doddato, T.M. & Kovner, C.T.. 1990. **How Do Nurses Use Their Time?** **JONA.** March Vol. 20 No. 3: 31-37.
- Hertzberg, F. Mausner, B., and Synderman, B. B. 1993. **The motivation to work.** New Brunswick : Transaction.
- Hoffman, 1988. **Nursing Productivity Assessment and Costing Out Nursing Services.** Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Holly, A.D.Groot.1989. **Patient Classification System evaluation part 1:essential system element.** The Journal of Nursing Administration.19(6):30-35.

- Jelnek, R. & Pierce, F. 1982. **A nursing systems approach :Productivity and quality of care** .Public Productivity Review.6(3).
- Johnson, 1984. **A Practical Approach to Patient Classification” Nursing Management**. 15(6): 39-44.
- Marshall, E.M. 2000. **Building trust at the speed of change: The power of the relationship – based Corporation**. New York: Amacom.
- Monday, R.W., Noe, R.M., and Premeaux, S.R. 2002. **Human resource management**. 8th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Nadler, L., and Nadler, Z .1989. **Developing human resource**. San Francisco: Jossey Bass.
- Pedderson, A. 1993. Qualities of the excellent head nurse. **Nursing Administrative Quarterly**18:40-50.
- Polit,D.F.&Hungler,B.P.(2001).Essential of Nursing Research:Method, appraisal and utilization (5th),p.p 429-456.Philadelphai:Lippincott.
- Quinn,R E., and others. (1996). **Becoming a master manager: A competency framework**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Robbins, S.P. 2000. **Essentials of organizational behavior**.6th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Seago, J. A. 2002. **A Comparison of Two Patient Classification Instruments in an Acute Care Hospital**. JONA. 32 (5): 243-249.
- Schultz, W. 1984. **The truth option: A practical technology for human affairs**. California: Ten Speed Press.
- Simms, L.M., Princ, S.A. & Errin, N.E.1994. “**The Professional Practice of Nursing Administration** 2nd ed.Albany: Delmar Publishers Inc.
- Steven H.Shaha,Carol Bush.1996.**Fixing acuity : a professional approach to patient classification and staffing**.Health Publications .(Nov-Dec).
- Sullivan, P.M., and Carion- Catalano, J. 1990. **Nursing leadership and management: A study and Learning tool**. US: Springhouse Corporation.
- Suilivan, E.J. and Decker, P.J. 1992. **Effective management in nursing**. 3rd ed. California; Addison Watery Nursing.
- Swanburg, R.C. 1990. Management and leadership for nurse managers .MA:Jones and Bartlett.
- Swans burg, R.C. 1995. **Nursing staff development: A component of human resource development**.Boston: Jones and Bartlett.
- Swans burg, R.C.. 1996. **The nurse manager of staff development**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.

- Swans burg, R.C., et al. 2002: **Management and leadership for nurse managers**. 3rd ed. United States of American: Jones and Bartlett Publishers.
- Tobin, H.M., and others. 1974. **The process of staff development: Components of change**. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Urden, J.D. & Roode, J.L. 1997. "Working Sampling: A Decision-Making Tool for Determining Resources and Work Redesign" **JOAN**. Vol 27 No.9 September: 34-41.
- Vanputte, A.W., et al. 1985. **Accounting for patient acuity : The nursing time dimension**. Nursing Management. 16 (10):22-30.
- Warstler, M.A. 1974. "Nursing Hour Needs" Cite in **WHO Guidelines for Planning Nursing Workforce Requirement for SEAR Countries**.
- Wayne, M.R., and Noe, R.M. 1999. **Human resource management**. 7th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice- Hall.
- Williams, G.H. and Anderson. J.J. 1982. **Development a labour and delivery patient classification system**. Nursing Management 23(10):74-80.
- Yamane, T. 1973. **Statistics; An introduction analysis**. 3rd ed. New York: Harper and Row.
- Yoder Wise, P.S. 1995. **Leading and managing in nursing**. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Young, L.C., and Hayne, A.N. 1988. **Nursing administrations: From a concept to practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.





ภาคผนวก ก

ตัวอย่างคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ตัวชี้วัดสำคัญทางการพยาบาล	Determiners ค่าคะแนน			
	1	2	3	4
1.การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน 1.1 การรับประทานอาหาร	- รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องความช่วยเหลือจากบุคลากรพยาบาล - งดรับประทานอาหาร (NPO)	รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และต้องการความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร จัดท่า ใ้ส่ถาดอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร ต้องการการกระตุ้นให้รับประทานอาหารและน้ำ	ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง แต่ยังสามารถเคี้ยวอาหาร และกลืนได้ ต้องการความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร จัดท่า และป้อนอาหาร หรือการดูแลเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค	ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง อาจมีปัญหาในการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร ต้องได้รับอาหารทดแทนอื่น ได้แก่ ทางสายยาง
1.2 การดูแลขนอมัยส่วนคลล	- สามารถอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายได้เองทั้งหมด ไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ	- สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อทำความสะอาดร่างกาย บางส่วนที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วยตนเอง เช่น เช็ดหลัง และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น	- ไม่สามารถอาบน้ำหรือเช็ดตัวได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้อบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายทั้งหมด (รวมทั้งปาก – ฟัน) ให้ที่เตียง แต่สามารถช่วยพลิกตะแคงตัวได้เองในขณะที่อาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า	ไม่สามารถอาบน้ำได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้อบน้ำทำความสะอาดร่างกายทั้งหมด (รวมทั้งปาก – ฟัน) ให้ที่เตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย
1.3 การขับถ่าย	- สามารถขับถ่ายและเดินไปห้องน้ำด้วยตนเอง โดยไม่ต้องความช่วยเหลือใดๆ	- สามารถขับถ่ายและเดินไปห้องน้ำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรพยาบาลในการช่วยพยุงตัวลุกจากเตียงและเดินไปห้องน้ำ หรือต้องการความช่วยเหลือเฉพาะการนำหมอนอนและ/หรือกระบอกตวงปัสสาวะ	- ไม่สามารถลุกเดินไปห้องน้ำได้เองหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย อันเนื่องมาจากปัญหาความเจ็บป่วย ต้องถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะที่เตียง ต้องการความช่วยเหลือในการให้หมอนอนและกระบอกตวง	ไม่สามารถขับถ่ายได้เองหรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษเกี่ยวกับการทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงรองรับการเปลี่ยนผ้า เช่น ป่วยที่ไตสายสวนปัสสาวะ ส่ external urinary

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน 10 – 15.9 เป็น ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ (self care)

คะแนน 16 – 21.9 เป็น ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลน้อย (minimal care)

คะแนน 22 – 27.9 เป็น ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลปานกลาง (moderate care)

คะแนน 28 – 33.9 เป็น ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมาก (extensive care)

คะแนน 34 – 40 เป็น ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (intensive care)



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบแยกประเภทผู้ป่วย

แบบแยกประเภทผู้ป่วย

WARDวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Bed.....ชื่อ.....สกุล

.....

หัวข้อ		ดื่ก				เข้า				ป่วย			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	1.1												
	1.2												
	1.3												
	1.4												
2	2.1												
	2.2												
	2.3												
3	3.1												
	3.2												
4													
ประเภทผู้ป่วย													

หมายเหตุ

.....



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้พยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ชื่อ.....นามสกุล.....หอผู้ป่วย.....

คำชี้แจง ให้ท่าน X คำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ข้อที่ 1 การแยกประเภทผู้ป่วยที่ใช้ในแผนกของท่านแบ่งผู้ป่วยเป็นกี่ประเภท

- | | |
|-------------|-------------|
| ก. 4 ประเภท | ข. 2 ประเภท |
| ค. 1 ประเภท | ง. 5 ประเภท |

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ย (NHPPD) เท่ากับเท่าใด

- | | |
|---------------|----------------|
| ก.3.5 ชั่วโมง | ข. 7.5 ชั่วโมง |
| ค.12 ชั่วโมง | ง. 5.5 ชั่วโมง |

ข้อที่ 3.....

ข้อที่ 4.....

ข้อที่ 5.....

ข้อที่ 6.....

ข้อที่ 7.....

ข้อที่ 8.....

ข้อที่ 9.....

ข้อที่10 ข้อใดไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการพยาบาล

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| ก.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | ข. การติดตามสัญญาณชีพ |
| ค.การทบทวนข้างเตียง | ง. การสอนและการกระตุ้นประกอบจิตใจ |