

การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย
ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม
: หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบาราศนราดรุร



นางอัจฉรา อิ่มน้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMPARATIVE COST ANALYSIS OF NURSING INTERVENTION AND DIAGNOSIS RELATED GROUPS FOR HIV/AIDS BASED ON SYMPTOM CLASSIFICATION
MEDICAL WARD, BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE



Mrs. Archara Imnoi

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

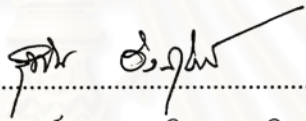
Chulalongkorn University

Academic Year 2007

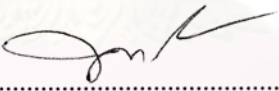
Copyright of Chulalongkorn University

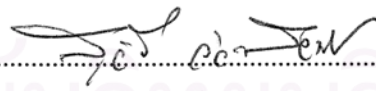
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนก
ประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วม: หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร
โดย นางอัจฉรา อิ่มน้อย
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเชช สุชีวะ)

อัจฉรา อิ่มน้อย : การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (COMPARATIVE COST ANALYSIS OF NURSING INTERVENTION AND DIAGNOSIS RELATED GROUPS FOR HIV/AIDS BASED ON SYMPTOM CLASSIFICATION: MEDICAL WARD, BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 162 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย และศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทางการพยาบาล 31 คนและผู้ป่วย 92 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ 2551 ถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เครื่องมือการวิจัยมี 4 ชุด คือ 1) พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย 3) แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล และ 4) แบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เครื่องมือทั้ง 4 ชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ0.90 และทดสอบความเที่ยงได้0.91

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4< 200 cells /mm³ มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงที่สุดคือ 12,015.24 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4200-499 cells /mm³มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยเท่ากับ 7,470.69 บาท และผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลาง ที่มีค่า CD 4< 200 /mm³ มีค่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 6,647.50 บาท

2. ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่สูงที่สุดคือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยทุกประเภท คือ ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4< 200 cells /mm³ มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย 5,853.02 บาท ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD4 200 - 499 cells /mm³มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยเท่ากับ 3,548.77 บาท และประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง ที่มีค่า CD 4< 200 /mm³ มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยเท่ากับ 3,248.38 บาท

3. สัดส่วนร้อยละของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วมสูงสุด คือ ร้อยละ 264.89 ในผู้ป่วยที่มีวันนอน 23 วัน

4. สัดส่วนร้อยละของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1 RW สถาบันบำราศนราดูร สูงสุด คือร้อยละ 93.44

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อ นิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2550.....ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4877860036: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

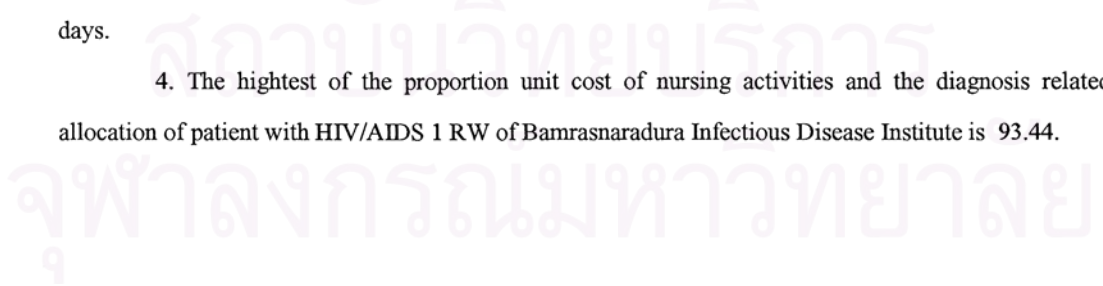
KEY WORDS: NURSING ACTIVITIES COST / PATIENT CLASSIFICATION / DIAGNOSIS RELATED GROUP ALLOCATION

ARCHARA IMNOI : COMPARATIVE COST ANALYSIS OF NURSING INTERVENTION AND DIAGNOSIS RELATED GROUPS FOR HIV/AIDS BASED ON SYMPTOM CLASSIFICATION : MEDICAL WARD, BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph. D., 162 pp.

The purposes of this descriptive research were to analyze the nursing activities cost during admission to discharge based on patient classification, Assist and to find out the comparative result between nursing activities cost on patient classification and diagnosis related group allocation of patient with HIV/AIDS at medical unit. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Research samples consisted of 19 nursing staff, and 92 patients who admitted in medical care unit during data collecting time. The research instruments were critical of patient with HIV/AIDS classification checklist the activity definition of patient with HIV/AIDS classification, the nursing activities checklist item, and the expense collecting form of DRGs allocated of patients with HIV/AIDS. All instrument were tested for content validity and reliability.

The major results of this study were as follows:

1. The highest average unit cost of nursing activities based on patient with HIV/AIDS classification was the patients with HIV/AIDS in category C₃, which is 12,015.24 Baht. patients in category C₂, of 7,470.69 Baht. and patients with HIV/AIDS in category B₃, of 6,647.50 Baht.
2. The highest average unit cost of nursing activities based on type of activities nursing care of HIV/AIDS in category C₃, which is 5,853.02 Baht. patients with HIV/AIDS in category C₂, of 3,548.77 Baht. And patients with HIV/AIDS in category B₃, of 3,248.38 Baht.
3. The highest of the proportion unit cost of nursing activities and the diagnosis related group allocation of patient with HIV/AIDS is 264.89 percent of the patient with HIV/AIDS having length of stay 23 days.
4. The highest of the proportion unit cost of nursing activities and the diagnosis related group allocation of patient with HIV/AIDS 1 RW of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute is 93.44.



Field of study.....Nursing Administration.....Student's signature.....*Archana Imnoi*
 Academic Year.....2007.....Advisor's signature.....*Suvinee Wivatvanit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วัฒนาวณิช อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการวิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบเสนอเนื้อหา ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทความรู้วิชาการ ประสบการณ์ทางด้านการบริหารจัดการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาสละเวลาในการตรวจแก้ไขเครื่องมือและให้คำแนะนำในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติที่ได้อนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและความร่วมมือ สนับสนุนในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตพี่ๆ น้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ทำให้กำลังใจช่วยเหลือ แนะนำ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันมาตลอด

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอรำลึกถึงพระคุณของบุพการีซึ่งเป็นพลังใจในการดำเนินชีวิตตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคน ที่คอยให้กำลังใจผู้วิจัย ส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 เอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
หอผู้ป่วยอายุรกรรมติศเชื้อ.....	10
การบริหารทรัพยากร.....	15
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย	18
แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาล	22
แนวคิดการศึกษาปริมาณงาน	25
การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล	28
แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	48

บทที่	หน้า
การตรวจสอบเครื่องมือ	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	55
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
สรุปผลการวิจัย	90
อภิปราย	96
ข้อเสนอแนะ	102
รายการอ้างอิง	104
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ	109
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ	111
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	114
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	162

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การจำแนกโรคหรือสาเหตุและผู้ป่วยที่ใช้บริการ 5 อันดับแรก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้ในปี พ.ศ. 2549	12
2 แสดงการเก็บขนาดตัวอย่างของกิจกรรมที่เหมาะสม.....	27
3 แสดงค่าความเที่ยงของการใช้แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล	53
4 แสดงค่าความเที่ยงของการจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	53
5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้ จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่งในการปฏิบัติงานราชการ.....	60
6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามประเภทของหอผู้ป่วย อายุรกรรมติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระยะเวลา ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2551 – 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551.....	60
7 จำนวนครั้งและร้อยละตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเวรเช้า บ่าย คึก ในกลุ่มตัวอย่าง 92 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้.....	62
8 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท ตามความต้องการการดูแลทางการพยาบาล.....	63
9 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (นาทึ)	65
10 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ (นาทึ)	67
11 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย	69
12 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบันทึกรายงาน (นาทึ) ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย.....	70
13 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงตามการจำแนกปะเภทผู้ป่วย	72
14 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการตามการจำแนกประเภท ผู้ป่วย	75
15 ต้นทุนกิจกรรมการบันทึกรายงานทางการพยาบาลตามการจำแนกประเภท ผู้ป่วย	77
16 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงาน (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วย	78

	หน้า
ตารางที่	
17 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	80
18 การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภท ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หอผู้ป่วย อายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร.....	82
19 เปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภท ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรค รวม 1 RW ของสถาบันบำราศ.....	87



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่

1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	42
---	----------------------------	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรงเมื่อปีพ.ศ. 2540 ส่งผลกระทบต่อการบริหารหน่วยงานภาครัฐและการดำรงชีวิตของประชาชนคนไทย ภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ มีผลกระทบในระบบบริการสุขภาพ มาตรการหนึ่งที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณเดิมที่มุ่งเน้นการควบคุมการใช้ทรัพยากร มาเป็นระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและผลสัมฤทธิ์ (Strategic Performance-Based Budgeting : SPBB) ได้กำหนดแนวทางเพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้ คือหน่วยงานภาครัฐจะต้องมีขีดความสามารถหรือมีมาตรฐานการจัดการทางการเงิน 7 Hurdles ดังนี้คือ 1) การวางแผนงบประมาณ (Budget Planning) 2) การคำนวณต้นทุนการผลิต (Output Costing) 3) การจัดระบบการจัดซื้อจัดจ้าง (Procurement Management) 4) การบริหารทางการเงินและควบคุมงบประมาณ (Financial Management/Fund Control) 5) การบริหารสินทรัพย์ (Asset Management) 6) การรายงานทางการเงินและผลการดำเนินงาน (Financial and Performance Reporting) 7) การควบคุมและตรวจสอบภายใน (Internal Audit and Control) (ชัยสิทธิ์ เกลิมมีประเสริฐ, 2546)

โดยที่สภาที่ปรึกษาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2540 ได้เห็นความสำคัญกับการดำเนินงานของรัฐบาลที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า จึงเริ่มนโยบาย โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนได้รับการรักษาในขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จึงมีการออกแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งมีหลักการสำคัญดังนี้ 1) ความเท่าเทียมกันของประชาชน (Equity) 2) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) 3) คุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality) 4) การมีส่วนร่วมของสังคมในการตรวจสอบ (Social Accountability) 5) ความง่ายในการจัดการ (Simplicity) 6) การจัดการให้สิทธิแก่ประชาชนที่ขาดสถานที่พักพิงที่ชัดเจนและกลุ่มคนที่มีการเคลื่อนย้ายบ่อยๆ (Non-registration and Portability) จากการที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้มีอัตราการใช้บริการในผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.30 (คณะทำงานสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิต สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) จากการจัดระบบบริการอย่างครบวงจร ตลอดจนการจัดระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มีการส่งต่อการรักษา ในกรณีที่ใช้บริการมีปัญหาการเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน ไปยังสถานบริการสุขภาพขั้นทุติยภูมิและ

และศัลยกรรมซึ่งสถานบริการสามารถเบิกเงินค่าชดเชยในด้านการคิดค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน รายที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ตามราคากลางของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs)

เนื่องจากต้นทุนกิจกรรม ซึ่งเป็นระบบการบริหารที่จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเข้าใจถึง สภาพการณ์ของต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กร ซึ่งประกอบไปด้วย การกำหนดกิจกรรม การคิด ต้นทุนกิจกรรมและการวัดผลการปฏิบัติงาน (ชัยสิทธิ์ เถлимมีประเสริฐ : 2548: 61) สำหรับต้นทุน การจัดบริการพยาบาลนั้น ได้มีการศึกษาวิเคราะห์ในหลายแนวทาง สำหรับในประเทศไทย อเมริกาเริ่มมีการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการพยาบาลประมาณปี ค.ศ. 1980 ซึ่งการวิเคราะห์ที่ผ่าน มาปรากฏแนวทางในการวิเคราะห์ คือต้นทุนการบริการพยาบาลต่อวันนอนโรงพยาบาล 1 วัน วิธีการ คิดต้นทุนนี้ ไม่สามารถที่จะใช้วัดความต้องการการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแล การพยาบาลที่ต่างกันได้อย่างถูกต้อง (Bentham, 1999 ; Rotch, 2000) วิธีการคิดต้นทุนโดยใช้การ วินิจฉัยโรค วิธีการนี้ยังขาดการปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน และเวลาที่ถูกต้องในการทำกิจกรรมการ พยาบาล (สุวรรณณี เจริญรุ่งเรือง, 2547 ; Ramsey, 1994 ; Hansen, 2000) วิธีการคิดต้นทุนต่อความ ต้องการการดูแล และวิธีคิดต้นทุนโดยใช้ภาระงาน (Daly, 2004 : 225) การวิเคราะห์ต้นทุนการ บริการพยาบาลจากกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention) ทำให้ทราบถึงความต้องการการ พยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละประเภท การวัดปริมาณงานเพื่อสามารถนำมาคาด คະเนอัตรากำลัง ตลอดจนสามารถนำกิจกรรมการพยาบาล เวลา อัตราเงินเดือนและค่าอุปกรณ์มาคำนวณเพื่อได้ ต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยในการทำกิจกรรมพยาบาล สถาบันบาราศนราครุได้ใช้การจำแนกประเภทของ โรคตามสถิติ และปัญหาสาธารณสุขสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems :CD10, CD9) เป็นแนวทางในการ วิเคราะห์ต้นทุน ในด้านการคิดค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในรายที่เป็นโรคที่มีค่าการใช้จ่ายสูง สามารถเบิกเงินค่าชดเชยได้จากการใช้ราคากลาง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRGs) มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องใช้ ทรัพยากรของชาติเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่อง จากการรักษาค่อนข้างสูง ค่ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ US\$ 13,100 ในฝรั่งเศสและอังกฤษ (Freedberg , 2003) สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วย จะได้รับการ รักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 12 วัน (สถาบันบาราศนราครุ, 2549) ค่ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 แสนบาทต่อปีในไทย (ชัยศ คุณานุสนธิ์ , 2544 : 6)

สถาบันบาราศนราครุ ได้รับเงินจัดสรรงบประมาณปี พ.ศ.2549 งบดำเนินงานส่วนค่า รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคิดเป็น 31.73% เป็นเงิน 62,958,309 บาท ซึ่งผลรวมค่า รักษาพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในประเภทผู้ป่วยทั่วไป 7,100 คน เป็นเงิน 81,579,978 บาท คิดเป็น ค่าเฉลี่ย 11490.14 บาทต่อราย และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1,463 คนเป็นเงิน 30,635,867 บาท คิดเป็น 20940.44 บาทต่อราย ค่ารักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ต่อรายคิดเป็น 1.8 เท่า ของผู้ป่วยทั่วไป

(ประสงค์ ว่องวชิรัชย์, 2549) ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานได้รับเงินชดเชยการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขึ้นอยู่กับการจำแนกประเภทของการวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Groups : DRGs) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ หัตถการการรักษา ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย บุคลากรต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีทักษะในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ สามารถใช้ความรู้ร่วมกับทักษะความรวดเร็วในการประเมินวินิจฉัยและการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยปราศจากความเสี่ยง ระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ความต้องการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ในภาวะวิกฤตจะมีสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มักมีพยาธิสภาพของร่างกายที่รุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์ร่วม โรคติดเชื้อฉวยโอกาสระยะสุดท้ายมีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm^3 จะมีพยาธิสภาพที่รุนแรงต่อทุกระบบของร่างกาย สมองมีการติดเชื้อ จะมีอาการเพ้อคลั่ง เอะอะไววาย ปอดอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบมาก ตาพร่ามัวมองไม่เห็น ระบบทางเดินอาหารเป็นแผลเปื่อยจากเชื้อรา รับประทานอาหารไม่ได้ต้องให้สารอาหารพิเศษทางหลอดเลือดหรือใส่สาย NG tube ผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์เป็นแผลพุพองทั่วตัวจากเชื้อรา แผล Herpes แผลกดทับ มีความเปราะบางของผิวหนังและเส้นเลือด ชั้นกล้ามเนื้อถูกทำลายจนมีลักษณะผอมแห้งไม่มีแรง การต้องพึ่งพาผู้อื่น การถูกรังเกียจจากสังคม ถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หมดกำลังใจ ผู้ป่วยจึงมีภาวะวิกฤตและจัดเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมและมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ติดต่อโดยเลือดและสารคัดหลั่งทางเยื่อเมือกและมีแผล พยาบาลผู้ให้การพยาบาลหรือทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย จึงต้องมีการป้องกันความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป การทำกิจกรรมต้องใช้ความระมัดระวังและต้องทำงานเป็นทีมในการช่วยจับยึดหรือให้การพยาบาล ต้องใช้อุปกรณ์และเวลาในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ป่วยแต่ละคน ได้มีการแบ่งประเภทผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ 1) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกที่ไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic : กลุ่ม A) มีค่า $CD4 \geq 500 /\text{mm}^3$ 2) ผู้ป่วยระยะปานกลาง เริ่มแสดงอาการบางอย่าง (Symptomatic : กลุ่ม B) มีค่า $CD4$ อยู่ระหว่าง $200 - 499 /\text{mm}^3$ 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคเอดส์ (AIDS : กลุ่ม C) มีค่า $CD4 < 200 /\text{mm}^3$ (CDC, 1993) ซึ่ง Fred J. Hellinger (2000) ได้ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มีค่า $CD4$ น้อยกว่า 75 mm^3 มีต้นทุนทางตรงในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีค่า $CD4$ มากกว่า $75 /\text{mm}^3$

เนื่องจากค่า Related Wright (RW) สถาบันบาราศนราครุ ได้ลดต่ำลงจาก 15,783 บาท/ราย/ครั้ง ในปี พ.ศ.2549 เป็น 12,858 บาท ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งลดลงจากเดิม 2,925 บาท ทั้งที่ต้นทุนการลงทุนในปี พ.ศ. 2550 มีการเพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งต้นทุนค่าแรง ค่าอุปกรณ์ จำนวนบุคลากร และ

ปริมาณงานมีมากขึ้นจากงานเอกสารและการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย สืบเนื่องจากในการพิจารณาค่า Relative Weight (RW) ขาดข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของงานบริการของพยาบาล เป็นการใช้งันทุนที่สูงคิดเป็น 43.60% ของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละราย (Richard Stanford, 1999) ดังนั้นผู้บริหารต้องมียุทธการจั้ดเตรียมบุคลากร การเตรียมอัตรากำลังเป็นต้นทุนค่าแรงในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่จะนำไปประกอบการใช้เกณฑ์ DRGs ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดั้ทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการใช้เรียกเก็บค่ารักษา และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร มีราคาเท่าใด
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่าย ที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร
2. ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกผู้ป่วยในตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อสถาบันบำราศนราดูร วิเคราะห์โดยระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity – Based Costing : ABC) และค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan and

Cooper (1998) โดยคิดค่ากิจกรรมการพยาบาลจากกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Urden และ Roode (1997) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทางตรง กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และกิจกรรมการทำบันทึกรายงาน แบ่งแยกระดับของกิจกรรมโดยยึดหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวคิดของ Tucker (2000) ดังนี้ คือ

1. **ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย** หมายถึงต้นทุนค่าแรงจากการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล โดยศึกษาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยแต่ละราย ในศึกผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ โดยใช้หลักขั้นตอนการคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ดังนี้ คือ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล 2) การลงน้ำหนักหรือสัดส่วนเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 3) การเก็บรวบรวมและระบุค่าใช้จ่ายของการทำกิจกรรมการพยาบาล 4) การเก็บรวบรวมปริมาณงานของการทำกิจกรรมการพยาบาล 5) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยมีการปันส่วนค่าใช้จ่ายออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การปันส่วนค่าใช้จ่ายโดยใช้ตัวผลกดันต้นทุนทรัพยากร (Resource Cost Pool) ที่เป็นต้นทุนค่าแรง ได้แก่ เงินเดือน ค่าเวร ค่าล่วงเวลา และรวมถึงเงินค่าสวัสดิการของบุคลากรทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยติดเชื้ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และ 2) ตัวผลกดันต้นทุนกิจกรรม (Activity Cost Driver) จากจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท ในช่วงเวลาที่ศึกษา

2. **กิจกรรมการพยาบาล (Nursing activities)** หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในศึกผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติระหว่างเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในศึกผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ตามแนวคิดของ Urden และ Roode (1997) ยกเว้นกิจกรรมส่วนตัว ซึ่งประกอบด้วย

2.1 **กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง** เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยตรงแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล ในศึกผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยติดเชื้ ได้แก่ การรับใหม่ โดยมีการจัดเตรียมและมีแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา คือยาต้านไวรัสผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างครบถ้วน ถูกชนิด ถูกขนาด ได้รับยาตรงตามเวลาทุกมื่อเพื่อประสิทธิภาพของยา การให้ยาเฉพาะเพื่อรักษาโรคติดเชื้ฉวยโอกาสที่เกิดในผู้ป่วยเอดส์ การให้ข้อมูล เรื่องการติดต่อ การป้องกัน ตลอดจนการติดเชื้โรคร่วมและวิธีการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับภาวะการเจ็บป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเจาะหลัง ระบายน้ำไขสันหลัง ในการเจาะหลังและการกระเด็นของน้ำไขสันหลัง โดยการใช้หลักของ Universal precautions

จัดทำผู้ป่วยเพื่อลดอาการปวดศีรษะและลดความดันของน้ำไขสันหลัง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการเช่นการเจาะหลัง การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.2 กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีผลต่อการให้การพยาบาลโดยตรง เช่น การประสานงานเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการสืบค้นพยาธิสภาพของโรค การเตรียมสถานที่หรืออุปกรณ์สำหรับรับผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการวิกฤตในหลายๆระบบในผู้ป่วยแต่ละราย จะต้องมีการเตรียมอุปกรณ์การผูกยึด การเตรียมช่วยหายใจ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การทำหัตถการต่างๆ เช่น เตรียมชุดเจาะน้ำไขสันหลัง เพื่อความพร้อมในการหยิบใช้ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทีมแพทย์จากหน่วยต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบทีมสหสาขา

2.3 กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องภายในหน่วยงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโดยตรง กิจกรรมบางส่วนเป็นบทบาททางด้านบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวร กิจกรรมเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่หน่วยงานทั้งทางด้านบริหารและด้านการบริการ กิจกรรมทางด้านวิชาการ การนิเทศงานและการวิจัย การประชุมภายนอกหรือภายในหอผู้ป่วย

2.4 กิจกรรมการทำบันทึกรายงาน เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเอกสารต่างๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น การบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย การบันทึกการพยาบาล (Nurses's note) การทบทวนเอกสารและข้อมูลทางการพยาบาลต่างๆ ติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลที่ได้รับในเวรที่ผ่านมา รวมถึงการเขียนรายงานความเสี่ยง การเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือบุคลากรทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงาน

3. การจำแนกประเภทผู้ป่วย (Patient Classification) หมายถึงการจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามระดับความเจ็บป่วย และประเภทผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการพยาบาล การจัดกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ตามความต้องการการพยาบาลต่อเวร ซึ่งบุคลากรพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใช้ในการตัดสินใจและบันทึกประเภทผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ที่ต้องการการดูแลทางการพยาบาลในแต่ละประเภท โดยการประเมินจากค่า CD4 ที่ได้จากการตรวจเลือด จะบ่งบอกสภาพภูมิของร่างกาย ถ้าค่า CD4 ยิ่งต่ำ ภูมิยิ่งบกพร่องมากขึ้น สภาวะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ควรจะได้รับ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยได้จำแนกผู้ป่วยตามระยะโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ

3.1 ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม A เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะ A 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³

ระยะ A 2	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	200 - 499 cell /mm ³
ระยะ A 3	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4	< 200cell /mm ³

3.2 ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม B เป็นกลุ่มที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic) อาการที่มีมากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการของกลุ่ม C เช่น เชื้อราในปากและลำคอเรื้อรัง ท้องเสียนานกว่า 1 เดือน เริ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะ B1	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	≥500 cell /mm ³ CD4
ระยะ B 2	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	200 - 499 cell /mm ³ CD4
ระยะ B 3	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	< 200 cell /mm ³

3.3 ผู้ป่วยประเภทกลุ่ม C อาการมาก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นเอดส์ (AIDS) โรคหรือภาวะในกลุ่มนี้ ได้แก่ เชื้อราที่หลอดอาหาร หลอดลมคอกหรือปอด cytomegalovirus, lymphomas, Kaposi's sarcoma, Mycobacterium, Pneumocystis carinii, wastint syndrome, encephalopathy แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะ C1	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	≥500 cell /mm ³ CD4
ระยะ C 2	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	200 - 499 cell /mm ³ CD4
ระยะ C 3	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4	< 200 cell /mm ³

4. ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group Allocation) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังในแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ส่งต่อจากสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อทำการรักษา อัตราการเรียกเก็บและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิกรณีผู้ป่วยในคณะกรรมการหลักการประกันสุขภาพกำหนดให้จ่ายตามอัตราการเรียกเก็บ หรือตามอัตราที่ได้ตกลงกันระหว่างหน่วยบริการ การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) กำหนดให้หนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) สถาบันบิราศนราคร เท่ากับ 12,858.00 บาท (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) การคำนวณค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เท่ากับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คูณกับหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์

ตึกอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ (Medical Unit : ward 7) เป็นตึกผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ที่มีพยาธิสภาพของร่างกายที่รุนแรง ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต ที่ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือทางด้านอายุกรรม ต้องการการดูแลและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ร่วม โรคติดเชื้ฉวยโอกาสที่มีพยาธิสภาพทางสมอง ปอด ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์หลังทำหัตถการเฉพาะทาง รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาโยบายการกำหนดราคาค่าบริการของสถาบัน ได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการมากขึ้น
2. เป็นฐานข้อมูลในการวางแผน เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความคุ้มค่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งด้านโรงพยาบาลผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3. เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ในการจัดสรรงบประมาณ และกำหนดอัตรากำลังของสถาบัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับภาระงาน
4. เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทาง เพื่อจัดสรรบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการพยาบาลของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และกิจกรรมการพยาบาลที่เลือกสรรในแต่ละหอผู้ป่วย
5. เป็นแนวทางในการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน ในการทำกิจกรรมการพยาบาล ในแต่ละประเภท และในแต่ละระดับความต้องการการดูแลทางการพยาบาล เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง/เอดส์ กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง สถาบันบำราศนราดูร
 - 1.1 ลักษณะการจัดบริการของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง
 - 1.2 บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง
2. การบริหารทรัพยากรในหอผู้ป่วย
 - 2.1 การบริหารทรัพยากรบุคคล
 - 2.2 การบริหารวัสดุและอุปกรณ์
 - 2.3 การบริหารเงินหรืองบประมาณ
3. การจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - 3.2 ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - 3.3 ประโยชน์ของการจำแนกประเภทผู้ป่วย
4. แนวคิดกิจกรรมการพยาบาล
 - 4.1 ความหมายของกิจกรรมการพยาบาล
 - 4.2 แนวคิดการจำแนกประเภทของกิจกรรมการพยาบาล
 - 4.3 ความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล
5. การศึกษาปริมาณงานการพยาบาล
 - 5.1 แนวคิดของการศึกษาปริมาณงานการพยาบาล
 - 5.2 วิธีการศึกษาปริมาณงานการพยาบาล
 - 5.3 ประโยชน์ของการศึกษาปริมาณงานการพยาบาล
6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
 - 6.1 ความหมายของระบบการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม
 - 6.2 การแบ่งประเภทต้นทุน
 - 6.3 ความสำคัญและประโยชน์ของการวิเคราะห์ต้นทุน

- 6.4 การวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ระบบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบ ABC
- 7. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
 - 7.1 ความหมายของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
 - 7.2 หลักเกณฑ์ในการจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข
 - 7.3 การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
 - 7.4 การประเมินต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

1. หอบำบัดผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดรุร

สถาบันบำราศนราดรุรเป็นสถาบันที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีจำนวนเตียง 650 เตียง จำนวนเตียงผู้ป่วยที่รับจริง 261 เตียง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นสถาบันบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ มีหน้าที่ในการให้บริการ การฝึกอบรม ศึกษา ค้นคว้า วิจัยพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อ โรคเอดส์ โรคติดต่ออันตราย และโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ห้องร่วม เฝ้ายพลัน ไข้เลือดออก และวัณโรค สถาบันบำราศนราดรุรได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มี วิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบันบำราศนราดรุร ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vsion) สถาบันบำราศนราดรุร เป็นเลิศทางวิชาการด้านโรคติดต่อในระดับนานาชาติ

พันธกิจ (Mssion) มีดังนี้ คือ

- 1) ศึกษาวิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูเพื่อควบคุมโรคติดต่อ
- 2) ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคติดต่อแก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับประเทศ และนานาชาติ
- 3) เป็นองค์กรในการเรียนรู้
- 4) ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคติดต่อแบบองค์รวมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกันรักษา ฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ

1.1 ลักษณะการจัดบริการของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ

หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ (Medical ward) สถาบันบำราศนราดรุร เปิดบริการผู้ป่วยติดเชื้อ ในอาคาร 6 ชั้น มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 77 เตียง

ชั้นที่ 1 เป็นหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Unit : AB Care) ให้บริการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อาการหนักในเวลาราชการ ระหว่างเวลา 08.30 - 16.30 น. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัย และทำหัตถการต่างๆด้านอายุรกรรม เช่น การเจาะหลัง เจาะคอ เจาะปอด ก่อนพิจารณารับไว้รักษาต่อเป็นผู้ป่วยในหรือจำหน่ายกลับบ้าน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันประมาณ 30 ราย (15- 50ราย/วัน)

ชั้นที่ 2 กลุ่มงานแนะแนวทางการแพทย์และสวัสดิการสังคม รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจและสังคม ประกอบด้วย งานบริการปรึกษา งานสังคมสงเคราะห์ งานจิตวิทยา งานคลินิกยาเสพติด ชมรมแสงเทียนเพื่อชีวิต

ชั้นที่ 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ชาย จำนวนเตียง 26 เตียง

ชั้นที่ 4 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หญิง จำนวนเตียง 25 เตียง

ชั้นที่ 6 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรค จำนวนเตียง 26 เตียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่มีระดับความรุนแรงของโรค (Acuity level) แตกต่างกัน ความต้องการการได้รับการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในปีพ.ศ.2549 มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,463 ราย สามารถจำแนกผู้ป่วยใน ตามโรคที่เข้าใช้บริการ 5 อันดับแรก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แยกตามโรคที่พบมาก 5 อันดับแรก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ

อันดับ	ประเภทของโรค	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1.	Tuberculosis	396	27.07
2.	Cryptomeningitis	121	8.29
3.	PCP	109	7.45
4.	Pneumonia	58	3.96
5.	Mycobacterium infection	36	2.46
รวมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 5 อันดับแรก		720	49.23

ลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะไม่แสดงอาการใดๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์เลย บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ ภายใน 3 – 4 สัปดาห์ หลังการ

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อที่ปรากฏอาการ (Symtomatic HIV patient) ระยะนี้ผู้มีเชื้อเอชไอวี จะเริ่มปรากฏอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ อาการต่าง ๆ มีดังนี้

- ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 1 เซนติเมตร เป็นอย่างน้อย 2 แห่ง นานกว่า 1 เดือน

- ท้องเจ็บบ่อย ๆ และเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

- อ่อนเพลียนานเกิน 1 เดือน

- น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักร่างกาย

- มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

- เป็นเรื้อรังมากกว่า 1 แห่ง

- มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ เนื่องจากการติดเชื้อราในช่องปาก

- มีไข้เรื้อรังเกิน 37.8 องศาเซลเซียสและมีเหงื่อออกเวลากลางคืนนาน

เกิน 3 เดือน

- ไอเรื้อรังหรือเป็นโรคปอดบวมนานกว่า 2 เดือน (ยกเว้นวัณโรค)

- ผิวหนังอักเสบเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

- ซีดี เม็ดเลือดขาวลดลง (lympopenia) เกร็ดเลือดลดลง

(thrombocytopenia)

ระยะที่ 3 ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ ระยะมีอาการดังได้กล่าวแล้วในระยะที่ 2 และจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ร่วมด้วยทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ

องค์ประกอบภายในแต่ละหอผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1) ด้านสถานที่ ได้แยกเป็นสัดส่วน ดังนี้

(1) ห้องผู้ป่วย

(2) เคา์เตอร์ที่ทำงานของพยาบาล เป็นพื้นที่ที่บุคลากรทางการแพทย์จะใช้ในการปฏิบัติงานทางด้านการบันทึกเอกสาร ตั้งอยู่กลางหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นตำแหน่งที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยในแต่ละห้องได้ชัดเจนตลอดเวลา

(3) พื้นที่ส่วนใช้สอยอื่นๆ การจัดแบ่งพื้นที่ส่วนอื่นๆในหอผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีความสะดวกในการปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวคิดการจัดหอผู้ป่วย ขององค์การอนามัยโรค (1970) ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วยห้องจัดเตรียมยา ห้องเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ห้องประชุม

ห้องพักรับประทานอาหารของบุคลากร ห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจ และห้องที่ให้คำปรึกษาญาติ เป็นต้น

2) ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ในหอผู้ป่วยประกอบด้วย

(1) ครุภัณฑ์สำนักงาน ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ ตู้เก็บเอกสาร เตียงผู้ป่วย โต๊ะคล่อมเตียงที่ปรับระดับได้ ตู้สำหรับเก็บอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย กริ่ง รถเข็นของขนาดต่างๆ ครุภัณฑ์เครื่องไฟฟ้า เช่น ตู้เย็น ครุภัณฑ์งานบ้าน ซึ่งเป็นเช่นเดียวกันกับหอผู้ป่วยทั่วไป

(2) ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์ ประกอบด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่เป็นเครื่องมือในการให้ออกซิเจน เป็นระบบ pipe line ที่เป็นระบบฝาผนัง (Wall system) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระบบไหลเวียน เช่นเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Infusion Pump และ Syringe Pump) เป็นต้น ซึ่งวัสดุ ครุภัณฑ์ต่างๆส่วนใหญ่ได้จากการจัดซื้อจากงบประมาณประจำปี

3) ด้านบุคลากร

หอบำบัดผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการให้บริการผู้ป่วย ด้วยโรคต่างๆอย่างมีคุณภาพรวดเร็ว โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย

บุคลากรทางการแพทย์ คือแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ความชำนาญเฉพาะด้าน

บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค

บุคลากรอื่น ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด มีหน้าที่ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้การจัดบริการในหอผู้ป่วยทั่วไปคล่องตัวในการดูแลรักษาผู้ป่วย

1.2 บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้

ลักษณะงานของพยาบาล หน้าที่หลักคือให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

งานที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย

ด้านการให้บริการ ให้การพยาบาล ดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการด้านบริการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล การรักษา การปฏิบัติตัว ขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน รวมทั้งการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลงในการบันทึกการพยาบาล รายงานหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวรและ/หรือแพทย์

เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในด้าน การรักษาพยาบาล ติดตามประเมินงานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องเรียบร้อย จัด สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ เป็นระเบียบ อำนวยความสะดวกและมีความปลอดภัย แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค ตามข้อปฏิบัติของ หน่วยควบคุม โรคติดเชื้อใน โรงพยาบาล มอบหมายงานให้แก่บุคลากรในระดับรองลงมาตาม ความรู้ความสามารถและติดตามงานให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

ด้านบริหารจัดการ ประชุมกับผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อรับทราบนโยบาย ของสถาบัน วางแผนพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขงานบริการให้เหมาะสมกับอาคารและการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่ดี วางแผนงานประจำวันและ มอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ ควบคุมตรวจสอบ ให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จัดหาเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน การพยาบาลให้เพียงพอแต่ละเวร และจัดหาอัตรากำลังทดแทนในกรณีที่เจ้าหน้าที่ลาป่วย ลา คลลด เพื่อการพยาบาลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินและปรับปรุงเทคนิคการพยาบาลและ ควบคุมตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วย งาน เป็นที่ปรึกษาและแก้ปัญหาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ควบคุม ดูแล จัดหา จัดเตรียม เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา สารน้ำต่างๆ ให้มีปริมาณเพียงพอในการให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และปรับปรุง รักษาอุปกรณ์ตลอดจนจัดเก็บให้เป็นระเบียบพร้อมที่จะใช้ได้ทันทีในการช่วยชีวิตของผู้ป่วย ควบคุมให้มีการใช้อย่างประหยัด มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพพร้อมที่ใช้งานได้ตลอดเวลา และนิเทศการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

ด้านวิชาการ จัดทำเครื่องมือปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับงานรวมทั้งจัดทำคู่มือการ พยาบาลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ นักศึกษา ผู้ป่วยและญาติ วั้ประจำ หน่วยงาน ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในแผนกจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยใช้หลักยูนิเวอร์ซัล พรีคอสัน (Universal Precaution) เป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง นักศึกษาพยาบาล ทั้งทางด้าน วิชาการและการปฏิบัติการ สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

สรุป สถาบันบาราศนราดูร เป็นสถาบันที่ให้บริการผู้ป่วยโรคติดต่อและผู้ป่วยโรค ทัวไป มี จำนวนหอผู้ป่วย 17 หอ จากจำนวนหอผู้ป่วยทั้งหมดจะมีหอผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 3 หอ การให้บริการผู้ป่วย การให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีการบริหาร จัดการที่มี โดยเฉพาะ การบริหารทรัพยากรหอผู้ป่วยเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหอ ผู้ป่วย

2. การบริหารทรัพยากรในหอผู้ป่วย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539 : 35) กล่าวว่าการบริหารทรัพยากรหรือการบริหารงานทั่วไปนั้น หมายถึง การจัดคน เงิน วัสดุ และวิธีการมารวมกันให้เหมาะสม ให้งานในองค์กรนั้นๆ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ได้ผลงานดีมีคุณภาพ มีความปลอดภัย ทั้งถึงและประหยัด

ปีนอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ (2545: 25) กล่าวว่าทรัพยากรขั้นพื้นฐานที่นำมาประกอบการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย 1) ทรัพยากรบุคคล โดยการจัดสรรบุคคลและใช้ประโยชน์จากความรู้ ความสามารถของบุคคลให้เต็มที่ตรงต่อเป้าหมายของหน่วยงาน 2) ทรัพยากรวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์โดยการจัดเตรียมตรวจ สอบและมีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ 3) ทรัพยากรเงินหรืองบประมาณโดยการจัดสรรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

พลพัทธ์ โคตรจรัส (2549 : 1-2) กล่าวว่ารัฐบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณการให้ความช่วยเหลือ จะเป็นไปอย่างจำกัดและจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาล ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านการจัดสรรทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นคน งบประมาณ เทคโนโลยี ในระหว่างภูมิภาคต่างๆ และในระหว่างสถานพยาบาลระดับเดียวกันและต่างระดับ ก็นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังในปัจจุบัน เพราะปัญหาเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องของประสิทธิภาพตลอดจนปัญหาในเรื่องของคุณภาพของการให้บริการ

2.1 การบริหารทรัพยากรบุคคล

Schermerhorn (1999 : G-4) เป็นหน้าที่ในการบริหารงานหน้าที่หนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การจัดหา (Acquiring) การฝึกอบรม (Training) การประเมินผล (Appraising) และการจ่ายค่าตอบแทน (Compensating) พนักงาน

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2545 : 248) ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กร องค์กรจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับการบริหารทรัพยากรบุคคล แต่ในขณะเดียวกัน ทรัพยากรบุคคลอาจจะถูกมองข้ามและไม่มีการเอาใจใส่เท่าที่ควร เพราะฉะนั้นผู้บริหารที่ดีจึงควรที่จะทำหน้าที่ในการสรรหา และคัดเลือกพนักงานให้เหมาะสมกับตำแหน่งและหน้าที่ที่ต้องการ (Put the right man on the right job) พร้อมทั้งมีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดำเนินการ

นิธินาด สินธุเดชะ (2549) บุคลากรเป็นรูปธรรมของความเป็นองค์กร ดังนั้นองค์กรจะเป็นอะไรได้หรือมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากร

นิศยา ศรีญาณลักษณ์ (2545 : 4) การบริหารงานบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ทรัพยากรทั่วไป ทรัพยากรคน หรือบุคลากรที่จำเป็นต้องใช้ในการบริการการพยาบาล เป็นต้นว่า พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานและเจ้าหน้าที่อื่นๆ การบริหารการพยาบาลจำเป็นต้องมีทรัพยากร คนมาเป็นปัจจัยนำเข้า หรือต้นทุนในการดำเนินงานกิจการพยาบาลในปริมาณที่เพียงพอ เมื่อ

พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานของการพยาบาลและรวมถึงคนที่มีคุณภาพเหมาะสม ด้านความรู้ ความสามารถ และความประพฤติ เป็นการจัดสรรคนให้พอเหมาะสมกับงานและจัดการให้คนที่มียุ่อยู่แล้วนั้นอยู่กับงานให้นานที่สุด

บุคลากรทางการพยาบาลเป็นทรัพยากรที่มีค่าของหน่วยงานบริการสุขภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องใช้กลยุทธ์ในกระบวนการบริหารบุคลากร โดยให้ความสำคัญตั้งแต่การสรรหาบุคลากร การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพในด้านความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) ทักษะ (Skill) อุปนิสัย (Habits) การวางแผนการมอบหมายงานของบุคลากร ตลอดจนการใช้บุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญและมีค่าของหน่วยงาน เป็นผู้ดำเนินการและใช้ปัจจัยในการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์คุณภาพดังกล่าวส่งผลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำให้สามารถลดปริมาณเวลา (Cycle Time) ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้

2.2 การบริหารวัสดุและอุปกรณ์

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545:5) กล่าวว่าวัสดุอุปกรณ์ (Materials) หมายถึงวัสดุครุภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารการพยาบาล หรือเป็นของใช้ทั้งหลายนับตั้งแต่กระดาษ ดินสอ เข็มฉีดยา โตะ แก้ว เครื่องดูดเสมหะ เหล่านี้เป็นต้น การบริหารการพยาบาลจำเป็นต้องจัดหามาเป็นปัจจัยนำเข้า หรือตัวป้อนหรือต้นทุนในการดำเนินงาน

สำนักงานระบบสนับสนุนการส่งกำลังบำรุงรวมกองทัพเรือ (ม.ป.ป.) กล่าวว่าการบริหารพัสดุ โดยการควบคุมพัสดุมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือประสิทธิภาพ (Efficiency) และประหยัด (Economy)

1) การบริหารพัสดุอย่างมีประสิทธิภาพ หมายความว่า จะต้องมิพัสดุตามที่หน่วยงานต้องการให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา ไม่มากไม่น้อย ฉะนั้นการควบคุมพัสดุจะต้องมิพัสดุอยู่ในคลังอย่างเพียงพอเสมอเมื่อมีความต้องการเกิดขึ้น ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับวิธีการคำนวณความต้องการที่เหมาะสมของพัสดุแต่ละรายการเพื่อเก็บไว้ในคลัง

2) การบริหารพัสดุอย่างประหยัด หมายความว่า การเตรียมการเก็บพัสดุด้วยจำนวนที่น้อยที่สุดแต่จะต้องให้การสนับสนุนในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ หรือกล่าวง่ายๆ ก็คือ นำเอาของไปใช้ให้ได้ประโยชน์มากที่สุดโดยไม่ต้องเก็บไว้มากๆ คือต้องเก็บไว้ในจำนวนที่พอดี และการคิดจำนวนหรือการสั่งพัสดุอย่างประหยัด ไม่ได้หมายความว่า จะต้องจัดซื้อพัสดุที่มีราคาต่ำที่สุดแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น จะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆอีก ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการจัดหา ค่าใช้จ่ายในการเก็บรักษา การเสื่อมสภาพ การสลายตัว ตลอดจนความล้าสมัย ซึ่งเป็นส่วนที่จะต้องนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดการประหยัดอย่างที่สุด

2.3 การบริหารเงินหรืองบประมาณ

ความหมายของงบประมาณ (Budget) ในระดับองค์กรหรือหน่วยงาน หมายถึง แผนงานที่แสดงในรูปการเงิน ซึ่งช่วยให้การบริหารงานดำเนินไปในระยะเวลาที่กำหนด งบประมาณ จะประกอบด้วยแผนซึ่งแสดงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและโครงการต่างๆขององค์กรหรือหน่วยงาน เงินที่ได้มาหรือเงินที่ต้องการและค่าใช้จ่ายในการทำงานนั้นๆ โดยแสดงในลักษณะที่เป็นตัวเลข และการกำหนดระยะเวลาแน่นอน (Steven A. Finlker, 2001 ; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2533)

ชัยสิทธิ์ เณลิมมีประเสริฐ (2544: 66) กล่าวถึง ผู้บริหารในระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างอำนาจและความรับผิดชอบให้แก่ผู้บริหาร โครงสร้างการจัดสรรงบประมาณจะได้รับการจัดสรรเป็นวงเงินรวม ส่วนราชการจะได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแผนงาน แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1) งบบุคลากร ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้างประจำและค่าจ้างชั่วคราว การแยกวงเงินค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเนื่องจากเห็นว่า นโยบายภาครัฐเรื่องกำลังคนและบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญและสนับสนุนให้มีการเพิ่มขีดความสามารถ ปรับเปลี่ยนบทบาท ตำแหน่งหน้าที่ของผู้ปฏิบัติภายใต้กรอบเงินเดือนและค่าจ้างประจำที่ใช้อยู่ โดยใช้กระบวนการประเมินด้านบุคลากรและการให้หน่วยงานปฏิบัติหน้าที่บริหารบุคลากรที่คล่องตัว

2) งบการดำเนินการ ได้แก่ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค การแบ่งวงเงินออกเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินงาน โดยให้หน่วยงานปฏิบัติใช้งบประมาณนั้นไปใช้จ่ายให้เกิดผลผลิตต่างๆและเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้สามารถกำหนดราคาผลผลิตที่ถูกต้องในระยะแรก ดังนั้นราคาผลผลิตจะสามารถกำหนดได้โดยคิดจากค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินการต่อหน่วยผลผลิต

3) งบเพื่อการลงทุน ได้แก่ ค่าครุภัณฑ์ ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ระบบการจัดทำบัญชี ต้องมีการคิดค่าเสื่อมราคาของการลงทุนและคิดอัตราค่าใช้จ่ายในการใช้งบลงทุน กับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเข้าด้วยกัน การคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตก็จะสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง

4) งบเงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือหรือจ่ายเป็นค่าบำรุง

5) งบรายจ่ายอื่นๆ

ในการบริหารการใช้งบประมาณ ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องจำแนกค่าใช้จ่ายทั้ง 5 ประเภทให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวงเงินงบประมาณเพื่อการดำเนินงานควรกำหนดจากฐานราคาต่อหน่วยผลผลิตและจำนวนเป้าหมายผลผลิตที่จะต้องดำเนินการ ส่วนวงเงินค่าใช้จ่ายเพื่อการลงทุนนั้นควรจะต้องมีการพิจารณาจัดทำแผนการลงทุน โดยการพิจารณาความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการลงทุนแต่ละรายการในแผนการลงทุน ซึ่งการรวมค่าใช้จ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อการดำเนินการต่อหน่วยผลผลิต การคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตก็จะสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง

พลพัทธ์ โคตรจรัส (2549: 1-10) การจัดสรรงบประมาณในระบบประกันสุขภาพที่ใช้วิธีการจ่ายเงินตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ตามจำนวนสมาชิกที่มาขึ้นทะเบียน เป็นทางเลือกหนึ่งในการควบคุมรายจ่าย เพราะความเสี่ยงต่อการขาดทุนจะอยู่ที่ผู้ให้บริการแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีต้นทุนในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ผู้ให้บริการก็มีแนวโน้มที่จะให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเพื่อให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลต่ำกว่ารายได้ คุณภาพของการให้บริการในระบบเหมาจ่าย รายหัวจึงอาจค่อยลงได้ ปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพของการให้บริการคงจะเกิดมากขึ้น รัฐบาลจึงพยายามอย่างยิ่งที่จะหาทางลดปัญหาดังกล่าว โดยนำวิธีการจัดสรรงบประมาณตามหน่วยของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group:DRG) เข้ามาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ

สรุป การบริหารทรัพยากรในหอผู้ป่วยเป็นการจัดสรรวงเงินงบประมาณ ในส่วนของงบการดำเนินงานหน่วยงานสามารถนำไปใช้ให้เกิดผลผลิต ที่ทำให้สามารถกำหนดราคาผลผลิต โดยคิดจากค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินการต่อหน่วยผลผลิต การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/อาการแสดงทางคลินิก หรือการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามการใช้ทรัพยากรแหล่งประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในการกำหนดค่าตอบแทน เพื่อพัฒนาทรัพยากรในหอผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วย

3.1 ความหมายของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Acuity Level) ที่แตกต่างกัน การใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย (Patient Classification System : PCS) ทำให้สามารถทราบถึงความต้องการการดูแลพยาบาลของผู้ป่วย

ความหมายของการแยกประเภทผู้ป่วย (Patient Classification) ถือเป็นวิธีการวัดระดับความรุนแรงของอาการความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของร่างกายและจิตใจ โดยการกำหนดประเภทผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มๆ และจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หรือในรูปของปริมาณเวลาความต้องการการช่วยเหลือดูแล และบริการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534; สำนักการพยาบาล, 2547; Fagerstrom, 2000 ; Heidenthal P.K., 2003)

3.2 ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีการจำแนกออกเป็น 3 วิธี ดังนี้ (Cited in Toderwise, 1995; Hanson, 1983)

1) วิธีการประเมินตามแบบอย่าง (Prototype Evaluation Method) เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามสถานการณ์พึ่งพา (Dependent) หรือตามลักษณะคำบรรยายความต้องการการดูแลทางการพยาบาลซึ่งจะใช้ข้อบ่งชี้ที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ป่วย วิธีการจัดผู้ป่วย

ประเภทนี้เป็นการเปรียบเทียบลักษณะที่ระบุไว้ในเครื่องมือ และจัดผู้ป่วยเข้าประเภทที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกับลักษณะของผู้ป่วยมากที่สุดโดยมีการกำหนดคะแนนไว้ในเครื่องมือ

2) วิธีการประเมินตามปัจจัย (Factor Evaluation Method) เป็นการแบ่งประเภทของผู้ป่วยโดย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาล โดยการกำหนดตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการพยาบาลหรือกิจกรรมพยาบาลที่คาดว่าจะมีผลต่อเวลาการพยาบาล ซึ่งบ่งบอกความต้องการต่ำสุดถึงสูงสุดเป็น 3 – 5 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับจะมีระดับคะแนนที่มีพื้นฐานจากปริมาณงานที่ต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยกำหนดจากปริมาณเวลาที่ต้องการการพยาบาลแต่ละระดับ ผู้ป่วยจะถูกประเมินโดย (1) การสังเกต (2) การให้ความช่วยเหลือ (3) การให้ยาและการรักษาพยาบาล (4) การให้ความช่วยเหลือด้านสุขวิทยา (5) การทดสอบ และ(6) การสอน

3) การประเมินตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย (Progressive Patient Evaluation Method) เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์ในการให้การพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบแก่ผู้ป่วย ตามระยะต่างๆของการดูแลผู้ป่วย โดยบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งมีการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 8 ประการ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤต 2) การดูแลผู้ป่วยหนักที่มีอาการคงที่ 3) การดูแลผู้ป่วยระยะปานกลาง 4) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 5) การดูแลผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 6) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 7) การดูแลผู้ป่วยนอกหรือประชาชนทั่วไป 8) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

Hoffman (1988) การจำแนกผู้ป่วยโดยทั่วไปมีหลายลักษณะตามการใช้ประโยชน์หรือวัตถุประสงค์ เช่นการจำแนกตามการใช้ทรัพยากรแหล่งประโยชน์ จำแนกตามอาการ/อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นต้น ที่รู้จักกันโดยทั่วไปเช่น ICD (International Classification of Diseases) ซึ่งใช้การติดตามผลผลิตด้านสุขภาพ DRG (Diagnosis Related Groups) ใช้ในการกำหนดค่าตอบแทน ดัชนีความรุนแรงของความเจ็บป่วยของมหาวิทยาลัย Johns Hopkins APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System) ใช้ประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยใน ICU เป็นต้น

Davis KA (2006) ทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวาได้เสนอความคิดว่าการจำแนกประเภทกิจกรรมการพยาบาล (NIC) นำไปใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาลได้ ผู้แต่งได้ประยุกต์การจำแนกกิจกรรมการพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากวรรณกรรมและการลงความเห็นว่าการจำแนกประเภทกิจกรรมการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พยาบาลมีการพัฒนาและสามารถอธิบายความรู้พื้นฐานของการพยาบาลได้

Centers for Disease Control: CDC (1993) ได้แบ่งประเภทผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์คือ
1) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกที่ไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) มีค่า CD4 T cell count $\geq 500/\text{mm}^3$
2) ผู้ป่วยระยะปานกลาง เริ่มแสดงอาการบางอย่าง (Symptomatic) มีค่า CD4 T cell count

อยู่ระหว่าง $200 - 499 / \text{mm}^3$ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคเอดส์ (AIDS) มีค่า CD4 T cell count $< 200 / \text{mm}^3$

Susan Martin Tucker (2000) ได้จำแนกผู้ป่วยตามระยะโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Category A เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะ A1	CD4	T cell count $\geq 500 \text{ cell} / \text{mm}^3$
ระยะ A2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ A3	CD4	T cell count $< 200 \text{ cell} / \text{mm}^3$

Category B เป็นกลุ่มที่มีอาการปานกลาง อาการที่มีมากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการของกลุ่ม C เช่น เชื้อราในปากและลำคอเรื้อรัง ท้องเสียนานกว่า 1 เดือน เริ่ม

ระยะ B1	CD4	T cell count $\geq 500 \text{ cell} / \text{mm}^3$
ระยะ B2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ B3	CD4	T cell count $< 200 \text{ cell} / \text{mm}^3$

Category C เป็นกลุ่มที่มีอาการมาก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นเอดส์ โรคหรือภาวะในกลุ่มนี้ได้แก่เชื้อราที่หลอดอาหาร หลอดลมคอหรือปอด Cytomegalovirus, lymphomas, Kaposi's sarcoma, Mycobacterium, Pneumocystis carinii, wasting syndrome, encephalopathy

ระยะ C1	CD4	T cell count $\geq 500 \text{ cell} / \text{mm}^3$
ระยะ C2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ C3	CD4	T cell count $< 200 \text{ cell} / \text{mm}^3$

สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) จำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ใหญ่-เด็ก ประเภทผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ในแต่ละประเภท โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้คือ

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ผู้ป่วยระยะวิกฤต หรือผู้ป่วยหนัก (Critical ill) คือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการของโรครุนแรงและเป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายเช่น สมอง หัวใจ ปอด ตับ ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการดำรงชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา หรืออย่างน้อยทุก 15 นาที ต้องการพยาบาล 10 – 14 ชั่วโมง/วัน (เฉลี่ย 12 ชั่วโมง) มีค่าคะแนนระหว่าง 13 ถึง 16 คะแนน

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤต (Semi critical ill) คือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่พ้นภาวะการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตแล้ว แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จึงต้องมีการเฝ้าระวังทุก 15 นาที – ทุก 2 ชั่วโมง ต้องการพยาบาล 7 – 8 ชั่วโมง/วัน (เฉลี่ย 7.5 ชั่วโมง) มีค่าคะแนนระหว่าง 9 ถึง 12 คะแนน

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยระดับกลาง (Moderate ill) คือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่ร่างกายสามารถควบคุมระบบต่างๆให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออยู่ในระหว่างเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อที่บ้าน ต้องมีการเฝ้าระวังทุก 4-6 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยระยะเวลา 1 ครั้ง มีค่าคะแนนระหว่าง 5 ถึง 8 คะแนน

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยระยะป่วยเล็กน้อย (Convalescence ill) คือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ระยะพักฟื้นและช่วยเหลือตัวเองได้ อยู่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการของโรคและแพทย์วางแผนจำหน่าย ต้องการการเฝ้าระวัง วันละ 1 – 2 ครั้ง มีค่าคะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 คะแนน

3.3 ประโยชน์ของการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ประโยชน์ของการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีดังนี้ (Swansburg, 2002 ; Hanson, 1993 ; Yoder Wise, 1995)

- 1) ช่วยให้มีการจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับความต้องการการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วย ในแต่ละประเภท
- 2) ช่วยให้รู้ต้นทุนที่แท้จริงของการให้การพยาบาล จึงนำมาใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการของบประมาณได้
- 3) ช่วยในการติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการควบคุมและจัดบริการการพยาบาล ได้ตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละวัน
- 4) ทำให้รู้คุณค่าของผลจากการปฏิบัติงานว่าเป็นอย่างไร และช่วยให้มีการประเมินการให้ บริการทางการแพทย์ภายใต้ต้นทุนที่มีประสิทธิภาพ
- 5) สามารถอธิบายให้ทราบถึงคุณภาพการพยาบาล โดยใช้มาตรฐานด้านเวลาเป็นตัวกำหนดคุณภาพ การจัดบุคลากรได้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้บริหารสามารถเลือกใช้นุ้คนกรภายใต้มาตรฐานเวลาเพื่อลดต้นทุน

สรุป การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นการจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยหรือตามปริมาณเวลาความต้องการการช่วยเหลือดูแลและบริการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในการทำกิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภทสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนนั้น พยาบาลจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการทำกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการในแต่ละเรื่อง

4. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

4.1 ความหมายของกิจกรรมการพยาบาล มีผู้ให้ความหมายของกิจกรรมการพยาบาลที่คล้ายคลึง กันดังนี้

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (American Nurse Association cited in Chitty, 1993: 63) ให้ความหมายว่ากิจกรรมการพยาบาลคือ การวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา รับผิดชอบในชีวิตมนุษย์ในภาวะปกติและในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993: 12-13) ให้ความหมายของกิจกรรมการพยาบาลว่า เป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้ที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยอันดีของประชาชนและสังคม โดยไม่การแบ่งแยกในเรื่อง เชื้อชาติ ศาสนา เพศ วัย วรรณะ หรือฐานะเศรษฐกิจและการเมือง ทั้งนี้ต้องกระทำโดยบุคคลที่ได้รับอนุญาตการประกอบโรคศิลป์สาขาการพยาบาล

สภาการพยาบาล (2545: 54) กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาล หมายถึงการกระทำต่อ มนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการ ส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการบำบัดการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลัก วิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

อชิรญา สุกีน (2545: 18-19) กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติงานใน หน้าที่โดยบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การ ป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการบำบัดการรักษาโรค ทั้งนี้โดย อาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและมีเมตตา คำนึงถึงการ เคารพในคุณค่าและสิทธิส่วนบุคคลให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพอนามัยความมั่นคงของจิตใจและ ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมั่นใจ

4.2 แนวคิดการจำแนกประเภทของกิจกรรมการพยาบาล

Harkreader (2000: 249-251) ได้กล่าวถึงแนวทางในการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ว่าควรประกอบด้วยหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct Care Intervention) เป็นการบำบัดทางการ พยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง เช่น การสอน การนวด การทำแผล
- 2) กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect Care Intervention) เป็นกิจกรรมที่ช่วย สนับสนุนและการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย เช่น จัดเตรียมรถฉุกเฉิน การรายงานอาการผู้ป่วย
- 3) กิจกรรมการพยาบาลตามลักษณะของผู้กำหนดกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นแพทย์หรือ พยาบาลเป็นผู้กำหนดกิจกรรม

จากแนวความคิดในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลของ Harkreader ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับ Leahy และ Kizilay, 1998; McCloskey, 2006; สุพรรณ พนมฤทธิ์และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, 2541 ที่ระบุว่ากิจกรรมการพยาบาลควรมีรูปแบบ ดังนี้

(1) พยาบาลเป็นผู้กำหนดกิจกรรม เป็นการพยาบาลได้เองโดยอิสระ โดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การดูแลร่างกาย การสอน การให้คำปรึกษา เป็นต้น

(2) กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดขึ้นภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ เป็นกิจกรรม การพยาบาลที่ไม่อิสระ เช่น การให้ยาทางปากและทางหลอดเลือดดำ การใส่ NG tube

(3) กิจกรรมการพยาบาลกึ่งอิสระ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำร่วมกับบุคลากรในทีม สุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์

4) กิจกรรมการพยาบาลจำแนกตามระบบบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) เป็นการใช้ภาษาสากลทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารและอธิบายวิธีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลแก่บุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดกลุ่มการพยาบาลเป็นหมวดหมู่ตามความซับซ้อนของกิจกรรม สามารถนำไปใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลได้ในทุกสถานการณ์ โดยใช้ร่วมกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA

McCloskey (2004) ได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น

- 1) กิจกรรมการพยาบาลด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Domain)
- 2) กิจกรรมการพยาบาลทางสรีรวิทยา (Physiological Domain)
- 3) กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตใจ (Psychosocial domin)
- 4) กิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain)

Urden และ Roode (1997: 37) ได้ศึกษาและจำแนกกิจกรรมการพยาบาลเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1) การพยาบาลทางตรง (Direct Care) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจัดกระทำให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง เช่น การประเมินความต้องการ การให้ยา การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด การเก็บสิ่งส่งตรวจและการดูแลร่างกายพื้นฐานทั่วไป เช่นการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ

2) การพยาบาลทางอ้อมด้านการบริการ (Indirect Care) หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลไม่ได้จัดกระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสื่อสารประสานงาน ทีมสหสาขา การรายงาน การปรึกษา รวมทั้งการเตรียมยา หรือการเตรียมการอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาการให้การพยาบาลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว

3) การพยาบาลทางอ้อมด้านการบริหารและวิชาการ (Unit related) หมายถึงกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการโดยทั่วไปของหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมที่

จะให้บริการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้อง ไม่มีผลกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่นงานธุรการ การทำความสะอาด การจัดการด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ การตรวจสอบบำรุงรักษา เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ สิ่งแวดล้อม การประชุมปรึกษา การนิเทศงาน

4) กิจกรรมส่วนตัว (Personal Activity) หมายถึงกิจกรรมหรือธุระส่วนตัวของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลแต่ละคน ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรืองานของหน่วยงาน เช่น เวลาการรับประทานอาหาร หรืออาหารว่าง การพูดคุยกับผู้ร่วมงาน การโทรศัพท์ส่วนตัว เป็นต้น

5) การทำบันทึกรายงานเอกสาร (Documentation) หมายถึง ทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก เช่น การบันทึกข้อมูล หรือเขียนรายงานต่างๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดในการจำแนกประเภทผู้ป่วยของ Urden และ Roode (1997) ในการคิดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ยกเว้นกิจกรรมส่วนตัว เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่ระบุไว้มีความเหมาะสมสอดคล้องตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาลในตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร สามารถแบ่งกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทางตรงและกิจกรรมทางอ้อม ที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วย การบริหารจัดการหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การรวมกิจกรรมส่วนบุคคลเป็นกิจกรรมส่วนตัวที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคนพึงมีในระหว่างการทำงาน เป็นการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลของ Urden และ Roode (1997) ร่วมกับNIC ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (McCloskey, 2004) และแนวคิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (Susan Martin Tucker, 2000) ไปจัดทำเป็นพจนานุกรมกิจกรรม เพื่อนำมาคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของตึกอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

4.3 ความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลนั้นเป็นศาสตร์และศิลป์ (Luckman และ Sorensen, 1980: 5) พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ ศิลปะการพยาบาล สังคมศาสตร์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการศึกษาอย่างเป็นทางการเพื่อสนองความต้องการทางด้านสังคม และความต้องการของมนุษย์ทั้งในภาวะเจ็บป่วยและในภาวะปกติ

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนนั้น พยาบาลจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ในแต่ละเรื่อง ความรู้ที่พยาบาลใช้ในการตัดสินใจนั้น เป็นความรู้ที่พัฒนามาจาก (ศิริอร สิ้นธุ, 2544: 76-77)

1) ความรู้ทางทฤษฎี (Theoretical knowledge) เป็นความรู้ความเข้าใจที่ได้จากตำรา ความรู้ทางทฤษฎีนี้ สามารถพัฒนาได้โดยไม่ต้องมีประสบการณ์ตรง เช่น การอ่านตำรา เกี่ยวกับ ขั้นตอนและเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น

2) ความรู้จากการปฏิบัติ (Practical knowledge) หรือทักษะความชำนาญ (Knowing how) เป็นความรู้ที่พัฒนามาจากการปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเกิดเป็นทักษะความชำนาญ ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัตินี้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Potter and Perry, 1995: 161-162 อ้างถึงใน ศิริอร สันธู, 254: 76-77) คือ

2.1 ทักษะทางสติปัญญา (Cognitive skills) เกี่ยวข้องกับการให้เหตุผลสำหรับการ ปฏิบัติงานการพยาบาล เข้าใจเหตุผลที่มาขอการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจในภาวะปกติและผิดปกติ

2.2 ทักษะระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) เป็นความสามารถที่เป็น ส่วนประกอบในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยใช้การสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง บุคลากรในทีมสุขภาพ

2.3 ทักษะด้านเทคนิค (Technical skills) เป็นความสามารถในการจัดการหา เทคนิควิธีการให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้อง ทันเวลา ความรู้ชนิดนี้จะเป็นทักษะเฉพาะด้าน ที่ได้จากการปฏิบัติเป็นประจำ ถ้าพยาบาลสามารถพัฒนาทักษะด้านสติปัญญา ทักษะระหว่างบุคคล และทักษะด้านเทคนิคครบทั้ง 3 ด้าน จะทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ความรู้ทางคลินิก (Clinical knowledge) เป็นความรู้ที่สะสมจากประสบการณ์ตรง (Experimental knowledge) ที่บุคคลได้รับจากการได้เผชิญโดยตรงกับเหตุการณ์หรือปัญหา แล้ว พยายามแก้ปัญหาซึ่งจะสำเร็จหรือไม่ก็ตาม แต่วิธีการแก้ปัญหาที่ทดลองปฏิบัติจะถูกเก็บสะสมเป็น ความทรงจำ กลายเป็นทักษะหรือความชำนาญเมื่อมีโอกาสมาก่ออีก ความรู้ลักษณะนี้เกิดขึ้น ตลอดเวลาที่พยาบาลปฏิบัติงาน เมื่อพยาบาลสะสมความรู้จากประสบการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมทั้ง พยายามหาเหตุผลและวิธีแก้ปัญหา รวมทั้งใช้ความรู้ที่ได้จากศาสตร์ทางทฤษฎี (Scientific knowledge) จะกลายเป็นผู้ที่สามารถมองปัญหาในภาพรวมได้อย่างลึกซึ้ง ทำให้สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ถือได้ว่าเป็นผู้ที่ใช้กระบวนการและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติ งาน ผู้ที่มีความรู้และกระบวนการความคิดทางวิทยาศาสตร์เอง จะเป็นที่มาของความสามารถในการ พัฒนาการวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นใหม่ทุกวันในโลกปัจจุบัน และยังสามารถสร้างวิธี ใหม่ ๆ ในการบำบัดปัญหาที่เกิดขึ้น

ในอดีตที่ผ่านมาการปฏิบัติกรพยาบาล ไม่เคยปรากฏให้เห็นถึงรายงานการปฏิบัติการ พยาบาลที่ถูกนำเสนอในรูปแบบเชิงประมาณที่เชื่อถือได้ เนื่องจากขาดระบบบันทึกข้อมูลทางการ พยาบาลที่ดีพร้อม การทำงานของพยาบาลจึงไม่ปรากฏอะไรไว้เป็นหลักฐาน และไม่สามารถสืบค้น มาศึกษา เพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น มีผลให้การทำงานโดยรวมของวิชาชีพพยาบาลเสมือนขาดการ

รวมพลัง ไม่เข้มแข็ง อันมีผลมาจากการไม่มีระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อนำเสนอผลงาน และใช้คุ้มครองประโยชน์ของวิชาชีพพยาบาล (เกียรติศรี ตำราเวชพร, 2543 :68-69)

สรุป กิจกรรมการพยาบาลหมายถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบุคคล เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งได้แก่การดูแลมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ ด้วยความเต็มใจ ห่วงใย และมีเมตตา มีความนุ่มนวล มีทัศนคติที่ดี โดยใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ศิลปะศาสตร์ ทฤษฎีและจริยธรรม ร่วมกันเพื่อให้เกิดทักษะ ทัศนคติที่ดีในการดูแล การคิด การตัดสินใจในการแก้ปัญหา มีความเข้าใจในสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล และสามารถจัดการให้แต่ละบุคคล ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพตามความเหมาะสมของประเภทผู้ป่วยแต่ละบุคคลทั้งในภาวะปกติ หรือมีการเจ็บป่วย ซึ่งถือเป็นภาระงานหรือปริมาณงานการพยาบาลที่ก่อให้เกิดต้นทุนผลผลิต

5. การศึกษาปริมาณงานการพยาบาล

5.1 แนวคิดของการศึกษาปริมาณงานการพยาบาล

การศึกษาปริมาณงาน (Work Study) หรือการศึกษาเวลาและการเคลื่อนที่ (Time and Motion Study) เป็นการกำหนดหาเวลาการทำงานที่เป็นมาตรฐานโดยมีเงื่อนไขในการกำหนดมาตรฐานงาน (Work Standard) โดยการวัดปริมาณภาระงานของบุคลากรทางการพยาบาลจากกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อหาเวลามาตรฐานต่องาน 1 หน่วย (McCloskey, 2004 ; สุวรรณี เจริญรุ่งเรือง, 2547)

Sharon Holcombe Pappak (2007) จากผลการวิจัยพบว่าจำนวนชั่วโมง และจำนวนพยาบาลที่สูงกว่าสามารถให้ผลผลิตในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามการตัดสินใจการใช้พยาบาลจำนวนมากเป็นการยากเพราะขอบเขตการใช้จำนวนพยาบาลที่มากเป็นการใช้ผลประโยชน์ที่ไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่จะได้ผลประโยชน์

American Hospital Association (2001) รายงานว่าทุกๆชั่วโมงของการดูแลผู้ป่วยพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทำงานเกี่ยวกับการเขียน ใช้เวลาเกี่ยวกับการเตรียมข้อมูลมากกว่าเวลาให้การดูแลผู้ป่วย

Marsha Moore (2006) กล่าวว่าระดับงานการดูแลผู้ป่วยเป็นผลรวมของเวลาที่พยาบาลใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม การดูแลมี 6 ระดับ ซึ่งมีความพิเศษที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องเลือกระดับที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

Charlene A. Allred (1995) กล่าวว่า การเข้าใจถึงการปฏิบัติและโครงสร้างของมิติระบบของการจัดการ ช่วยทำให้ผลผลิตของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5.2 วิธีการศึกษาปริมาณงานการพยาบาล

การศึกษาเวลา (Time Study) เป็นเทคนิคในการวัดผลการปฏิบัติงานอย่างหนึ่งโดยการจับเวลาของผู้ปฏิบัติงานด้วยนาฬิกาจับเวลา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการปฏิบัติงาน (เกษมพิพัฒน์ปัญญาคุณ, 2538) โดยมีเครื่องมือประกอบด้วยนาฬิกา แบบฟอร์มบันทึกเวลาและผู้ทำการบันทึกข้อมูล สำหรับการจับเวลาโดยนาฬิกาจับเวลานั้นมีใช้อยู่ 2 แบบ ดังนี้ (วิจิตร ตันทศุทธิ์, 2537: 264-265)

5.2.1 การจับเวลาแบบสะสม (Cumulative Timing) วิธีนี้นาฬิกาจะเดินอยู่ตลอดเวลา เป็นการจับเวลาที่มืงานย่อยหรือกิจกรรมหลายงาน นาฬิกาจะไม่มีหยุดเดินจนกว่าการจับเวลาจะสิ้นสุดลง ในตอนท้ายของงานย่อยจะต้องจดเวลาไว้ เวลาของแต่ละงานย่อยสามารถหาได้จากผลต่างของนาฬิกาที่เดินหลังจากจับเวลาเสร็จ

5.2.2 การจับเวลาแต่ละครั้ง (Flyback Timing) วิธีนี้นาฬิกาจะกลับมาที่ตำแหน่งเดิมในตอนท้ายของแต่ละงานหรือกิจกรรมและเริ่มจับเวลาของกิจกรรมถัดไป เวลาในแต่ละกิจกรรมสามารถอ่านได้ทันที ไม่มีการหยุดเดินเข็มนาฬิกาจะกลับมาที่ศูนย์ แล้วเริ่มเดินต่อเมื่อจับเวลากิจกรรมใหม่

นอกจากนี้ยังต้องทำการหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีทั้งวิธีการประยุกต์สูตรและการใช้ตารางสำเร็จรูปในการเก็บกิจกรรม ในด้านของกิจกรรมที่มีเวลาแตกต่างกันนั้นมีการนำตารางที่มีการยอมรับและนำมาใช้ในการเก็บขนาดตัวอย่างกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเก็บขนาดตัวอย่างของกิจกรรมที่เหมาะสม

นาฬิกา/วัฏจักร	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง	ถึง
	0.10	0.25	0.50	0.75	1.00	2.00	5.00	10.00	20.00	40.00	50.00
จำนวนตัวอย่าง	200	100	60	40	30	20	15	10	8	5	3

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การจับเวลาแบบการจับเวลาแต่ละครั้ง (Flyback Timing) เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลายและเกิดขึ้นแต่ละครั้ง ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโดยการใช้ตารางสำเร็จรูปในการเก็บตัวอย่าง เนื่องจากเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันมาก การใช้ตารางสำเร็จรูปจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

5.3 ประโยชน์ของการศึกษาปริมาณงาน

วันชัย วิจิตรวิเศษ (2537: 323) ได้สรุปถึงประโยชน์ของการศึกษาปริมาณงาน ดังนี้

- 1) ใช้ในการประเมินการดำเนินงาน

- 2) ใช้ในการกำหนดแผนงาน
- 3) ใช้กำหนดต้นทุนการผลิต
- 4) ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต
- 5) ใช้ในการกำหนดแผนงานส่งเสริมการจ่ายเงินจูงใจ
- 6) ใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการผลิต
- 7) ใช้ในการพัฒนาบุคลากร

สรุป การศึกษาปริมาณงาน (Work Study) หรือการศึกษาเวลาและการเคลื่อนที่ (Time and Motion Study) เป็นการกำหนดหาเวลาการทำงานที่เป็นมาตรฐานโดยมีเงื่อนไขในการกำหนดมาตรฐานงาน (Work Standard) โดยการวัดปริมาณภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์จากกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อ ซึ่งเวลามาตรฐานในการทำกิจกรรมสามารถนำไปวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ได้ต้นทุนที่แท้จริง

6. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล

6.1 ความหมายและแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม

เนื่องจากการใช้บริการสุขภาพเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยจากโรคภัย เช่นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและสืบเนื่องจากการที่ต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นและมีราคาแพงขึ้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้นทุนในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการให้บริการสุขภาพมีลักษณะซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการให้การรักษายาพยาบาลกับประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย

Creese และ Parker (1994: 5) กล่าวว่าต้นทุนหมายถึงมูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการบางอย่าง

Nicholson Walter (1998) กล่าวว่า ต้นทุน หมายถึงค่าใช้จ่ายใดๆ ที่มีการจ่ายจริงเป็นตัวเงิน สามารถแสดงหลักฐานเพื่อลงในบัญชีได้ หรือเรียกว่าต้นทุนทางการเงิน

Sharon Holcombd Pappas (2007) กล่าวว่าต้นทุนการพยาบาลเป็นที่ตกลงกันในการดำเนินงานที่มีความจำเป็นแต่เป้าหมายก็คือทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ มีการจำกัดทรัพยากร อัตราการเรียกเงินคืน การมีข้อมูลที่มีคุณภาพ และต้นทุนผลผลิตในการให้การดูแลผู้ป่วยเงินเดือน ชั่วโมงการดูแล เป็นสิ่งจำเป็นในการคิดต้นทุน

สถาบันพัฒนาศาสตร์ (2545) ให้ความหมายของต้นทุนคือทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Expenses) ที่ใช้ในกระบวนการ (Process) ประกอบกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลผลิต (Product)

สุวรรณี เจริญรุ่งเรือง (2547) ต้นทุนหมายถึงทรัพยากรที่จ่ายเป็นต้นทุนหรือไม่ใช่ต้นทุน ทั้งที่เป็นคน วัสดุ อาคาร อุปกรณ์ ที่ดิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตและบริการ หรือเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือมูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปในการผลิต

จากความหมายดังกล่าวสรุปความหมายของต้นทุน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นต้นทุนหรือไม่ใช่ต้นทุนทั้งที่เป็นคน วัสดุ อุปกรณ์ ที่ดินที่ใช้เป็นส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรืองานบริการเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการ

6.2 การแบ่งประเภทต้นทุน

UNAIDS Technical (1998) กล่าวถึง การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุน แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ต้นทุนทางตรง (Direct cost) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากการให้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายลงทุน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายในการที่คนไข้ต้องมาโรงพยาบาล

2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) เป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากการบริการโดยตรง แต่เป็นผลเสียที่ประเมินขึ้น เนื่องจากการมีหรือไม่มีบริการสาธารณสุขนั้นๆ ซึ่งมักเป็นผลมาจากค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) เช่นผลเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการตายเนื่องจากการมีหรือไม่มีกิจกรรมนั้น

3) ต้นทุนไม่มีตัวตน (Intangible costs) ผลของการให้หรืองดบริการอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือทรมาน ความเศร้าโศก เสียใจ ความไม่สบายใจ ความกลัว ความว้าเหว่ ฯลฯ ซึ่งผลดังกล่าวยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นต้นทุนได้ อย่างไรก็ตามเป็นสิ่งที่เราต้องคำนึงไว้เสมอในการประเมินผล

สมคิด แก้วสนธิ (2534: 140-144) ; อาทร ธีวไพบูลย์ (2544: 3) แบ่งกลุ่มต้นทุนได้ดังนี้

1) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “ผู้รับภาระต้นทุน” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) ต้นทุนภายใน (Internal cost) หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กรที่จัดบริการ

(2) ต้นทุนภายนอก (External cost) หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กร ที่จัดบริการ

2) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “การดำเนินกิจกรรม” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต้นทุนทางตรง (Direct costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs)

3) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “การจ่าย” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต้นทุนที่มองเห็น (Explicit cost หรือ Tangible cost) ต้นทุนที่มองไม่เห็น (Implicit cost หรือ Intangible cost)

4) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “การแพทย์” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มต้นทุน คือที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Medical cost) ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Non medical costs)

5) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “ความสัมพันธ์กับผลผลิต” แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือต้นทุนคงที่ (Fixed cost) ต้นทุนกึ่งคงที่ (Semi-fixed cost) และต้นทุนเปลี่ยนแปลง (Variable cost)

6) การแบ่งกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “ประเภทค่าใช้จ่าย” แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)

7) การแบ่งกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “ระยะเวลา” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือต้นทุนในระยะสั้น (Short-run cost) ต้นทุนในระยะยาว (Long-run cost)

6.3 ความสำคัญและประโยชน์ของการวิเคราะห์ต้นทุน

Lawrencek Altman (2006) กล่าวถึงต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของสหรัฐ เป็นปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์อันดับหนึ่งของสหพันธ์ ซึ่งเป็นต้นทุนเกี่ยวกับการสอนประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนของผู้อื่นด้วย ที่ว่าเอดส์เป็นปัญหาทางเศรษฐศาสตร์อันดับหนึ่ง ซึ่งใช้ไปกับการสอนที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการ ตัวเลขต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนเกี่ยวกับยาตัวใหม่ๆ เป็นจำนวนหลายชนิดที่ใช้ในผู้ป่วยเอดส์

Sharon Holcombd Pappas (2007) กล่าวว่า การจัดการเรื่องต้นทุนเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าโรงพยาบาลต้องการรักษาผลกำไรในการได้ทุนคืนจากการให้ความสะดวกสบาย ลูกจ้าง และการติดต่อสื่อสาร หรือในกรณีของการได้ผลกำไรของโรงพยาบาล การจ่ายให้กับผู้ถือหุ้น และต้นทุนของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดต้นทุนคุณภาพทางการแพทย์และความเกี่ยวข้องกับการคิดต้นทุนในการใช้ทักษะหรือจำนวนวันนอน

สถาบันพัฒนาศาสตร์ (2545) กล่าวถึงความสำคัญของการคิดต้นทุนกิจกรรม ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการพิจารณาทางเลือกในการจัดการผลผลิต
- 2) มีโอกาสประหยัดตัวเงิน ได้จากการเปลี่ยนแปลงผลผลิตหรือกระบวนการผลิต หรือลดไม่ดำเนินการผลิต
- 3) การคำนวณเงินที่ต้องใช้ในการจัดทำโครงการใหม่
- 4) การคิดราคาของผลผลิต เพื่อคำนวณผลตอบแทนจากการลงทุน
- 5) การคิดต้นทุนของโครงการหรือกิจกรรม เพื่อการวิเคราะห์หั่งบลงทุน การจัดสรรรายจ่ายประจำ หรือรายจ่ายอื่นให้กับผลผลิตโครงการหรือผลิตภัณฑ์

เรวดี รุ่งจตุรงค์ (2547) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวิเคราะห์ต้นทุน

- 1) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจทางการดำเนินการ
- 2) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตั้งราคาค่าบริการที่เหมาะสม

3) เพื่อใช้ในการบริหารต้นทุน โดยการนำข้อมูลแต่ละประเภทมาใช้ในการบริหารทรัพยากร บุคคล บริหารคลังพัสดุ และการบริหารสินทรัพย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) เพื่อการรายงานต้นทุนในรายงานทางการเงิน คือต้นทุนขายในงบกำไร ขาดทุน หรือการรายงานต้นทุนการผลิตต้นทุนในการขายในรายงานทางการเงิน

5) เพื่อการวัดประสิทธิภาพของหน่วยงาน หน่วยงานที่มีต้นทุนสูงและไม่สอดคล้องกับผลการดำเนินงานที่ได้

จะเห็นได้ว่าประโยชน์ในการวิเคราะห์ต้นทุนนั้น นับเป็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานโดยตรง เป็นระบบต้นทุนเน้นกิจกรรมทำให้เห็นสภาพขององค์กรชัดเจนมากขึ้น เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดผลผลิต เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมบริการ (Micro-costing) โดยการเชื่อมโยงการใช้ทรัพยากรกับต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการ โดยมีตัวผลักดันในส่วนของกิจกรรมและกระบวนการในขั้นแรก และจะเป็นตัวผลักดันในส่วนของผลผลิตบริการ ทำให้ทราบถึงต้นทุนที่ถูกต้อง สามารถนำมาประกอบการตัดสินใจทางการดำเนินการของหน่วยงาน ทางด้านการลงทุน หรือการขยายหน่วยงาน การวัดประสิทธิภาพของหน่วยงาน การพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ข้อมูลต้นทุน สามารถนำมาประกอบการตั้งราคาบริการที่เหมาะสม

6.4 การวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ระบบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบ ABC

Edwardson และ Glovannetti (1987) ได้รวบรวมแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการพยาบาลที่ผ่านมาสามารถแบ่งออกเป็น 4 แนวทาง ซึ่งแต่ละแนวทางใช้ภาระงานเป็นเครื่องวัด (workload measurement) เพียงแต่ใช้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) วิธีคิดต้นทุนต่อวันนอนโรงพยาบาล (Per dlem method) เป็นวิธีการคิดต้นทุนที่ถูกนำมาใช้นานที่สุด โดยคำนวณค้นหาต้นทุนการบริการพยาบาลต่อวันนอน จากผลรวมของต้นทุนของหน่วยงานกับต้นทุนที่กระจายมาจากหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อรายได้ หารด้วยจำนวนที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล วิธีการคิดต้นทุนนี้ ไม่สามารถที่จะใช้วัดความต้องการการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลการพยาบาลที่ต่างกันได้อย่างถูกต้อง

2) วิธีการคิดต้นทุนโดยใช้การวินิจฉัยโรค (Diagnosis - based method) วิธีนี้พัฒนาโดย Massachusetts Eye and Ear Infirmary (MEEI) เป็นการจัดสรรต้นทุนการบริการพยาบาลโดยใช้การวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นวิธีการแรกที่คิดต้นทุนการบริการพยาบาลเฉพาะโรค โดยไม่ใช้กลุ่มโรค (DRGs) ต่อมา Curtin ได้พัฒนากลุ่มกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 23 โรคหลัก จาก 467 กลุ่มโรค (DGRs) ซึ่งในแต่ละกลุ่มกิจกรรมจะใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย (PCS) เป็นตัวประเมิน แต่วิธีนี้ยังขาดการปฏิบัติการที่มีมาตรฐานและเวลาที่ถูกต้องในการทำกิจกรรม

3) วิธีคิดการต้นทุนต่อความต้องการการดูแล (RIMs) พัฒนาโดย New Jersey Department of Health เป็นการหาต้นทุนการบริการพยาบาลโดยใช้สัดส่วนผสมของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน

4) วิธีการคิดต้นทุน โดยใช้ภาระงาน (Nursing workload-based methods) ซึ่งเดิมใช้ในการจัดอัตราค่าจ้าง ต่อมาถูกนำมาใช้ในการประเมินค่าใช้จ่ายการบริการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับภาระงานเป็นตัวกำหนดบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค โดยแยกออกเป็น 3 บทบาท คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การให้การพยาบาลภายใต้คำสั่งแพทย์ และการให้การพยาบาลในบทบาทอิสระ ซึ่งแต่ละบทบาทนี้ สามารถที่จะเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลได้ โดยคิดค่าบริการต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก หรือต่อกลุ่มโรคที่มีความเฉพาะเจาะจง

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบ ABC

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งสังคมและเศรษฐกิจยุคใหม่ การบริหารงานยุคใหม่มีการนำมาตรการที่จะทำให้กิจการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การนำกลยุทธ์ไปใช้อย่างได้ผล ซึ่งหมายถึงการจัดหาทรัพยากร การจัดโครงสร้างทรัพยากร และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างๆที่ได้วางไว้ วรศักดิ์ ทุมมานนท์ และ ชिरยุต วัฒนาสุขโชค (2545) กล่าวว่าองค์กรที่ใช้การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing : ABC) สามารถใช้การบริหารต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Management: ABM) เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการประกอบการและลดต้นทุนให้เหมาะสม โดยการเน้นความสำคัญของการบริหารกิจกรรม (ABM) การบริหารกิจกรรมก่อให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ ในการนำองค์กรมุ่งเน้นความเป็นเลิศได้ ดังนี้

- 1) การบริหารกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
- 2) กำจัดหรือลดกิจกรรมที่ไม่เพิ่มค่าแก่ลูกค้าให้เหลือน้อยที่สุด
- 3) สร้างความเกี่ยวเนื่อง และความสัมพันธ์กัน ในระหว่างกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการธุรกิจ
- 4) ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาต้นทุนกิจกรรม เวลา และคุณภาพต่อเนื่อง

แนวทางการประยุกต์ใช้ ABC ในการคำนวณต้นทุนกิจกรรมและผลผลิต

การคำนวณต้นทุนผลผลิตเป็นหนึ่งในมาตรฐาน การจัดการทางการเงินที่สำคัญของภาครัฐ ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ ข้อมูลต้นทุนผลผลิตนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดสรรงบประมาณ การจัดสรรวงเงิน การควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณ และเพื่อการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ของตัวชี้วัดความสำเร็จในข้อตกลงการให้บริการสาธารณะ (PSA) แล้วยังใช้เปรียบเทียบต้นทุนผลผลิตหรือในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน (Benchmarking) เพื่อการวิเคราะห์และปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานนำมากำหนดต้นทุน มาตรฐาน

และราคาเป้าหมายที่รัฐจะซื้อบริการจากหน่วยงาน ใช้ประกอบการพิจารณาจัดจ้างและตั้งราคาเพื่อจ้างเอกชนดำเนินงานแทนหน่วยงานในบางกิจกรรม นอกจากนี้ยังนำมาใช้เพื่อกำหนดราคาค่าบริการของรัฐ ในอัตราที่เป็นธรรมและเหมาะสม และเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในเชิงบริหารอีกด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องต้นทุน/ค่าใช้จ่ายผลผลิตของภาครัฐ เพื่อเน้นพื้นฐานในการนำไปปรับใช้ และเป็นการเสริมทักษะในเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินงบประมาณการสร้างคุณภาพผลผลิตขององค์กรในอนาคต

สรุปการวิเคราะห์ต้นทุน เป็นการวิเคราะห์หาต้นทุนทรัพยากรการพยาบาลที่ใช้ในการให้บริการ บริการ มีการจำกัดทรัพยากร การมีข้อมูลที่มีคุณภาพ และต้นทุนผลผลิตในการให้การดูแลผู้ป่วย เงินเดือน ชั่วโมงการดูแล สามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ต้นทุน ในด้านการคิดค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในรายที่เป็นโรคที่มีค่าการใช้จ่ายสูง สามารถเบิกเงินค่าชดเชยได้จากการใช้ราคากลาง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRGs)

7. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์

7.1 ความหมายของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related-groups: DRGs) หมายถึงการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) หมายถึงตัวเลขเปรียบเทียบการใช้จ่ายต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG (Thai DRGs Version 4.0, 2550)

พลพัทธ์ โคตรจรัส (2549) ระบบการจ่ายค่าบริการในการรักษาพยาบาลตามหน่วยของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) คือการเหมาจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาลตลอดกระบวนการรักษาตามประเภทกลุ่มผู้ป่วย โดยจะจ่ายให้ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการคิดระบบต้นทุนจากการกำหนดประเภท หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยคล้ายคลึงกันตามความเห็นของแพทย์ แต่ละกลุ่มประเภทของผู้ป่วย (DRGs) จะถูกกำหนดขึ้นจากอาการของโรค และกระบวนการบริหารจัดการกับกลุ่มโรคนั้นๆ โดยจะจำแนกคนไข้ตามองค์ประกอบทั่วไป โดยมีข้อสมมติว่าทุกกรณี แต่ละกลุ่มคนไข้จะมีการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้มีอัตราค่าบริการในระดับเดียวกัน จึงเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ให้บริการกับองค์กรที่ทำหน้าที่จ่ายเงินหรือจัดสรรงบประมาณ ข้อดีของระบบนี้คือสามารถทำนายต้นทุนที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถลดปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่สูงเนื่องจากการให้บริการที่เกินความจำเป็น เช่น ให้คนไข้รับการรักษาหลายๆ ได้ กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย แต่กรณีมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ค่ารักษาพยาบาลราคา

สูงแต่ละคน จะใช้สูตร $BG_i = 4,000 \times RW_i$ และนำไปหาผลรวมซึ่งก็คืองบประมาณทั้งหมดที่สถานพยาบาลจะได้รับจากการให้บริการรักษาผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลราคาสูง

7.2 หลักเกณฑ์ในการจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข

ข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในการหา DRG เป็นแนวทางการปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ 1) รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis, PDx) คือการใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006 (ICD-10 ของ WHO ฉบับปี 2006) สำหรับโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น PDx จะต้องมีส่วนและมีได้ 1 รหัสเท่านั้น 2) รหัสการวินิจฉัยโรคอื่น (Secondary Diagnosis: SDx) คือรหัส ICD-10 สำหรับโรคอื่นนอกจากโรคหลัก อาจเป็นโรคร่วม (Comorbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (complications) รวมทั้ง External cause ก็ได้ แต่ต้องมีการตรวจรักษาในครั้งนั้น 3) รหัสการผ่าตัดและหัตถการ (Procedure: Proc, 2007) สำหรับการผ่าตัดและการทำหัตถการ จะมีการกำหนดไว้ว่าเป็นหัตถการที่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรมาก) และหัตถการประเภทไม่ต้องใช้ห้องผ่าตัด 4) วันเกิด 5) อายุ 6) น้ำหนักตัวแรกรับ 7) เพศ 8) ประการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Type: Discht) 9) วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล (Admission date: Date Adm.) 10) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge date, DateDsc) 11) ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay: CalLOS) คำนวณจากสูตร $CalLOS = DateDsc - DateAdm.$ 12) วันที่ลากลับบ้าน (Leave day)

Sharon Holcombe Pappas (2007) กล่าวว่าได้มีการเรียกเงินคืนตั้งแต่ปี ค.ศ 1980 รัฐบาลเป็นผู้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลสำหรับการรักษาผู้ป่วย บนพื้นฐานของการใช้การวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ระบบการเรียกเก็บเงินคืนเป็นผลรวมของค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ใช้ในการเรียกเก็บเงินคืนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและเป็นรูปแบบของการจ่ายทั้งหมด

7.3 การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW)

หลังจากได้ DRG แล้ว สามารถหาน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนเกินเกณฑ์ (Outlier trim point: OT) และค่าวันนอนเฉลี่ย (WTLOS) ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีที่ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ ในแต่ละส่วนแบ่งเป็น 2 ส่วน คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการผ่าตัด และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด ผู้ป่วยที่วันนอนจริงต่ำกว่าเกณฑ์ ควรมีการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามอัตราการปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนที่จะนำไปใช้ จะไม่มีการปรับค่า RW ถ้าวันนอนจริงมากกว่า 1/3 ของ WTLOS ผู้ป่วยที่วันนอนจริงสูงกว่าเกณฑ์ มีการปรับเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แบ่งเป็น 3 ช่วงโดยแยกประเภทผู้ป่วยเป็นกรณีไม่ผ่าตัดและผ่าตัด

กรณีไม่ผ่าตัด

- 1) วันนอนจริงสูงกว่าจุดตัดเกินเกณฑ์แต่ไม่เกิน 2 เท่า ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.65x(CALLOS - OT)}{WTLOS} \right)$$

- 2) วันนอนจริงสูงกว่า 2 เท่าแต่ไม่เกิน 3 เท่าของจุดตัดเกินเกณฑ์ ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.65xOT + 0.67x0.65x(CALLOS - 2xOT)}{WTLOS} \right)$$

- 1) วันนอนจริงสูงกว่า 3 เท่าของจุดตัดเกินเกณฑ์ให้คิดเท่ากับวันนอนจริง 3 เท่า ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.65xOTx(1 + 0.67)}{WTLOS} \right)$$

กรณีผ่าตัด

- 1) วันนอนจริงสูงกว่าจุดตัดเกินเกณฑ์แต่ไม่เกิน 2 เท่า ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.5x(CALLOS - OT)}{WTLOS} \right)$$

- 2) วันนอนจริงสูงกว่า 2 เท่าแต่ไม่เกิน 3 เท่าของจุดตัดเกินเกณฑ์ ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.5xOT + 0.67x0.5x(CALLOS - 2xOT)}{WTLOS} \right)$$

- 3) วันนอนจริงสูงกว่า 3 เท่าของจุดตัดเกินเกณฑ์ให้คิดเท่ากับวันนอนจริง 3 เท่า ใช้สูตร

$$ADJRW = RW \times \left(1 + \frac{0.5xOTx(1 + 0.67)}{WTLOS} \right)$$

7.4 การประเมินต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

จรัส สุวรรณเวลาและคณะ (2537) ได้กล่าวถึงแนวคิดการคำนวณต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือ ผลรวมของต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด ซึ่งต้นทุนทางตรง ประกอบด้วยต้นทุนการลงทุน ต้นทุนวัสดุอุปกรณ์และต้นทุนค่าแรง ต้นทุนทางอ้อม ประกอบด้วยต้นทุนของหน่วยงานที่ทำให้การสนับสนุน

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย (2544) ได้สรุปวิธีการประเมินต้นทุนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มี 2 วิธี ดังนี้

1) Cost modeling approach ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ กำหนดหน่วยต้นทุนเบื้องต้น (initial cost centers) ตามระบบบัญชีแล้วกระจายต้นทุนจากหน่วยสนับสนุนไปยังหน่วยต้นทุนขั้นสุดท้าย (final cost centers) ประเมินหาสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยในจากต้นทุนขั้นสุดท้ายทุกหน่วยและขั้นตอนสุดท้าย คือกระจายต้นทุนจากหน่วยต้นทุนขั้นสุดท้ายไปสู่กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2) Patient-based costing วิธีนี้ใช้ข้อมูลรายละเอียดทางคลินิก ข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุข และข้อมูลจากระบบบัญชีมาคำนวณต้นทุน

สรุป กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related-Groups: DRGs) หมายถึงการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน ไว้ในกลุ่มเดียวกันและ

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) หมายถึงตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้น ว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG ซึ่งมีงานการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก ทั้งในและต่างประเทศที่ใช้ DRGs ในการวิเคราะห์หาต้นทุนทางด้านสุขภาพเพื่อศึกษาความคุ้มค่าของหน่วยงาน

8.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยภายนอกประเทศ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายนอกประเทศพบว่าได้มีงานวิจัยภายนอกประเทศที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล การวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรงของพยาบาล การจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยใช้ระบบต้นทุนกิจกรรม (ABC) ดังนี้

Colin Dodds (2000) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษานักกีฬาอาชีพไอวี/เอดส์ในแคนาดา พบว่าผลรวมต้นทุนการบริการสุขภาพทางตรงในผู้ป่วยไอวี/เอดส์ในแคนาดา ประมาณ \$600 ล้านดอลลาร์ และสูญเสียต้นทุนการบริการสุขภาพทางอ้อมในผู้ป่วยติดเชื้อไอวี/เอดส์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ จากการที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น การเจ็บป่วยที่ยาวนานก่อนเสียชีวิต วัยแรงงาน อายุระหว่าง 36-41 ปีไม่สามารถทำงานได้และเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ประมาณ \$727 ล้านดอลลาร์ในปี 1999

Iowa Intervention Project (2001) ได้มีการสรุปความสำคัญของการกำหนดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลว่าเป็นรูปแบบที่เป็นที่นิยม ที่สามารถอธิบายมูลค่าของการดูแลทางการพยาบาล ในการจัดการทรัพยากรทางการพยาบาลที่สลับซับซ้อน นักวิชาการสามารถใช้การแบ่งประเภทกิจกรรมการพยาบาล (NIC) เป็นพื้นฐานสำหรับอธิบายกิจกรรมของพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสามารถประเมินเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และรู้ระยะเวลาที่น้อยที่สุดในการทำกิจกรรมแต่ละชนิด 54% ของการทำกิจกรรมการพยาบาลใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที มากกว่า 70%ของการแบ่งประเภทกิจกรรมการพยาบาล เห็นว่าเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยสามารถกำหนดการใช้เวลาและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่สมบูรณ์ และการกำหนดต้นทุนต่อหน่วย ที่สามารถใช้เป็นสัญญาทางธุรกิจ ที่เป็นผลจากการใช้บริการทางการพยาบาล

Fosbinder (1986) ได้ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล/การวินิจฉัยโรคร่วมในระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยการศึกษาจากต้นทุนการให้การพยาบาลในผู้ป่วย 13 การวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งสัมพันธ์กับการจำกัดค่าทางสถิติกับข้อมูลอื่นๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับกิจกรรมทั้งที่เป็นปัจจัยการให้การพยาบาลทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นวิกฤตของการทำงานในการจ่ายค่ารักษาล่วงหน้าตามการวินิจฉัยโรคร่วม ให้มีความชัดเจนมากขึ้นในการกำหนด ส่วนประกอบของต้นทุนการให้การพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดแบบการปฏิบัติโดยการปรับปรุง เพื่อลดราคาต้นทุนลง

Richard Stanford (1999) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยโรคหอบหืดในแผนกฉุกเฉินและในโรงพยาบาลจำนวน 27 แห่ง ผู้ป่วย 3,223 ราย อายุมากกว่า 18 ปี พบว่าผู้ป่วย 1,074 ราย (33.30%) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวน 2,149 รายรักษาที่แผนกฉุกเฉินเท่านั้น ต้นทุนคือ \$234.48 สำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.8 วัน ต้นทุนคือ \$53,102.53 การดูแลทางการแพทย์เป็นต้นทุนทรัพยากรจำนวนมากของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยหอบหืด 43.6% ค่ารักษา 13.60% ค่ายา 10.40% ในการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหอบหืดที่เข้านอนโรงพยาบาล

Behner et al. (1993) ได้ศึกษาถึงตัวชี้วัด 2 ชนิดคือทำการวิจัยในผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เหมือนกัน ประเมินจากต้นทุนเงินเดือนของพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งหมดที่เจ็บป่วยด้วยภาวะที่ซับซ้อนและแปรเปลี่ยนไปตามต้นทุนของแรงขับ การศึกษาชุดที่ 2 เป็นการเปรียบเทียบจำนวนผลผลิตของการพยาบาลต่อจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน ระหว่างการจัดการเรื่องต้นทุนโดยลดจำนวนผู้ปฏิบัติเทียบกับการจัดการต้นทุนโดยใช้กระบวนการทางการแพทย์ การศึกษาพบว่า การลดต้นทุนจำนวนพยาบาลไม่ได้เป็นสาเหตุของการเพิ่มต้นทุนในผู้ป่วยที่ภาวะแทรกซ้อน เพราะว่าพยาบาลมีไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนต้องใช้บุคลากรพยาบาลที่สมส่วนกันเป็นการประหยัดเงินมากกว่าในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อใช้จำนวนพยาบาลที่เพียงพอ

Hall et al. (2004) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางการแพทย์พยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนมีความแตกต่างต่อชั่วโมงการดูแลของพยาบาล

Sovie and Jawad (2001) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางการแพทย์พยาบาลพบว่า ต้นทุนที่ลดลงโดยการลดจำนวนพยาบาลเป็นรูปแบบโครงสร้างการดูแลผู้ป่วย เขาพบว่าเปอร์เซ็นต์ของพยาบาลในการปฏิบัติไม่ได้เป็นแรงขับที่ทำให้ต้นทุนสูงขึ้น โดยการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนของผู้ปฏิบัติต่อการจำหน่ายผู้ป่วยตึกอายุกรรมและศัลยกรรม เมื่อใช้พยาบาลปฏิบัติอยู่ระหว่าง 40-50 % ไม่มี ความแตกต่างของต้นทุนต่อการจำหน่าย เมื่อใช้พยาบาลปฏิบัติระหว่าง 60 – 70% ต้นทุนผู้ปฏิบัติต่อการจำหน่ายตกลง ซึ่งการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการ ใช้ทรัพยากรและการกำหนดต้นทุนการดูแลโดยไม่คำนึงถึงจำนวนของพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

Aileen B. Rothbard (2003) ได้ศึกษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์โรคร่วมที่มีอาการทางจิตซึ่งมี ยอดสูงสุดประจำปีในการให้การรักษ โดยการให้ยาและการบำบัดทางพฤติกรรม โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เท่านั้น พบว่าค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรคร่วมที่ป่วยด้วยอาการทางจิตประมาณ \$5,800ต่อคน ค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มีอาการทางจิตประมาณ \$1,800 ต่อคน

Bruce R. Schackman (2001) ได้ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลการใช้จ่ายด้านไวรัสแต่เนิ่นๆ ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ พบว่าคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 7.64 ปีค่า CD4 200 cells/ μ L เป็น 8.21 ปี ค่า CD4 500 cells/ μ L ผู้ป่วยที่ค่า CD4 500 cells/ μ L เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพมากกว่าผู้ที่มีค่า CD4 200 cells/ μ L ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิผลในอัตรา \$17,300 ต่อคุณภาพชีวิตต่อปีเปรียบเทียบกับ ต้นทุนที่ผู้จ่ายใน 5 ปีแรกในอัตรา \$5,500 - \$24,900 ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส

Fred J. Hellinger (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลรวมของต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่แบ่งประเภทผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ระยะของโรค ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 มากกว่า 500 cells/mm³ ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ระหว่าง 200 – 499 cells/mm³ ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ระหว่าง 75-199 cells/mm³ และประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 <75 cells/mm³ พบว่าต้นทุนการดูแลประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 <75 cells/mm³ มีต้นทุนการดูแลสูงที่สุด

James G.Kahn (1996) ในปี 1994 โรคเอดส์เป็นผู้นำที่เป็นสาเหตุของการตายสำหรับวัยผู้ใหญ่ที่อายุ 25-44 ปีในสหรัฐ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วติดอันดับหนึ่งในสี่ของโรคติดเชื้อใหม่ในประชาชนที่อายุมากกว่า 22 ปีไม่เพียงแต่การสูญเสียต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมี การสูญเสียประเภทอื่น การตายของเพื่อน ครอบครัวและคนที่รัก การถูกทอดทิ้งจากสังคม สูญเสียแรงงาน ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ตลอดอายุประมาณ \$119,000 มีการประเมินต้นทุนการสูญเสียแรงงานแต่ละปีประมาณ \$480,000ต่อคน หรือรวมทั้งหมด \$4.6 ล้าน เป็นเศรษฐศาสตร์ที่มีผลต่อจำนวนประชากร

Horngren et al. (2002) ได้ศึกษาพบว่า ABC ได้นำมาใช้ในอุตสาหกรรมทางด้านสุขภาพ โดย Arkansas Blue Cross Blue Shield (ABCBS) ซึ่งเป็นบริษัทรับประกันสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในรัฐ Arkansas ได้นำระบบ ABC มาใช้ในการบริหารองค์การ (Activity Based Management: ABM) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจบริหารกิจกรรม การใช้ทรัพยากรและตัวผลักดันต้นทุน โดยได้ศึกษาเป็นโครงการนำร่อง ผลที่ได้และนำมาใช้ในการบริหารคือ นำมาจัดการสถานที่ใช้งานในห้องคอมพิวเตอร์ ค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร มีการพัฒนาระบบ CPU ในคอมพิวเตอร์และการจัดตั้งศูนย์กิจกรรมในหน่วยงาน

Ramsey (1994) ได้ศึกษาพบว่าการเก็บข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลและแบ่งระดับความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยร่วมตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการจำแนกกลุ่มของโรคและกำหนดชื่อของแต่ละกลุ่มโรค การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคที่ใช้ระดับความรุนแรงของโรค การใช้การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม โดยกำหนดความถี่ของการพยาบาลเป็นตัวผลักดันกิจกรรม ทำให้ทราบถึงต้นทุนพยาบาลที่แท้จริงและมีความแม่นยำตรงมากกว่า สามารถนำข้อมูลต้นทุนกิจกรรมในแง่การศึกษาอนาคต (Prospective) คือการวางแผนการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวร ซึ่งขึ้นกับจำนวนและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นหลัก และในแง่การศึกษาย้อนหลัง

(Retrospective) การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระดับความรุนแรง จะสะท้อนถึงผลงานที่สามารถวัดได้ โดยการเปรียบเทียบต้นทุนกับระยะเวลาที่ใช้ไปในการพยาบาล

Selwyn PA (2003) ได้ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ต้องเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พบว่า 71% ของผู้ป่วยมาด้วยอาการวิกฤตหนึ่งหรือหลายระบบในผู้ป่วยแต่ละราย 20% ของผู้ป่วยมีมะเร็ง 13% มีอาการของโรคตับระยะสุดท้าย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการปวด มีอาการทางจิต สับสน วุ่นวาย คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ คิดเป็น 68-91% ของผู้ป่วยทั้งหมด

8.2 งานวิจัยภายในประเทศ การวิจัยภายในประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยในระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาด้านทุนค่าแรงของพยาบาลส่งผลให้มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ดังนี้

บุญรัตน์ ไชยชนะ (2545) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลตามระบบต้นทุนกิจกรรมหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในการบริการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่าต้นทุนการบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยในรวมทั้งสิ้น 3,699,554.64 บาท ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 2,045,058.14 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนค่าแรงทางตรงสูงสุด คือ การส่งเสริมทางอารมณ์ เท่ากับ 397,389.72 บาท กิจกรรมที่ต้นทุนรวมสูงสุด คือการส่งเสริมพัฒนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอารมณ์ 877,344.55 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมต่อรายสูงสุด คือ การพยาบาลที่ให้กับครอบครัว 1,274.32 บาท/ราย กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมต่อครั้งสูงสุด คือการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง 3,054.58 บาท/ครั้ง กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุดในผู้ป่วยประเภทที่ 1 และ 4 คือการดูแล ทั่วๆ ไปเท่ากับ 16,258.95 บาท, 68,834.28 บาท โดยนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการบริหารกิจกรรมการพยาบาล ทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นทางด้านปรับปรุงงานบริการพยาบาลและลดต้นทุนทางการพยาบาล

กมลวรรณ จลาพงษ์ (2545) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนโดยตรง ของการบริการพยาบาลจากระบบจำแนกกิจกรรมพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้วิธีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของต้นทุนโดยตรงของการบริหารการพยาบาลจากระบบจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของงานการพยาบาลศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ ระหว่างประเภทผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการพยาบาล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด ที่ถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์แบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลสูงสุดคือ การช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยของการทำกิจกรรม 20 นาที ค่าเฉลี่ยของอัตราเงินเดือน 57.48 บาท และค่าเฉลี่ยของค่าอุปกรณ์ 48.20 บาท และพบว่าต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประเภท คือ อัตราเงินเดือนของบุคลากร จำนวนบุคลากรที่ทำกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละรายการ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาล และค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมการพยาบาล

อชิรญา สุทิน (2545) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ในผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โดยใช้ระบบต้นทุนกิจกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเท่ากับ 167,980.39 บาท มีต้นทุนเฉลี่ยด้านการดูแลแรกรับ การดูแลต่อเนื่อง การจำหน่ายและด้านการพัฒนาคุณภาพมีค่าเท่ากับ 2,466,251 บาท 38,773.60 บาท 43,940.65 บาทและ 100,150.18 บาท ตามลำดับ โดยมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการมีต้นทุนสูงที่สุดคือ 91,341.18 บาท ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารการพยาบาล ใช้อ้างอิงในการจัดอัตรากำลังของพยาบาลและการจัดสรรทรัพยากร ได้มีประสิทธิภาพรวมทั้งทราบข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

พิพัฒน์ อินแดง (2545) ได้นำระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม ไปใช้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในหน่วยงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ผลการวิจัยพบว่าต้นทุนรวมเฉลี่ยและต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของงานที่ศึกษา 5 งาน คือ 1) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) งานเวชปฏิบัติครอบครัว 3) งานอนามัยแม่และเด็ก 4) งานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค 5) งานด้านการวางแผนครอบครัว มีค่าเท่ากับ 23.11 บาท 1,102.74 บาท 724.10 บาท 193.80 บาท และ 305.32 บาท ตามลำดับ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยนี้ นำมาใช้ในการคิดค่าบริการ การจัดสรรทรัพยากร การจัดอัตรากำลังและพัฒนากิจกรรมต่างๆ ในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

อัญชลี เกษสาคร (2546) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมตามกระบวนการหลัก ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยโดยรวมสูงสุดที่ผู้ป่วยประเภทที่ 1 เท่ากับ 23.44 บาท ผู้ป่วยประเภทที่ 2 3 และ 4 มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม เท่ากับ 17.70 บาท 10.22 บาท และ 4.92 บาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าแรงของผู้ป่วยแต่ละประเภทที่เป็นต้นทุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการพยาบาลทางตรง กิจกรรมด้านการบริการและกิจกรรมการบันทึกเอกสาร พบว่ามีค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยในผู้ป่วยประเภทที่ 1 เท่ากับ 105.50 บาท รองลงมาเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 2 เท่ากับ 76.78 บาท และต่ำสุดในผู้ป่วยประเภทที่ 4 เท่ากับ 15.69 บาท

ละไม แก้วอำไพ (2546) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเลิศสิน ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนกิจกรรมหลักการดูแลแรกรับ เท่ากับ 226.48 บาทต่อครั้ง ค่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของกิจกรรมหลักการดูแลต่อเนื่อง การหายใจกรณีใช้เครื่องช่วยหายใจมีต้นทุนกิจกรรมทั้งสิ้น 1,105.50 บาท รองลงมาคือ การช่วยฟื้นคืนชีพ 810.95 บาท การป้องกันอันตรายจากการหกล้มมีต้นทุนเพียง 18.84 บาท ค่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของกิจกรรมคู่งาน การจัดเตรียมบุคลากรมีต้นทุน 1,251.91 บาท การเก็บเสมหะมีต้นทุนเพียง 14.19 บาท ค่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของกิจกรรมการดูแลก่อนจำหน่าย การจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (Refer)

มีต้นทุนคือ 198.68 บาท ส่วนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์อนุญาตมีต้นทุน คือ 95.47 บาท ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงต้นทุนการพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางการจัดสรรทรัพยากรต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ในโรงพยาบาลเลิศสิน

สุวรรณณี เจริญรุ่งเรือง (2547) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หอบำบัดพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในผู้ป่วย 20 ราย ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอน ไม่เกิน 7 วัน ส่วนใหญ่มีสัดส่วน ไม่เกินร้อยละ 50 และพบว่าสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอน 8 และ 15 วัน พบว่า สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีสัดส่วนร้อยละ 54.07 และ 97.98 ตามลำดับ

พรทิพย์ รัตนวิชัย (2548) ได้ทำการศึกษาต้นทุนทางการพยาบาลผู้ป่วยใน : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่าค่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ตามกระบวนการหลักผู้ป่วยในค่าต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม ที่มีค่าสูงสุดตาม 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม การรับผู้ป่วย เท่ากับ 96.08 บาทต่อครั้ง 2) การประเมินวินิจฉัย การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจำแนกผู้ป่วย เท่ากับ 11.89 บาทต่อครั้ง 3) การวางแผนดูแล การเตรียมบุคลากรเท่ากับ 3,655.45 บาทต่อครั้ง 4) การดูแลรักษา การดูแลด้านความปลอดภัย เท่ากับ 2,656.50 บาทต่อครั้ง และกิจกรรมรอง การรักษาชีวิต ช่วยฟื้นคืนชีพเท่ากับ 308.24 บาทต่อครั้ง พลพัทธ์ โคตรจรัส (2549) พิจารณาความเสมอภาคจากค่าดัชนีประเภทต่างๆที่คำนวณได้เปรียบเทียบงบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับจากการจัดสรรงบประมาณ ด้วยแบบจำลองที่ใช้จริงกับแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งสองกรณีแล้ว การจัดสรรงบประมาณด้วยแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ จะก่อให้เกิดความเสมอภาคมากกว่า และเปรียบเทียบแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งสองกรณี และจะพบว่าการจัดสรรงบประมาณด้วยแบบจำลองที่หนึ่งที่มีการให้น้ำหนักในการจัดสรรงบประมาณต่างกันสำหรับผู้ป่วยที่ถึงแม้จะจัดอยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน แต่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่มีระดับที่ต่างกัน จะทำให้เกิดความเสมอภาคคือการจัดสรรงบประมาณด้านแบบจำลองที่สองที่มีการให้น้ำหนัก ในการจัดสรรงบประมาณเท่ากัน สำหรับผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน แม้ว่าจะเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่มีระดับที่ต่างกันอยู่เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่าดัชนีทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันไม่มากนัก ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่นับสำคัญทางสถิติ จึงถือว่าการจัดสรรงบประมาณด้วยแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งสองแบบนี้ ให้ความเสมอภาคในการจัดสรรงบประมาณชัดเจนในกรณีการรักษาพยาบาลราคาสูง ให้แก่โรงพยาบาลระดับต่างๆไม่แตกต่างกัน

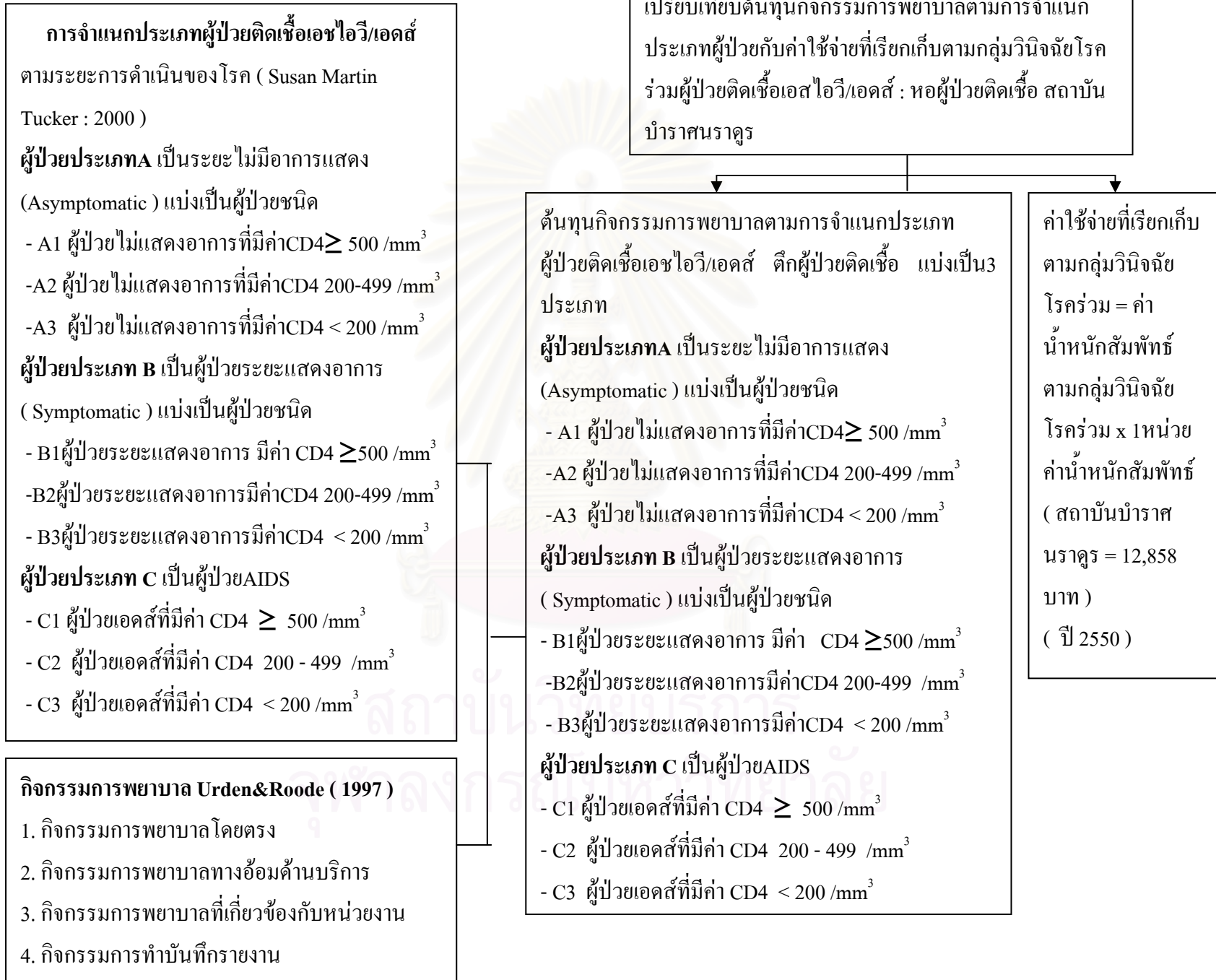
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำหลักการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม มาปรับใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตึกผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบาราศนราจตุร

ในส่วนของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan และ Cooper (1888) เนื่องจากระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในตึกผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ มีความแตกต่างกัน ทำให้ความต้องการการให้พยาบาลในผู้ป่วย แต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จึงมีการ จำแนกกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจำแนกกิจกรรมของ Urden และ Roode (1997) ซึ่งได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 กิจกรรม และในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ได้ทำการ จำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของ Susan Martin Tucker (2000) ซึ่งมีการจำแนกประเภท ผู้ป่วยตามระยะการดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ประเภท โดยมีการป็นส่วน 2 ขั้นตอน คือ การป็น ส่วนคือ การป็นส่วนค่าใช้จ่ายโดยใช้ตัวผลิตภัณฑ์พยากรณ์ที่เป็นต้นทุน เช่น เงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าสวัสดิการของบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ที่นำมาใช้ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เข้าสู่กลุ่มต้นทุนการพยาบาลต่างๆตามประเภทการปฏิบัติ กิจกรรม ตัวผลิตภัณฑ์ต้นทุนกิจกรรม คือสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่สะสมไว้ในแต่ละ กลุ่มกิจกรรมการพยาบาลเข้าสู่ผลผลิตทางการพยาบาล

ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ใช้แนวทางการเรียกเก็บตาม กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คือค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค (Related Weight: RW) คูณด้วย 1 หน่วย น้ำหนักสัมพัทธ์ ในกรณีผู้ป่วยที่ใช้หลักประกันสุขภาพ จะใช้เป็นค่าปรับน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adj RW) หนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของสถาบันบาราศนราจตุร หลักประกันสุขภาพได้กำหนด เท่ากับ 12,858 บาท (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ, 2550) แล้วทำการศึกษาเปรียบเทียบ สัด ส่วนของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วม

จากแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวทางในการวิจัย ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุน กิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วมที่เรียกเก็บจริง ในหอผู้ป่วยติดเชื่อ ดังรูปภาพที่ 1



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านทฤษฎีการพยาบาลต่อหน่วย ตามประเภทผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อและเปรียบเทียบด้านทฤษฎีการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร โดยการสังเกตกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน สถาบันบำราศนราดูร คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทั้งหมด 17 หอผู้ป่วย ทั้งหมด จำนวน 118 คน

1.2 ผู้ป่วยในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ในช่วงเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคม 2551

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล จำนวน 31 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรวมหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 19 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 12 คน รวม 31 คน

2.2 ผู้ป่วยในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ทั้งหมด 3 หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมโรคอื่นโรค ในช่วงเวลาที่ทำวิจัย ระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 92 ราย จากการประมาณตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ที่มีจำนวนเวลารักษาตัวอยู่หอผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร เกินกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 4 ชุด (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) คือ

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ตีกอายูกรรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นรายการกิจกรรมการพยาบาลที่จัดทำขึ้นจากตำราและวารสารงานวิจัย HIV Infection and AIDS: Guidelines for Nursing Care (WHO, 1993) ร่วมกับ Patient Care Standards: AIDS (2000) และ The Individual with HIV Disease (Mary C. Townsend, 2005) และศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในตีกอายูกรรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวม 4 กิจกรรมหลัก 74 กิจกรรมรอง ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการพยาบาลทางตรง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลทางตรง ประกอบด้วยกิจกรรมรอง และกิจกรรมย่อยจำนวน 37 กิจกรรม ได้แก่

- 1) กิจกรรมการพยาบาลแรกรับและการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤตทุกระบบ
- 2) การดูแลช่วยเหลือเพื่อความสุขสบาย ได้แก่ (1) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ (2) อาการไข้ (3) อาการปวด (4) การพยาบาลด้านสุขอนามัย (5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการชัก
- 3) การดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- 4) กิจกรรมการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ 1) การช่วยฟื้นคืนชีพ 2) การช่วยแพทย์ใส่ท่อหายใจ 3) การพยาบาลในภาวะ Shock
- 5) กิจกรรมเกี่ยวกับหัตถการทางการพยาบาล ได้แก่ (1) การบริหารยาฉีด (2) การบริหารยารับประทาน (3) การเจาะเลือด (4) การเจาะ Hct /DTX (5) การส่งตรวจภาพรังสีสมอง (6) การใส่เลือด (7) การใส่สายสวนปัสสาวะ (8) การใส่สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (9) การใส่สาย N-G tube (10) การดูดเสมหะ (11) การวัดสัญญาณชีพ (12) การตรวจ EKG (13) การพ่นยาขยายหลอดลม (14) การให้ออกซิเจน (15) การให้อาหารทางสายยางและทางเส้นเลือด (16) การทำแผลเริ่มหรือเช็ดรา (17) การจัดทำ
- 6) การให้การพยาบาลพื้นฐาน
- 7) การช่วยแพทย์ในการให้ยาหรือการทำหัตถการการเจาะหลัง
- 8) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายหัตถการ ได้แก่ การดูแลท่อระบาย/สาย จากสมอง/ไขสันหลัง
- 9) กิจกรรมด้านการสอนหรือให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ (1) การสอนการดูแลตนเอง (2) การให้คำปรึกษา (3) การสอนการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

- 10) กิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการจำหน่าย ได้แก่ 1) การจำหน่ายกลับบ้าน
2) การส่งต่อรักษา 3) การพยาบาลผู้ป่วยถึงแก่กรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ถ้าเป็นกิจกรรมทางตรงในด้านการทำหัตถการทางการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเข้าในแต่ละกิจกรรม

2. กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ได้กระทำโดย ตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีผลต่อการพยาบาลโดยตรง จำนวน 14 กิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น
- 2) การจัดเตรียมเตียง อุปกรณ์รับใหม่
- 3) การเตรียมยารับประทาน
- 4) การเตรียมยาฉีดเข้าทางเส้นเลือด ยาเคมีบำบัด
- 5) การเตรียมยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง
- 6) การเตรียมยาสำหรับสูดพ่น
- 7) การเตรียมอาหารผู้ป่วยพิเศษและสามัญ
- 8) การเตรียมให้อาหารทางสายยาง
- 9) การนำสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 10) การเตรียมของส่งนั่งอบแก๊ส
- 11) การเตรียมเครื่องมือในการทำหัตถการของแพทย์
- 12) การรายงานแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วย
- 13) การเตรียมข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- 14) การตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์และทีมสหสาขา

3. กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมในการทำงาน โดยที่กิจกรรมเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้อง ไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 11 กิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) การมอบหมายงานและการจัดอัตรากำลังในหน่วยงาน
- 2) การตรวจอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม
- 3) การตรวจนับวัสดุอุปกรณ์และยาในรถ Emergency
- 4) การประชุมต่างๆทั้งภายนอกและภายในหอผู้ป่วย
- 5) การตรวจเช็ดยาควบคุมพิเศษที่ต้องใช้ เช่น Morphine, Pethidine
- 6) การเบิกวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์
- 7) การจัดเก็บอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้สะอาด

8) การตรวจเชื้อและส่งซ่อมวัสดุอุปกรณ์ชำรุด

9) การตรวจรับยาประจำวัน

10) การตรวจสอบคุณภาพและนิเทศงาน

11) การตรวจเช็คตารางการให้ยา

4. กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงาน เป็นกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาล เกี่ยวกับการบันทึกรายงานพยาบาล จำนวน 12 กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การรับแผนการรักษา

2) การบันทึกการเบิกอาหาร

3) การบันทึกสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย

4) การเขียนบันทึกรายงานการพยาบาล (Nurses' note)

5) การบันทึกสถิติผู้ป่วยประจำวัน

6) การบันทึกเบิกวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ประจำวัน

7) การบันทึกสัญญาณชีพในฟอร์มปรอท

8) การบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยรับใหม่

9) การสรุปสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือย้ายออก

10) การคิดค่ารักษาพยาบาล

11) การบันทึก ICD- 10

12) การนัด

ชุดที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรม ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ดิจผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

1) ศึกษาแนวคิดการจำแนกประเภทผู้ป่วย เกณฑ์ข้อบ่งชี้ของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติในผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากวารสาร เวชระเบียนผู้ป่วย ตำรา งานวิจัยทั้งภายใน ประเทศและต่างประเทศเพื่อกำหนดเนื้อหาในการสร้างแบบคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย

2) ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้า ที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแนวคิดของ Centers for Disease Control : CDC (1993) และ Susan Martin (2000) เป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย

Category A เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะ A1	CD4	T cell count ≥ 500 cell /mm ³
ระยะ A 2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ A 3	CD 4	T cell count < 200 cell /mm ³

Category B เป็นกลุ่มที่มีอาการปานกลาง อาการที่มีมากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการของกลุ่ม C เช่น เชื้อราในปากและลำคอเรื้อรัง ท้องเสียนานกว่า 1 เดือน เริ่ม

ระยะ B1	CD4	T cell count ≥ 500 cell /mm ³
ระยะ B 2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ B 3	CD 4	T cell count < 200 cell /mm ³

Category C เป็นกลุ่มที่มีอาการมากได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นเอดส์ โรคหรือภาวะในกลุ่มนี้ได้แก่เชื้อราที่หลอดอาหาร หลอดลมคอหรือปอด Cytomegalovirus, lymphomas, Kaposi's sarcoma, Mycobacterium, Pneumocystis carinii, wasting syndrome, encephalopathy

ระยะ C1	CD4	T cell count ≥ 500 cell /mm ³
ระยะ C2	CD4	T cell count 200 to 499 cell /mm ³
ระยะ C3	CD 4	T cell count < 200 cell /mm ³

ชุดที่ 3. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา เอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับระบบการวิเคราะห์กิจกรรมและการศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ของสถาบันพัฒนาศาสตร์ (2545)

ชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบบันทึกข้อมูลกรณีค่าใช้จ่ายสูง รายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่เรียกเก็บจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550)

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 4 ชุด มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ชุดที่ 1 การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ได้ทำการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลก่อนนำมาจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลเดิมของหอผู้ป่วยติดเชื้อและศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในส่วนของพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่ยังไม่ได้จัดทำขึ้นในหน่วยงาน จากเอกสาร งานวิจัยและตำราต่างๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องระบบการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2) ศึกษากระบวนการเรียนรู้ด้วยการทบทวน 12 กิจกรรม HA (Hospital Accreditation) เพื่อเข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลภายใต้กระบวนการหลัก 12 กิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) การดูแลอย่างเต็มความสามารถด้วยความระมัดระวัง 2) การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็น 3) ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาทั้งในโรงพยาบาลและกลับไปบ้าน 4) ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ 5) ความรู้และทักษะของทีมงานที่เพียงพอ 6) สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่ดีและพอเพียง 7) ความสมบูรณ์ของการบันทึก

กิจกรรมที่ 2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) อารมณ์ความรู้สึก 2) ข้อเท็จจริง เหตุผล 3) อุปสรรค 4) ความคิดเชิงบวก 5) ความคิดสร้างสรรค์ 6) ความคิดรวบยอด

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา ประกอบด้วยกิจกรรมการรักษา 1) การเตรียมการ 2) เหตุผลของการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา คืออะไร 3) การดูแลก่อนส่งต่อเป็นไปอย่างมีคุณภาพหรือไม่ 4) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร มีการติดตามหรือมีข้อมูลกลับมาบ้างหรือไม่ 5) จากเหตุผลของการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา คุณภาพการดูแลก่อนส่งต่อและผลลัพธ์ของการดูแลข้างต้นนั้น โรงพยาบาลควรมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอะไรบ้าง 6) ให้สมาชิกฝึกสรุปข้อมูลอย่างกระชับที่สุด

กิจกรรมที่ 4 การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงโดยการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน ตามแนวทางต่อไปนี้ 1) ติดตามการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ 2) ติดตามการไหลเวียนของการส่งและใช้ยา 3) ติดตามการไหลเวียนของการส่งตรวจ lab 4) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้น 5) ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลอื่น 6) สิทธิผู้ป่วยและการให้ข้อมูล 7) การบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ 8) ความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอหรือการมอบหมายให้ทำหน้าที่เกินความสามารถ 9) ความเสี่ยงทางกายภาพที่สังเกตพบ

กิจกรรมที่ 6 การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 7 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

กิจกรรมที่ 8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

กิจกรรมที่ 9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

กิจกรรมที่ 10 การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

กิจกรรมที่ 11 การทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization Review)

กิจกรรมที่ 12 การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

จากการศึกษากระบวนการเรียนรู้ด้วยการทบทวน 12 กิจกรรม HA เพื่อเข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมทีมการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อปฏิบัติได้รวม 74 กิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทางตรง

37 กิจกรรม กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ 14 กิจกรรม กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน 11 กิจกรรมและกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก 12 กิจกรรม

3) การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group) ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื่อ เพื่อทำการวิเคราะห์และและกำหนดกิจกรรม โดยวิธีการดังนี้

(1) ผู้วิจัยศึกษารูปแบบและวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มโดยละเอียด

(2) จัดเตรียมข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อคำถาม ข้อมูลกิจกรรมที่ได้จากการศึกษา ทบทวนกิจกรรม 12 กิจกรรม HA

(3) เตรียมผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่ม กำหนดวัน เวลา สถานที่ ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์รวม 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.16

(4) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มโดยการแนะนำตนเองและขออนุญาตฉบับที่ข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ และใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล ที่ทีมการพยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นอยู่ในมุมมองของแต่ละบุคคล และมีการควบคุมกลุ่มให้แสดงความคิดเห็นอยู่ในขอบเขตการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยจนได้ข้อมูลครบจึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์กลุ่ม โดยได้ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งหมด 74 กิจกรรม

(5) ผู้วิจัยนำกิจกรรมการพยาบาลที่รวบรวมได้กระบวนกรทบทวน 12 กิจกรรม HA และการสัมภาษณ์กลุ่มมาวิเคราะห์ เพื่อเตรียมนำกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลไปจัดทำเป็น พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลต่อไป

4) นำกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ได้จากข้อ 3 มากำหนดเป็นกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของ Urden และ Roode (1997) ทำการจัดหมวดหมู่และแบ่งกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็น 4 กิจกรรมหลัก และ 74 กิจกรรมรอง

5) นำกิจกรรมการพยาบาลที่ได้จากการจัดกลุ่มที่กำหนดไว้ในข้อ 4 มาสร้างเป็นแบบพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของ HIV Infection and AIDS: Guidelines for Nursing Care (WHO,1993); Patient Care Standards: AIDS (2000) และ The Individual with HIV Disease (Mary C. Townsend, 2005) จากวารสาร งานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศมาเป็นส่วนประกอบในการสร้างพจนานุกรมและแบบสังเกตรายการของกิจกรรมการพยาบาล

6) นำพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างแล้วมาให้ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยติดเชื่อได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในรายการกิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ของทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยติดเชื่อ รวมทั้งปรับปรุงรายการกิจกรรมการพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลการสังเกตให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย มีวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากวารสารเวชระเบียนผู้ป่วย ดำรงงานวิจัยทั้งภายในประเทศและต่างประเทศเพื่อกำหนดเนื้อหาในการสร้างแบบคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย

2) ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้า ที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแนวคิดของ Centers for Disease Control: CDC (1993) และ Susan Martin Tucker (2000) นำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินประเภทผู้ป่วย ปรับแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามค่า CD4 T cell count จากใบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละราย ให้เหมาะสมกับสถานะการดูแลรักษาผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3) ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับแนวคิดการศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Time Study) ซึ่งเป็นการจับเวลาในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำการหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของแต่ละกิจกรรม โดยการใช้ตารางสำเร็จรูป (Flyback Timing) (วันชัย ริจิรวณิช, 2537) จับเวลาในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้น

4) จัดทำแบบฟอร์มเพื่อใช้บันทึกค่าเฉลี่ยของเวลา ที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลปริมาณกิจกรรมตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ มีวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับระบบการวิเคราะห์กิจกรรมและ การศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ของสถาบันพัฒนาศาสตร์ (2545) นำมาวิเคราะห์รายได้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ โดยผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงเข้าไปศึกษาเกี่ยวกับรายได้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ

2) จัดทำแบบฟอร์มที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งเป็นแบบบันทึกในการเก็บข้อมูลค่าแรง ประกอบด้วยชื่อ สกุลของผู้ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง เงินเดือน เงินค่าวิชาชีพ เงินค่าปฏิบัติงานนอกเวลา และเงินค่าปฏิบัติงานนอกเวลาเวรป่วย เหวดึก ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

ชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มีวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยและใช้แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการเข้ารหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2006 (ICD – 10 ของ WHO ฉบับปี 2006) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานเวชสถิติ งานDRG และหัวหน้างานเวชระเบียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงเข้าไปศึกษาเกี่ยวกับการสรุปวินิจฉัยโรคของแพทย์ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อแต่ละรายที่ได้ทำการศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ที่ห้องงานเวชระเบียน

2) จัดทำแบบฟอร์มเพื่อใช้เป็นแบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามแบบบันทึกข้อมูล กรณีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นรายการที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่เรียกเก็บจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยรหัสผู้ป่วย จำนวนวันนอน รหัสโรคหลัก รหัสโรครอง รหัสหัตถการที่ได้รับ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ โดย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาให้มีความครอบคลุม ครบถ้วนของข้อมูล การใช้ภาษา ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545) โดยกำหนดความเห็นสอดคล้องการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ คือ

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ร้อยละ 85.00

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วย ร้อยละ 90.00

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล ร้อยละ 94.00

ชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 90.00

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาสำนวนภาษาให้มีความชัดเจน และมีความครอบคลุมครบถ้วนตรงกับที่ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว มาหาค่าความเที่ยงของการบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม การหาดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Interobserver reliability) ของแบบบันทึกประมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม โดยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตและบันทึกเวลา กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดตามแบบ

การบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยใช้นาฬิกาแบบตัวเลข (Digital) ที่มีการตรวจสอบและตั้งเวลาที่ตรงกัน กระทำไปพร้อมกันและเป็นอิสระต่อกัน นำผลการสังเกตมาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกต จากสูตรของ Burns and Grove (2005) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องมือวิจัยหรือประเภทของเครื่องมือวิจัย ค่าความเท่าเทียมกันของความเที่ยงของการสังเกตควรมีค่าความเที่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป ได้ค่าความเที่ยงดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของการใช้ แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล

ผู้สังเกต	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ค่าความเที่ยงของการสังเกต
ผู้วิจัย + ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1	0.91	0.89	0.91	0.90
ผู้วิจัย + ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2	0.89	0.91	0.91	0.90
รวมค่าความเที่ยงเฉลี่ย				0.90

ตารางที่ 4 แสดงค่าความเที่ยงของการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ผู้สังเกต	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ค่าความเที่ยงของการสังเกต
ผู้วิจัย + ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1	0.91	0.90	0.95	0.92
ผู้วิจัย + ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2	0.89	0.90	0.91	0.90
รวมค่าความเที่ยงเฉลี่ย				0.91

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 และค่าความเที่ยงของการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และบุคลากรทางการแพทย์บาลในที่ประชุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล

1.3 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยการคัดเลือกผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีความเข้าใจกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ให้แก่ ผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีมนุษยสัมพันธ์ดีและสมัครใจเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดย สรุปลักษณะการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลให้เข้าใจ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การจำแนกประเภทกิจกรรมโดยสังเขป อธิบายและสอนวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามและทำความเข้าใจรูปแบบของการวิจัยร่วมกัน

1.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกันทดสอบเครื่องมือที่ติดผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการฝึกจับเวลา การสังเกตและการบันทึกข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการจับเวลา การสังเกต และการบันทึกมาเปรียบเทียบกันเพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่าง จากการสังเกตและการบันทึก แล้วนำมาทำความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อให้การเก็บข้อมูลในขณะวิจัยมีความเที่ยงตรงมากขึ้น

1.6 ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับประเด็นที่สังเกต ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญปี 2540

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลปริมาณเวลาโดยการสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยทุกเวร ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทุกราย ตั้งแต่แรกรับเข้ามาตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ จนผู้ป่วยออกจากตึกอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ ตั้งแต่ วันที่ 5 มกราคม 2551 – 4 กุมภาพันธ์ 2551 โดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 92 ราย ทั้ง 3 เвр ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนทำการเก็บกิจกรรมข้อมูล 30 นาทีในแต่ละเวรของทุกวัน คือเวรเช้า (8.30 -16.30 น.) เврบ่าย (16.30-24.30น.) เврดึก (24.30-08.30น.) ซึ่งผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการใช้การสังเกตอย่างมีโครงสร้างตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลและใช้แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

การจำแนกประเภทผู้ป่วยนี้จะทำการทบทวนจากแบบบันทึกผลการตรวจเลือดหาค่า CD4 ครั้งหลังสุดของผู้ป่วย ระยะไม่เกิน 6 เดือน การวินิจฉัยของแพทย์ การประเมินสภาพผู้ป่วย

และร่วมฟังการส่งเวรจากพยาบาลผู้ดูแลในเวรที่ผ่านมา แล้วนำข้อมูลอาการที่รวบรวมได้มาทำการเปรียบเทียบกับคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยก่อนทำการเก็บข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล

2.2 ทำการจับเวลาแบบ Flyback Timing คือจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมจนถึงเวลาสิ้นสุดในการทำกิจกรรมแต่ละชนิดต่อครั้ง (วิจิตร ตัณฑสุทนต์, 2537) โดยที่นาฬิกาจะเริ่มต้นที่ตำแหน่งศูนย์ทุกครั้งเสมอ

2.3 เก็บขนาดตัวอย่างของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ตารางการเก็บกิจกรรม เก็บตัวอย่างกิจกรรม ทั้งกิจกรรมทางตรงและกิจกรรมทางอ้อม เก็บกิจกรรมการพยาบาลแต่ละครั้งให้ได้ปริมาณเวลาที่ทำการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท โดยการใช้หลักการบันทึกปริมาณเวลา ซึ่งใช้แบบบันทึกปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การใช้ตารางสำเร็จรูปตามแนวคิดของวันชัย ธิจิรวนิช (2539: 363-364) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภทตามระยะอาการของโรค จนครบตามจำนวนที่กำหนดในตารางสำเร็จรูป

2.4 นำข้อมูลเวลาที่ได้มาทำการคำนวณค่าเฉลี่ย และกำหนดค่าถ่วงเวลาที่ยอมรับได้ที่ 0.95 แล้วนำมาคำนวณค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ในการปฏิบัติกิจกรรมทุกกิจกรรมคูณด้วยค่าถ่วงเวลาที่ยอมรับได้ ตามแนวคิด Time Motion Study ของ Gilbert (2000: 9) เพื่อหาค่าเฉลี่ยและกำหนดค่าถ่วงเวลาที่ยอมรับได้

2.5 ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนปริมาณกิจกรรมการพยาบาล ที่บุคลากรทางการพยาบาล ได้ปฏิบัติในผู้ป่วยทั้ง 92 รายในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลขณะที่เก็บข้อมูล

2.6 รวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วยเงินเดือน ค่าตอบแทนและค่าสวัสดิการ

2.7 ผู้วิจัยรวบรวมปริมาณงานที่ทีมพยาบาลปฏิบัติ จากเวชระเบียนในหอผู้ป่วยและจากการบันทึกขณะเก็บข้อมูลกิจกรรม

2.8 รวบรวมและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และ โปรแกรม Excel เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

2.9 รวบรวมข้อมูลจากหน่วยเวชสถิติ และคำนวณค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตามกลุ่มตติยภูมิขั้นสูงของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ (2550) ของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS และ โปรแกรม Excel ช่วยในการคำนวณ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของบุคลากรทางการแพทย์ การจำแนกประเภทผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. จัดเตรียมข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล เพื่อนำมาวิเคราะห์ ลงรหัสกิจกรรมและตรวจสอบ ความถูกต้องของกิจการ

3. คำนวณค่าเฉลี่ยของเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม บันทึกค่าเฉลี่ย ของเวลาจากข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม

4. หาสัดส่วนของเวลาในการปฏิบัติงานตามความเป็นจริงของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ละตำแหน่ง จากการนำค่าเฉลี่ยของเวลาที่ได้ มาหาสัดส่วนเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร แต่ละตำแหน่งที่กำหนดตามการปฏิบัติงานจริงที่กำหนดไว้ตาม Job Description ของตึกผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ ในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการกำหนดการลงสัดส่วนของเวลา ในการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลที่ใช้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

4.1 กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเพียงคนเดียว สัดส่วนเวลาในการทำกิจกรรมเท่ากับร้อยละ 100 ในแต่ละกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล คิดเป็น 100 แรงงาน

4.2 กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นคู่ใช้สัดส่วนเวลาคือ กรณีที่เป็นพยาบาลทั้งคู่ หรือ เป็นพยาบาลกับผู้ช่วยเหลือ ให้สัดส่วนเวลาร้อยละ 50 คือคนละ 50 แรงงาน รวมเป็น 100 แรงงาน

4.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกลุ่มหรือเป็นทีม ใช้เกณฑ์การจัดอัตรากำลังในแต่ละ เวระของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื่อ คือพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 88 ผู้ช่วยเหลือร้อยละ 12 เมื่อนำเกณฑ์ที่กำหนดมาเทียบเป็นสัดส่วนเวลาแล้ว ในแต่ละกิจกรรมจะมีน้ำหนักงานรวมเท่ากับ 100 แรงงาน

5. ผู้วิจัยทำการลงน้ำหนักงาน ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามพจนานุกรมกิจกรรม ในผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยให้ค่าน้ำหนักงานตามเกณฑ์ตาม Job Description ตึกอายุรกรรมผู้ป่วย ติดเชื่อ โดยใช้สัดส่วนเวลาที่คิดจากจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม คำนวณหาน้ำหนักงานตามการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแต่ละประเภท

6. นำน้ำหนักงานของแต่ละกิจกรรมพยาบาล ทำการปันส่วนต้นทุนค่าแรงพยาบาล โดยนำ น้ำหนักงานที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คูณด้วยต้นทุนค่าแรงหารด้วยน้ำหนักงานรวมของ บุคลากร รวมกันจนครบทุกกลุ่มในแต่ละกิจกรรม ใช้หลักการคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ตามแนวคิดของสถาบันพัฒนาศาสตร์ (254) ดังนี้

6.1 การหาผลรวมของน้ำหนักงาน = น้ำหนักงานของบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติใน แต่ละกิจกรรมรวมกัน

6.2 หาผลรวมของน้ำหนักงานทั้งหมด = น้ำหนักงานของทุกกิจกรรมที่บุคลากร ทั้งหมดปฏิบัติรวมกัน

6.3 การปันส่วนต้นทุนค่าแรงทางตรงเข้าสู่แต่ละกิจกรรม

$$\text{การปันส่วนค่าแรงสู่กิจกรรม} = \frac{\text{น้ำหนักงานแต่ละกิจกรรม} \times \text{ผลรวมเงินเดือน/ค่าจ้าง}}{\text{ผลรวมของน้ำหนักงานของบุคลากรตำแหน่งนั้น}}$$

$$6.4 \text{ ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย} = \frac{\text{ผลรวมค่าใช้จ่ายกิจกรรม}}{\text{ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลชนิดนั้น}}$$

7. คำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยทั้ง 92 ราย โดยนำต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม มาลงแบบในบันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างที่รับการรักษาตัวในตึกอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้ง 92 ราย จะได้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งศึกษาเฉพาะต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรง ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการบันทึกรายงาน

8. คำนวณค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จากข้อมูลของงานเวชสถิติ ประกอบด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ซึ่งได้จากการลงรหัสโรคตาม ICD-10 หรือ ICD-9 ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะใช้ค่าปรับน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adjust RW)

9. คำนวณค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามสูตร ต่อไปนี้

$$\text{ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง} = \frac{\text{เท่ากับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม}}{\text{คูณกับหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์}}$$

ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ จะต้องมีการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่กำหนดไว้

10. นำต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย มาคำนวณหาสัดส่วนร้อยละกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ผลการศึกษาผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตาราง ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาล (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

2.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย (ตารางที่ 6)

2.2 จำนวนและร้อยละของการสังเกตผู้ป่วยแต่ละประเภท (ตารางที่ 7)

2.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยแต่ละประเภท (ตารางที่ 8)

ตอนที่ 2 ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

1. กิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่บุคลากรทางการพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท (ตารางที่ 9)

2. กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการและปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท (ตารางที่ 10)

3. กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม (ตารางที่ 11)

4. กิจกรรมการบันทึกรายงานและปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาล ใช้ในการบันทึกรายงานในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท (ตารางที่ 12)

ตอนที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท (ตารางที่ 13)
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท (ตารางที่ 14)
3. ต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (ตารางที่ 15)
4. ต้นทุนกิจกรรมการบันทึกรายงานทางการพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท (ตารางที่ 16)
5. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมต่อหน่วย

ตอนที่ 4 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและการเปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (ตารางที่ 18)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาล

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่งในการปฏิบัติงานราชการ

สถานภาพ	พยาบาลวิชาชีพ		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุต่ำกว่า 30 ปี	2	10.5	3	21.4
30 -39 ปี	3	15.8	8	57.1
40 ปีขึ้นไป	14	73.7	3	21.4
รวม	19	100.00	14	100
ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ				
ต่ำกว่า 5 ปี	2	10.5	2	14.3
5 – 9 ปี	2	10.5	7	50.00
10 – 14 ปี	2	10.5	3	21.4
15 ปีขึ้นไป	13	68.4	2	14.3
รวม	19	100.00	14	100.00
ตำแหน่งในการปฏิบัติราชการ				
ระดับ 8	1	5.3	0	0
ระดับ 7	7	36.8	0	0
ระดับ 6	9	47.4	0	0
ระดับ 3 – 5	2	10.5	0	0
รวม	19	100.00	0	0

จากตารางที่ 5 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 40 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ 15 ปีขึ้นไป และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีตำแหน่งที่ระดับ 6 มากที่สุด ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี มีประสบการณ์ในการทำงาน ระหว่าง 5 – 9 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามประเภทของหอผู้ป่วย อายุกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระยะเวลา ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2551 – 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	1	1.09
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	4	4.35
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	2	2.17
ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	1	1.09
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	9	9.78
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	24	26.09
ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	1	1.09
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	9	9.78
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	41	44.57
รวม	92	100.00

จากตารางที่ 6 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ จำนวน 92 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < cell 200 /mm³ มากที่สุด และประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD 4 < cell 200 /mm³ คือร้อยละ 44.5 และร้อยละ 26.09 ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรค ผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลางและผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ น้อยที่สุด ร้อยละ 1.09 ในแต่ละประเภท

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการสังเกตผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร จำแนกตามเวรเช้า บ่าย ดึก ในระยะ 1 เดือน ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2551 – 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ครั้ง)			รวม	ร้อยละ
	เช้า	บ่าย	ดึก		
ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic)					
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	3	2	2	7	0.27
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	16	14	13	43	1.68
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	16	15	15	46	1.79
ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic)					
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	3	2	2	7	0.27
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	63	54	54	171	6.66
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	239	215	215	669	26.07
ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS)					
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	7	6	6	19	0.74
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	74	69	69	212	8.26
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	489	452	451	1,392	54.25
รวม	910	829	827	2,566	100.00

จากตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการสังเกตผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ในระยะเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2551 – 5 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.25 รองลงมาเป็นผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลางที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 26.07 และน้อยที่สุดเป็นผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 ≥ 500 /mm³ ผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 0.27

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท ตามความต้องการ การดูแลทางการแพทย์ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2551 – 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	ค่าเฉลี่ย (คน/วัน)
ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	2	2.00
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	14	4.21
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	15	8.22
ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	2	2.00
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	57	7.51
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	223	12.50
ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS)		
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	6	6.00
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	71	10.84
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	464	16.91

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm³ มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนสูงสุด เท่ากับ 16.91 วัน/คน รองลงมาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทที่มีอาการปานกลางที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm³ ผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่าCD 4 200 - 499 cell /mm³ มีจำนวนวันนอน เท่ากับ 10.84 วัน/คน ผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD 4 < 200 /mm³ มีจำนวนวันนอน เท่ากับ 8.22 วัน/คน ผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลางที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm³ มีจำนวนวันนอน เท่ากับ 7.51 วัน/คน ผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm³ มีจำนวนวันนอน เท่ากับ 6 วัน/คน ผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ มีจำนวนวันนอน เท่ากับ 4.21 วัน/คน ผู้ป่วยประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ และผู้ป่วยประเภทที่มีอาการปานกลางที่มีค่าCD4 ≥ 500 /mm³ มีจำนวนวันนอนต่ำที่สุด เท่ากับ 2 วัน/คน

ตอนที่ 2 ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภท
 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร
 ตารางที่ 9 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (นาที) จำแนกตาม
 ประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การพยาบาลแรกรับ	15.02	18.63	24.13	22.32	21.33	23.06	18.30	19.67	27.74
2. การประเมินสภาพผู้ป่วย	8.02	8.58	11.65	15.53	17.56	17.74	15.80	16.51	19.19
3. การพยาบาลอาการเหนื่อย หอบ	0*	0*	0*	20.03	19.23	22.18	0*	18.44	27.86
4. การพยาบาลอาการไอ	0*	0*	0*	0*	14.79	15.75	0*	18.83	25.53
5. การพยาบาลอาการปวด	63.58	61.96	61.60	0*	65.14	62.27	0*	61.64	68.96
6. สุขอนามัย	0*	0*	0*	0*	0*	15.28	0*	0*	14.09
7. CPR	0*	0*	0*	0*	0*	55.58	0*	54.42	67.90
8. การบริหารยารับประทาน	2.33	2.41	2.53	2.37	2.26	3.17	2.12	2.37	2.84
9. การให้อาหารทางสายยาง	0*	0*	17.36	0*	14.22	20.28	0*	0*	20.05
10. การเปิดหลอดเลือดเพื่อ ให้ยาหรือสารน้ำ	12.16	14.92	14.01	0*	12.29	14.69	10.21	14.83	14.95
11. การเก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น การเก็บเสมหะ	0*	12.10	12.14	0*	14.74	12.69	0*	12.34	12.26
12. การบริหารยาฉีด	0*	6.66	12.80	9.35	12.54	13.97	0*	14.70	16.57
13. การให้สารน้ำ	10.58	11.52	14.33	0*	0*	13.40	13.25	12.30	15.27
14. การใส่สายสวนปัสสาวะ	15.12	16.32	0*	0*	0*	18.30	0*	14.57	19.11
15. การถอดสายสวนปัสสาวะ	14.02	14.44	0*	0*	14.96	15.14	0*	14.52	15.45
16. การให้ออกซิเจน	0*	13.65	0*	14.58	0*	13.43	0*	15.65	17.15
17. การพันยาขยายหลอดลม	0*	0*	15.46	12.70	3.32	15.50	14.18	15.46	14.20
18. การวัดสัญญาณชีพ	3.12	3.13	2.98	2.28	0*	3.37	3.08	3.14	3.38
19. การดูดเสมหะ	0*	0*	0*	0*	0*	12.10	0*	7.41	9.49

ตารางที่ 9 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (นาที) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
20. การดูแลผู้ป่วยอาการเพื่อคลั่ง	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	60.53	66.63
21. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการชัก	0*	0*	67.16	0*	0*	0*	0*	0*	67.16
22. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	67.02
23. การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ	11.58	11.68	12.34	14.10	15.23	13.55	14.10	14.71	16.18
24. การเจาะเลือดปลายนิ้ว	0*	0*	0*	0*	7.70	8.22	0*	7.35	8.00
25. การช่วยแพทย์เจาะน้ำ ไขสันหลัง	0*	0*	17.91	0*	0*	18.40	0*	17.35	17.95
26. การดูแลผิวหนัง	0*	12.48	0*	0*	0*	16.43	0*	20.10	28.60
27. การถอดสายหัตถการต่างๆ	7.30	4.69	5.02	0*	5.98	5.01	4.25	7.64	15.07
28. การส่งตรวจพิเศษนอกสถานที่	0*	0*	125.38	0*	182.32	138.30	0*	140.00	171.20
29. การป้องกันการพลัดตก หกล้ม	0*	0*	63.23	0*	0*	0*	0*	60.03	63.23
30. การดูแลผู้ป่วยท้องเสีย	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	14.20
31. การให้เลือดและส่วน ประกอบของเลือด	0*	12.01	0*	0*	15.12	14.54	0*	16.12	16.22
32. การช่วยแพทย์ในการทำ หัตถการ	0*	16.10	22.52	0*	18.30	41.00	0*	78.20	80.33
33. การสอน/ให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติ	15.32	17.36	18.84	16.05	12.41	14.02	13.15	12.69	14.88
34. การดูแลผู้ป่วยใส่สาย หัตถการต่างๆ	5.25	6.71	6.66	14.20	11.93	12.29	6.30	12.09	14.53
35. การจำหน่าย	14.30	15.78	16.98	18.26	22.52	35.22	20.02	22.12	35.17
36. การย้าย	0*	0*	18.02	0*	0*	13.53	0*	0*	13.92

ตารางที่ 9 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (นาที) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
37. ผู้ป่วยถึงแก่กรรม	0*	0*	0*	0*	0*	35.22	0*	28.01	28.95

0* หมายถึงไม่พบกิจกรรม จึงไม่มีการคิดปริมาณเวลา

จากตารางที่ 9 พบว่าปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงคือกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งตรวจพิเศษต่างๆนอกสถานที่ เช่น CTscan, MRI ซึ่งพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ ใช้ปริมาณเวลา 182.32 นาที ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ใช้เวลา 171.20 นาทีและผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 ≥500 /mm³ ใช้เวลา 140 นาที ตามลำดับ รองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลอาการปวด ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ใช้เวลาเฉลี่ย 68.96 นาทีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ ใช้เวลาเฉลี่ย 65.14 นาที ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ (นาที)
จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม ด้านบริการ	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานอื่น	1.05	1.61	2.33	0.40	1.67	1.39	1.08	1.29	2.17
2. การจัดเตรียมเตียงอุปกรณ์รับใหม่	12.12	15.03	15.08	16.50	13.63	14.30	15.01	17.30	17.20
3. การเตรียมยารับประทาน	1.48	1.72	1.86	1.50	2.36	2.65	2.53	4.32	3.89
4. การเตรียมยาฉีดเข้าทาง เส้นเลือด,เคมีบำบัด	0*	10.45	13.56	0*	13.61	13.53	0*	14.08	22.50
5. การเตรียมยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือใต้ผิวหนัง	0*	0*	0*	3.01	0*	5.12	0*	3.32	5.30
6. การเตรียมยาสำหรับสูดพ่น	0*	3.20	3.91	3.65	0*	3.95	0*	3.91	3.64
7. การเตรียมอาหารผู้ป่วยพิเศษ และสามัญ	1.34	2.35	2.36	2.27	2.34	4.17	2.31	4.66	9.83
8. การเตรียมให้อาหาร ทางสายยาง	0*	0*	7.10	0*	0*	7.98	0*	6.68	6.69
9. การนำสิ่งส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	17.30	18.20	18.54	0*	17.88	18.72	16.72	21.97	22.33
10. การเตรียมของส่งนึ่งอบแก๊ส	6.12	5.75	6.74	5.91	6.15	6.88	6.07	6.81	8.24
11. การเตรียมเครื่องมือใน การทำหัตถการของแพทย์	0*	12.40	9.70	0*	0*	9.70	0*	9.50	9.70
12. การรายงานแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วย	1.32	2.02	2.17	1.20	1.63	1.38	1.16	2.21	1.87
13. การเตรียมข้อมูลทางการ พยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	16.54	14.33	16.77	12.88	18.55	19.42	18.42	19.81	25.49

ตารางที่ 10 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ (นาที) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม ด้านบริการ	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
14. การตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์ และทีมสหสาขา	3.53	6.27	6.01	3.65	4.61	4.40	3.11	6.70	8.66

0* หมายถึงไม่พบกิจกรรม จึงไม่มีการคิดปริมาณเวลา

จากตารางที่ 10 พบว่าปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุดทั้ง 9 ประเภทคือการเตรียมข้อมูลทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ 25.49 นาที รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200 - 499 cell/mm}^3$ ใช้เวลา 19.81 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 19.42 นาที ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรองลงมาคือการเตรียมยาฉีดเข้าเส้น ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 22.50 นาที ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200 - 499 cell/mm}^3$ ใช้เวลา 14.08 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 \text{ 200 - 499 cell/mm}^3$ ใช้เวลา 13.61 นาที ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (นาทีก) จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับหน่วยงาน	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาทีก)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การมอบหมายงานและการ วางแผนอัตรากำลัง	.56	.78	.93	.56	.78	.69	.66	.76	.75
2. การตรวจสอบสถานที่และ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย	.51	.71	.84	.50	.71	.63	.61	.69	.73
3. การตรวจนับอุปกรณ์ใน รถ Emergency	.49	.64	.81	.49	.67	.63	.59	.67	.65
4. การประชุมภายนอกและ ภายในหอผู้ป่วย	3.20	4.42	5.32	3.20	4.4	8.22	3.84	4.35	4.31
5. การตรวจเช็ควงเวียนพิเศษ	.23	.32	.32	.23	.32	.30	.28	.31	1.33
6. การเบิกยา วัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์	.35	.50	.60	.35	.50	.47	.42	.48	.48
7. การจัดเก็บอุปกรณ์และ สิ่งแวดล้อมให้สะอาด	1.24	1.78	2.06	1.24	1.73	1.63	1.49	1.69	1.68
8. การตรวจเช็กละส่งซ่อม วัสดุอุปกรณ์ชำรุด	18	.26	.31	.19	.25	.24	.23	.25	.27
9. การตรวจรับยาประจำวัน	1.94	2.72	3.23	1.94	2.61	2.57	2.34	2.65	2.62
10. การตรวจสอบคุณภาพ และนิเทศงาน	1.40	1.91	3.20	1.40	1.90	1.82	1.60	1.89	1.88
11. การตรวจเช็คตารางการให้ยา	1.86	2.60	3.09	1.85	1.38	2.45	2.23	2.52	2.52

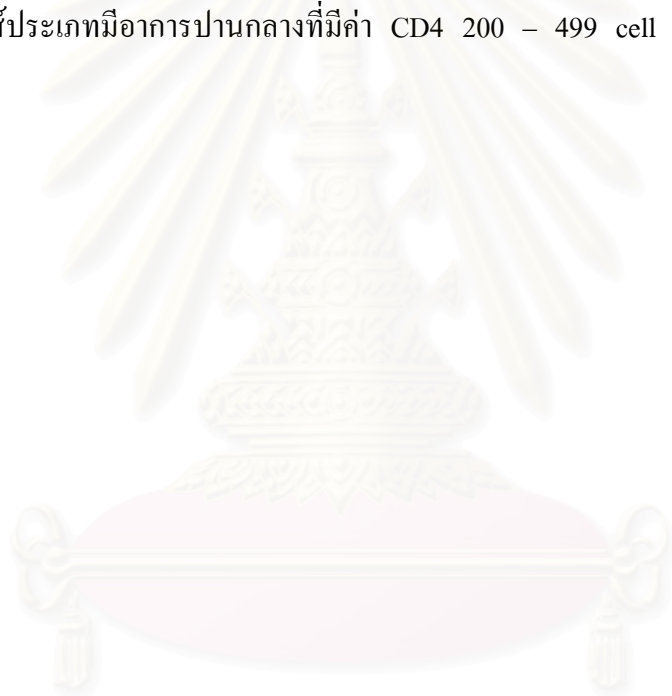
จากตารางที่ 11 พบว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 11 กิจกรรม กิจกรรมที่ใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ยสูงสุด คือการประชุมภายในและภายนอกหอผู้ป่วย ใช้เวลา 4.42 นาที ส่วนอันดับรองลงมาเป็นกิจกรรมการตรวจรับยาประจำวัน ใช้เวลา 3.23 นาที

ตารางที่ 12 ปริมาณเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกรายงาน (นาที) จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงาน	ปริมาณเวลาเฉลี่ย (นาที)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การรับแผนการรักษา	6.23	10.09	14.74	14.07	15.50	14.07	13.20	15.91	23.21
2. การบันทึกการเบิกอาหาร	1.14	1.08	1.19	1.23	1.35	1.35	1.40	1.36	1.87
3. การบันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย	0*	3.41	3.52	0*	4.84	5.25	0*	8.67	13.47
4. การเขียนบันทึกทางการพยาบาล (Nurses's note)	4.81	13.65	16.06	5.19	15.97	16.59	6.58	14.72	23.64
5. การบันทึกสถิติผู้ป่วยประจำวัน	4.75	7.12	8.08	5.01	8.21	6.85	5.32	8.07	7.81
6. การบันทึกเบิกวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์	5.30	3.04	3.55	3.36	2.52	3.69	3.54	3.72	4.90
7. การบันทึกสัญญาณชีพในฟอร์มปรอท	1.32	.44	.46	1.30	.58	.61	.42	2.20	2.13
8. การบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพ pt.รับใหม่	14.16	13.46	16.01	14.25	14.26	17.27	14.35	16.39	21.96
9. การสรุปสถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือย้ายออก	10.23	7.52	9.68	10.20	13.48	14.95	11.01	15.96	14.74
10. การคิดค่ารักษาพยาบาล	14.40	17.37	18.37	18.15	17.02	14.98	15.58	19.51	22.12
11. การบันทึก ICD-10	2.34	1.57	2.12	2.30	1.49	1.56	2.02	1.59	3.12
12. การนัด	5.30	2.29	2.56	2.10	2.30	2.44	2.35	3.36	4.29

0* หมายถึง ไม่พบกิจกรรม จึงไม่มีการคิดปริมาณเวลา

จากตารางที่ 12 พบว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกรายงานมากที่สุดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือการเขียนบันทึกทางการพยาบาล (Nurses's note) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบันทึกรายงานมากที่สุด คือ 23.64 นาที รองลงมาคือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 16.59 นาทีและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลา 16.06 นาที ตามลำดับ ส่วนปริมาณเวลาที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมการบันทึกรายงานรองลงมาคือการรับแผนการรักษา พบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลา 23.21 นาที ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 15.91 นาทีและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 15.50 นาที ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละประเภท ในหอผู้ป่วย
อายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ตารางที่ 13 ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การพยาบาลแรกรับ	31.22	38.70	50.14	46.41	44.46	47.95	38.00	40.99	57.40
2. การประเมินสภาพผู้ป่วย	16.66	17.85	24.15	32.27	36.48	36.80	32.87	34.39	40.02
3. การพยาบาลอาการ เหนื่อยหอบ	0*	0*	0*	41.65	113.05	44.32	0*	76.56	29.58
4. การพยาบาลอาการไข้	0*	0*	0*	0*	54.72	25.92	0*	39.10	58.46
5. การพยาบาลอาการปวด	0*	0*	64.17	0*	0*	5.30	0*	28.60	82.48
6. สุขอนามัย	0*	0*	0*	0*	0*	135.19	0*	0*	701.26
7. CPR	0*	0*	0*	0*	0*	32.89	0*	57.24	32.02
8. การบริหารยารับประทาน	43.61	107.82	239.43	54.18	142.12	359.59	229.33	214.59	400.90
9. การให้อาหารทางสายยาง	0*	0*	267.72	0*	0*	46.02	0*	8.72	41.06
10. การเปิดหลอดเลือดเพื่อ ให้ยาหรือสารน้ำ	25.27	46.55	58.19	0*	62.51	98.12	21.28	65.25	118.32
11. การเก็บสิ่งส่งตรวจเช่น การเก็บเสมหะ	0*	37.73	25.30	0*	87.97	74.71	0*	22.85	66.12
12. การบริหารยาฉีด	0*	100.30	186.30	19.46	88.59	120.29	0*	451.79	378.28
13. การให้สารน้ำ	21.98	215.65	685.63	0*	475.19	622.45	249.95	497.49	717.92
14. การใส่สายสวนปัสสาวะ	31.43	16.99	0*	0*	0*	0*	0*	6.83	10.79
15. การถอดสายสวนปัสสาวะ	29.19	15.05	0*	0*	0*	0*	0*	0*	3.48
16. การให้ออกซิเจน	0*	0*	0*	0*	17.29	72.81	162.77	0*	310.42
17. การพันยาขยายหลอดเลือด	0*	0*	0*	158.55	0*	25.34	147.44	0*	0*
18. การวัดสัญญาณชีพ	12.98	137.92	285.20	61.67	253.27	391.09	243.39	299.63	486.50
19. การดูแลเสมหะ	0*	0*	0*	0*	0*	20.07	0*	0*	32.02

ตารางที่ 13 ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภทA			ผู้ป่วยประเภทB			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
20. การดูแลผู้ป่วยอาการ เพื่อคลั่ง	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
21. การดูแลผู้ป่วยที่มี อาการชัก	0*	0*	139.61	0*	0*	0*	0*	0*	10.44
22. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	18.79
23. การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ	24.08	42.46	51.29	29.33	98.61	93.20	58.71	58.71	122.15
24. การเจาะเลือดปลายนิ้ว	0*	0*	0*	0*	3.61	.84	0*	0*	.92
25. การเจาะน้ำไขสันหลัง ส่งตรวจ	0*	0*	18.63	0*	0*	1.67	0*	0*	23.32
26. การดูแลผิวหนัง	0*	25.91	0*	0*	0*	196.52	0*	0*	501.12
27. การถอดสายหัตถการต่างๆ	15.19	12.15	15.29	0*	12.54	17.00	8.93	8.93	80.04
28. การส่งตรวจพิเศษนอกสถานที่	0*	0*	130.41	0*	551.06	59.93	0*	0*	21.92
29. การป้องกันการพลัดตก หกล้ม	0*	0*	131.56	0*	0*	0*	0*	0*	42.80
30. การดูแลผู้ป่วยท้องเสีย	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	14.62
31. การให้เลือดและส่วน ประกอบของเลือด	0*	6.24	0*	0*	14.06	23.97	0*	0*	51.16
32. การช่วยแพทย์ในการ ทำหัตถการ	0*	16.77	0*	0*	4.18	40.14	0*	0*	61.10
33. การสอน/ให้ข้อมูล ผู้ป่วยและญาติ	31.85	36.12	58.88	33.39	28.69	49.90	27.36	27.36	91.18
34. การดูแลผู้ป่วยใส่ สายหัตถการต่างๆ	32.7	108.15	318.55	0*	479.75	539.94	118.37	869.20	1083.33
35. การจำหน่าย	29.75	16.39	35.42	38.01	41.61	61.88	83.22	83.22	70.30

ตารางที่ 13 ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลทางตรง (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางตรง	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
36. การย้าย	0*	0*	18.86	0*	0*	2.23	0*	0*	1.39
37. ถึงแก่กรรม	0*	0*	0*	0*	0*	3.20	0*	0*	5.92

0* หมายถึง การไม่มีกิจกรรม จึงไม่เกิดต้นทุน

จากตารางที่ 13 พบว่าต้นทุนค่าแรงที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่มีต้นทุนสูงที่สุดคือกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายหัตถการต่างๆ คือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ และผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่า 1,083.33 บาท 869.20 บาทและ 539.94 บาท ตามลำดับ รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการดูแลการให้สารน้ำ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ และผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่าเท่ากับ 717.92 บาท 685.63 บาทและ 622.45 ตามลำดับ ส่วนต้นทุนกิจกรรมการเจาะเลือดปลายนิ้ว มีต้นทุนต่ำที่สุด คือ 0.84 บาท ในผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อมด้านบริการ (นาทิจำแนกตามประเภทผู้ป่วยติด
เชื้อเอชไอวี

กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม ด้านบริการ	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานอื่น	4.34	11.72	19.32	3.29	15.77	33.73	17.10	18.14	42.46
2. การจัดเตรียมเตียง อุปกรณ์รับใหม่	6.93	31.20	25.76	9.38	7.79	12.54	8.55	32.98	16.01
3. การเตรียมยารับประทาน	27.72	76.97	94.76	34.30	167.20	302.16	210.33	381.60	900.16
4. การเตรียมยาฉีดเข้าทาง เส้นเลือด,เคมีบำบัด	0*139.32	211.37	0*	91.58	115.40	0*	322.24	566.89	
5. การเตรียมยาฉีดเข้า กล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง	0*	0*	0*	6.23	0*	.56	0*	0*	1.39
6. การเตรียมยาสำหรับสูดพ่น	0*	0*	0*	45.57	0*	2.51	40.66	0*	0*
7. การเตรียมอาหารผู้ป่วย พิเศษและสามัญ	.77	14.08	30.59	9.03	25.46	06.34	25.27	106.47	191.40
8. การเตรียมให้อาหาร ทางสายยาง	0*	0*	147.66	0*	0*	13.94	0*	2.83	1.74
9. การนำสิ่งส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	39.41	10.32	37.03	40.04	58.90	103.97	47.69	143.92	162.17
10. การเตรียมของส่ง อบแก๊ส	0*	2.47	6.90	0*	1.14	6.13	0*	7.54	7.31
11. การเตรียมเครื่องมือใน การทำหัตถการของแพทย์	0*	19.35	10.12	0*	1.52	9.32	0*	18.61	15.66
12. การรายงานแพทย์ เกี่ยวกับผู้ป่วย	2.73	3.12	4.60	0*	1.14	2.51	2.47	5.18	4.87

ตารางที่ 14 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อมด้านบริการ (นาที) จำแนกตามประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม ด้านบริการ	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภท A			ผู้ป่วยประเภท B			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
13. การเตรียมข้อมูลทางการ พยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	19.8	253.36	316.71	326.04	480.84	480.84	297.73	464.75	675.82
14. การตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์ และทีมสหสาขา	22.05	55.47	106.26	67.07	95.24	95.24	45.22	124.61	219.24

0* หมายถึง การไม่มีกิจกรรม จึงไม่เกิดต้นทุน

จากตารางที่ 14 ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการที่มีค่าต้นทุนสูงที่สุดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือต้นทุนการเตรียมมารับประทาน กล่าวคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น โรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell /mm}^3$ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น โรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell /mm}^3$ และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell /mm}^3$ มีต้นทุนเท่ากับ 900.16 บาท 381.60 บาท และ 302.16 บาทตามลำดับ ส่วนต้นทุนรองลงมาคือต้นทุนการเตรียมข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น โรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell /mm}^3$ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell /mm}^3$ และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น โรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell /mm}^3$ มีต้นทุนเท่ากับ 675.82 บาท 480.84 บาทและ 464.75 บาท ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ดิจิทัลไอที/เอคส์

กิจกรรมการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภทA			ผู้ป่วยประเภทB			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การมอบหมายงานและการ วางแผนอัตรากำลัง	2.24	3.87	8.97	2.24	7.03	9.48	6.65	8.48	12.88
2. การตรวจสอบสถานที่และ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย	2.03	3.55	8.05	2.03	6.46	8.64	6.08	7.77	12.53
3. การตรวจนับอุปกรณ์ใน รถ Emergency	1.96	3.23	7.82	1.96	6.08	8.64	5.89	7.54	11.14
4. การประชุมภายนอกและ ภายในหอผู้ป่วย	12.81	22.36	51.06	12.81	40.47	57.70	38.38	49.00	74.12
5. การตรวจเช็คยาควบคุมพิเศษ	.91	1.61	3.68	.91	2.85	4.18	2.85	3.53	5.57
6. การเบิกยา วัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์	1.40	2.47	5.75	1.40	4.56	6.41	4.18	5.42	8.35
7. การจัดเก็บอุปกรณ์และ สิ่งแวดล้อมให้สะอาด	4.97	8.71	19.78	4.97	15.77	22.30	14.82	19.08	28.88
8. การตรวจเช็คและส่งซ่อม วัสดุอุปกรณ์ชำรุด	.77	1.29	2.96	.77	2.28	3.35	2.28	2.83	4.52
9. การตรวจรับยาประจำวัน	7.77	13.55	31.05	7.77	24.70	35.12	23.37	29.92	45.24
10. การตรวจสอบคุณภาพ และนิเทศน์งาน	5.60	9.57	22.08	5.60	17.29	25.09	15.96	21.20	32.36
11. การตรวจเช็คตารางการให้ยา	7.42	13.01	29.67	7.42	2.62	33.73	22.23	28.50	43.50

จากตารางที่ 15 พบว่าต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่สูงที่สุดคือ การประชุมภายนอกและภายในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4<200 cell /mm³ มีค่าต้นทุนเท่ากับ 74.12 บาท รองลงมาเป็นต้นทุนการตรวจรับยาประจำวัน มีค่าต้นทุนเท่ากับ 45.24 บาท

ตารางที่ 16 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงาน (บาท) จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน	ต้นทุนค่าแรง/หน่วย (บาท)								
	ผู้ป่วยประเภทA			ผู้ป่วยประเภทB			ผู้ป่วยประเภท C		
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3
1. การรับแผนการรักษา	38.85	88.47	251.62	87.78	157.51	214.64	192.28	281.02	282.92
2. การบันทึกการเบิกอาหาร	4.76	7.85	18.63	5.11	16.53	20.91	11.78	19.55	42.80
3. การบันทึกสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย	0*	62.03	164.68	0*	183.54	238.05	0*	364.16	769.92
4. การเขียนบันทึกทาง การพยาบาล	10.01	291.00	751.41	75.60	631.18	837.09	256.69	721.27	985.54
5. การบันทึกสถิติผู้ป่วย ประจำวัน	9.84	151.79	386.63	72.94	324.52	397.22	210.33	395.49	563.41
6. การบันทึกเบิกวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์	15.89	30.53	33.12	21.00	22.80	52.13	22.04	40.52	91.18
7. การบันทึกสัญญาณชีพ ในฟอร์มปรอท	19.25	19.24	43.93	18.90	22.99	70.52	16.53	162.53	155.56
8. การบันทึกแบบประเมิน ภาวะสุขภาพ pt.รับใหม่	29.47	27.96	33.12	29.61	29.64	35.96	29.83	34.16	45.58
9. การสรุปสถานะผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายหรือย้ายออก	21.28	15.70	20.24	21.21	31.16	32.34	22.99	36.90	50.11
10. การคิดค่ารักษาพยาบาล	29.96	36.12	38.18	37.73	39.33	32.34	24.13	44.99	49.76
11. การบันทึก ICD-10	4.90	3.23	4.37	4.76	2.82	3.35	4.18	3.77	6.36
12. การนัด	10.99	4.73	5.20	4.34	136.80	4.74	4.94	5.42	7.65

0* หมายถึง การไม่มีกิจกรรม จึงไม่เกิดต้นทุน

จากตารางที่ 16 พบว่าต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงานที่สูงที่สุด คือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าต้นทุนเท่ากับ 985.54 บาท รองลงมาเป็นการบันทึกสารน้ำเข้า-ออก มีค่าเท่ากับ 769.92 บาท ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ และต้นทุนการบันทึกสถิติผู้ป่วยประจำวันในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ เท่ากับ 563.41 บาท



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทางตรง กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและปริมาณเวลาที่เฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยประเภท A				ผู้ป่วยประเภท B				ผู้ป่วยประเภท C									
	A1		A2		A3		B1		B2		B3		C1		C2		C3	
	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)	ต้นทุน กิจกรรม (บาท)	ปริมาณ เวลา (นาที)
1.กิจกรรมการ พยาบาลทางตรง	345.97	166.36	998.85	487.44	1193.70	573.89	514.92	247.56	2708.26	1302.05	3248.38	1561.72	1298.82	624.43	3548.77	1706.14	5853.02	2813.95
2.กิจกรรมทาง อ้อมด้านบริการ	123.13	51.46	617.48	391.20	1011.08	640.62	212.52	102.17	763.61	367.12	1245.19	598.65	695.02	334.14	1628.87	1032.06	2805.12	1177.33
3.กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง กับหน่วยงาน	47.88	23.02	83.22	40.01	190.87	91.76	47.88	23.02	130.12	62.56	214.64	103.19	142.69	68.60	183.27	88.11	279.09	134.17
4.กิจกรรมการ บันทึกรายงาน	195.23	93.86	911.8	438.37	1751.22	841.93	379.00	182.21	1598.82	768.66	1939.29	932.36	795.52	382.46	2109.78	1014.31	3077.81	1479.72
รวม ต้นทุนกิจกรรม และปริมาณเวลา (นาที)	712.21	334.70	2611.35	1357.02	4146.87	2148.60	1154.32	554.91	5200.79	2700.38	6647.50	3105.92	2932.05	1409.63	7470.69	3840.62	12015.04	5605.17
ปริมาณเวลา (ชั่วโมง)	5.58		22.62		35.81		9.25		45.01		51.77		24.49		64.01		93.42	

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พยาบาลได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4 < 200 /mm^3$ มากที่สุดคือ 93.42 ชั่วโมง ซึ่งมีต้นทุนสูงสุด คือ 12,015.04 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4\ 200 - 499 /mm^3$ ใช้เวลา 64.01 ชั่วโมง และมีต้นทุน 7,470.69 บาท เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมพบว่าพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงแก่ผู้ป่วยมากที่สุดในผู้ป่วยทุกประเภท กล่าวคือพยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4 < 200 /mm^3$ มากที่สุด ใช้เวลา 2813.95 นาที มีค่าต้นทุน 5853.02 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4\ 200 - 499 /mm^3$ ใช้เวลา 1,706.14 นาที มีค่าต้นทุน 3,548.77 บาท ประเภทของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติรองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4 < 200 /mm^3$ มากที่สุด เช่นเดียวกัน ใช้เวลา 1177.33 นาที มีค่าต้นทุน 2,805.22 บาท



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าบริการพยาบาลที่เรียกเก็บจริง

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

รายที่	ประเภทผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	โรค	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย	ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	ร้อยละ
1.	A1	2	Carcenoma	790.14	9,754	8.10
2.	A2	3	Carcenoma	1,837.70	9,216	19.94
3.		3	Epididymal cyst	2,514.10	8,354	30.09
4.		6	DissTB	4,039.89	11,801	34.23
5.		2	Breast mass	1,430.75	7,181	56.26
6.	A3	6	DissTB	4,708.81	10,258	45.90
7.		9	Peripheral Vertigo	6,788.11	11,576	58.64
8.	B1	2	Asthmatic attack	1,154.59	2,441	47.30
9.	B2	7	ARF	4,249.21	10,085	42.13
10.		6	Wasting syndrome.	4,100.56	7,468	54.91
11.		5	PTB	2,955.74	7,804	37.87
12.		8	Diss TB	4,900.07	9,959	49.20
13.		6	PTB	4,018.29	10,330	38.90
14.		12	ARF	8,696.94	18,956	45.88
15.		6	TB LN	4,185.39	9,615	43.53
16.		1	Ac.Bronchitis	1,365.37	5,128	26.63
17.		3	Pre-auricular	3,278.54	5,688	57.64
18.	B3	8	Aseptic meningitis	3,606.91	7,331	49.20
19.		8	Mycobacterial infection.	8,169.31	13,740	59.46
20.		9	CMV	6,133.63	16,089	38.12
21.		7	Gut.obstruction	4,444.07	7,169	61.99
22.		2	PTB	1,469.96	5,188	28.33

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร(ต่อ)

รายที่	ประเภทผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	โรค	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย	ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	สัดส่วนร้อยละต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง
23.		7	PTB	4,746.92	8,040	59.04
24.		14	Diss MAC	8,449.85	18,942	44.61
25.		4	PTB	6,588.98	10,181	64.72
26.		13	Diss TB	7,797.54	15,917	48.99
27.		14	Diss TB	11,808.32	17,853	66.14
28.		29	EF..	19,799.49	60,167	32.91
29.		4	Ac.Pyelonephritis.	3,281.36	4,397	74.63
30.		8	E.coli sepsis.	9,521.12	11,955	79.64
31.		6	Pancreatitis.	4,884.95	10,653	45.86
33.		6	Cirrhrosis..	5,775.25	8,900	64.89
34.		6	Pneumonia.	4,573.58	24,897	18.37
35.		11	TB LN	7,094.56	12,352	57.44
36.		8	TB LN	5,771.52	9,525	60.59
37.		6	Pneumonia.	4,304.66	6,771	63.57
38.		1	TB LN	2,150.13	1,735	123.93
39.		6	TB LN	4,455.77	8,673	51.38
40.		14	Diss TB	8,146.07	16,624	49.00
41.		4	Cellulitis leg.	4,022.00	16,671	24.13
42.		13	Diss TB	8,509.75	15,917	53.46
43.	C1	6	Ac.sinusitis	2,507.23	5,814	43.12
44.	C2	15	Adenocarcinoma	14,758.42	40,609	36.34
45.		6	Ac.Pancreatitis	4,921.06	4,387	112.17
46.		7	Hydrocephalus	5,070.07	13,026	38.92
47.		2	Liver mass	1,323.28	2,320	57.04

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร(ต่อ)

รายที่	ประเภทผู้ป่วย	จำนวน วันนอน	โรค	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย	ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	สัดส่วนร้อยละต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง
48.		2	PTB	1,559.08	5,061	30.81
49.		2	Chro.hepatitis	1,694.42	5,136	32.99
50.		11	TB LN	11,497.93	12,352	93.09
51.		9	PCP	7,974.06	13,188	60.46
52.		19	Arthritis	15,511.77	19,464	79.69
53.	C3	6	Sinusitis	3,772.34	7,101	53.12
54.		17	Colitis.	10,672.29	22,987	46.43
55.		10	PCP	5,874.74	15,968	36.79
56.		13	Crypto	12,471.25	15,936	78.26
57.		2	Bed sore	2,154.77	5,609	38.42
58.		2	Drug eruption	1,907.26	5,075	37.58
59.		1	PTB	3,197.05	6,963	45.91
60.		9	Pansinusitis	6,777.19	10,289	65.87
61.		5	Wasting	3,348.92	4,645	72.10
62.		10	Ac.bronchitis	8,293.36	17,179	48.28
63.		6	Penicillosis	7,645.39	15,460	49.45
64.		3	Anemia	2,321.77	7,734	30.02
65.		6	DVT	6,198.58	17,359	35.71
66.		9	ARF	5,915.38	14,905	39.69
67.		16	CMV	21,284.77	59,691	35.66
68.		6	Hyponatremia	6,765.37	11,712	57.76
69.		6	PTB	6,338.29	9,047	70.06
70.		10	PCP	10,811.69	15,066	71.76
71.		15	Gastritis	14,749.79	16,390	89.99
72.		18	TB Peritonitis	18,147.17	22,696	79.96

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร(ต่อ)

รายที่	ประเภทผู้ป่วย	จำนวน วันนอน	โรค	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย	ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	สัดส่วนร้อยละต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง
73.		9	Sepsis	8,622.71	24,665	34.95
74.		14	Interstitial Lung d.	14,705.43	27,043	54.38
75.		23	Crypto	23,859.51	18,345	130.06
76.		27	PCP	35,453.24	82,465	42.99
77.		29	HSV genitalia	30,421.6	37,814	80.45
78.		5	Crypto	5,612.62	4,971	112.91
79.		7	Penicilosis	6,313.99	9,853	64.08
80.		6	Diss TB	10,527.73	13,248	79.47
81.		5	Crypto	3,372.73	4,971	67.85
82.		23	Diss TB	26,629.45	10,053	264.89
83.		25	ARDS	25,802.00	34,477	74.84
84.		22	Prolong fever	29,824.07	13,394	222.66
85.		24	Crypto	21,438.36	29,840	71.84
85.		9	PCP	7,025.06	13,189	53.26
86.		15	Crypto	15,431.89	20,256	76.18
87.		9	PCP	7,492.59	13,189	56.81
88.		3	Hypernatemia	3,555.65	4,996	71.17
89.		19	Crypto	23,039.28	25,262	91.20
90.		3	PTB	2,495.96	6,663	37.46
91.		2	PTB	2,220.50	2,602	85.34
92.		7	Nocardiasis	7,813.67	26,362	29.64

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 92 รายในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic) กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ วันนอน 2 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ วันนอน 2-6 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ วันนอน 6-9 วัน ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic) กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ วันนอน 2 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ วันนอน 1 - 12 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ วันนอน 1 - 29 วัน ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ วันนอน 6 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ วันนอน 1 - 19 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ วันนอน 1 - 29 วัน

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีจำนวนวันนอนมากจะมีสัดส่วนร้อยละจำนวนมากในแต่ละประเภท คือผู้ป่วยที่มีวันนอนมากในกลุ่มผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ วันนอน 1 - 29 วัน จะมีสัดส่วนร้อยละของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย และค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม เท่ากับ 29.64 - 264.89 รองลงมาคือผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ที่มีค่า CD4 200 - 499 cell /mm³ วันนอน 1 - 19 วันนอนจะมีสัดส่วนร้อยละของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย และค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม เท่ากับ 30.81 - 112.17

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1 RW ของสถาบันบำราศ (1 RW = 12,858 บาท)

ประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย	ผลต่างค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง 1 RW	ร้อยละต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค			
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	712.21	12,145.79	5.54
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	2,611.35	10,246.65	20.31
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	4,146.87	8,711.13	32.25
ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง			
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	1,154.32	11,703.68	8.98
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	5,200.79	7,657.21	40.45
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	6,647.50	6,210.50	51.70
ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์			
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 ≥ 500 cell /mm ³	2,932.05	9,925.95	22.80
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4 200 - 499 cell /mm ³	7,470.69	5,387.31	58.10
กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD 4 < 200 cell /mm ³	12,015.04	842.96	93.44

จากตารางที่ 19 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1 RW ของสถาบันบำราศนราดูร ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 93.44 ในประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ รองลงมาคือ ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 58.10 และ 51.70 ในประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ส่วนค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่มีค่าต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.54 ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร และเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ติดผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้ออายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพและผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 โดยผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวน 92 คน และบุคลากรทางการพยาบาลที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึก จำนวน 4 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งได้จำแนกกิจกรรมการพยาบาลเป็น 5 กิจกรรมตามแนวคิดของ Urdan และ Roode (1997) ได้แก่ 1) กิจกรรมการพยาบาลทางตรง 2) กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ 3) กิจกรรมการบันทึกรายงานการพยาบาล 4) กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วย งาน 5) กิจกรรมส่วนตัว

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามระบบของ Centers for Disease Control: CDC (1993) โดยใช้แนวคิดของ Susan Martin Tucker (2000) โดยการประเมินจากค่า CD4 ที่ได้จากการตรวจเลือด จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระยะของโรค คือ 1) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกที่ไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) 2) ผู้ป่วยระยะปานกลาง เริ่มแสดงอาการบางอย่าง (Symptomatic) 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคเอดส์ (AIDS)

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล

เครื่องมือชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือผู้ป่วย
อายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบาราศนราคร

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวนภาษา โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งพบว่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 4 ชุดมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่างร้อยละ 85 ถึง 95 การทดสอบความเที่ยงของกลุ่มการจำแนกประเภทผู้ป่วย เท่ากับ 0.90 แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในแต่ละเวร โดยการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ หรือผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ จำแนกโดยการแบ่งตามระยะอาการของโรค ซึ่งสืบค้นได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยจากใบรายงานผลการตรวจเลือดและจากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งกำหนดเวลาในการจำแนกประเภทผู้ป่วย 30 นาทีก่อนการปฏิบัติงานของทุกเวร

2. เก็บข้อมูลโดยการสังเกตการณ์ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 4 กิจกรรมของบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละเวร โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตารางสำเร็จได้กำหนดไว้ ถ้าเวลาต่อวัฏจักรนั้นสั้น จะต้องใช้เวลาจับเวลาที่จำนวนตัวอย่างมาก ถ้าเวลาต่อวัฏจักรยาว ต้องใช้เวลาจับเวลาที่มีจำนวนตัวอย่างจำนวนน้อยลง (วันชัย วิจิรวนิช, 2537)

3. ผู้วิจัยทำการทบทวนปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่ติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 92 ราย จากหน่วยเวชสถิติ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากสถาบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลทั้งหมดบันทึกลงในแบบบันทึกแต่ละชุด โดยการใช้โปรแกรม SPSS แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน โดยการวิเคราะห์หาค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการคำนวณต้นทุนกิจกรรมตามแนวคิดของสถาบันพัฒนาศาสตร์ (2545) บันทึกถ่วงคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. คำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย โดยการนำต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์แต่ละรายซึ่งได้แก่กิจกรรม

การพยาบาลโดยตรง กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงาน โดยคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับในแต่ละเวร ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชืวจนกระทั่งถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ

2. กำหนดค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้ง 92 คน ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กำหนดโดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามรหัสโรคคูณกับ 12,858 บาท ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของสถาบันบำราศนราดูรที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำการเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละรายในรูปของสัดส่วนร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปเป็น 4 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

บุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 31 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 19 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 12 คน เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.7 มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 68.40 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งระดับ 6 คิดเป็นร้อยละ 47.4 ส่วนผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมี 12 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีประสบการณ์การทำงาน 5 - 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ในเดือนมกราคม 2551 จำนวน 92 คน มีผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น โรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4 < 200\ cell /mm^3$ มากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.57 (รายละเอียดดังตารางที่ 2) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุดในผู้ป่วยประเภทที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD\ 4 < 200\ cell /mm^3$ คือ 16.91 วันนอน (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ส่วนที่ 2 ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละประเภทในหอผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พยาบาลได้ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเภทมี

โรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มากที่สุดคือ 93.42 ชั่วโมง รองลงมาคือผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 64.01 ชั่วโมง และ เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมพบว่า พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงแก่ผู้ป่วยมากที่สุดในผู้ป่วยทุกประเภท กล่าวคือพยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มากที่สุด ใช้เวลา 2813.95 นาที รองลงมาคือผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 1,706.14 นาที ประเภทของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติรองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มากที่สุด เช่นเดียวกัน ใช้เวลา 1177.33 นาที มีค่าต้นทุน 2,805.22 บาท (รายละเอียดดังตารางที่ 17)

เมื่อพิจารณาปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรง กิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่ใช้ปริมาณเวลามากที่สุด คือกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งตรวจพิเศษต่างๆ เช่น CTscan, MRI ซึ่งพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประเภที่มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 200-499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้ปริมาณเวลา 182.32 นาที ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประเภผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 171.20 นาทีและผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 140 นาที ตามลำดับ รองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลอาการปวด ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลาเฉลี่ย 68.96 นาทีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภที่มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลาเฉลี่ย 65.14 นาที ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 9)

ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการที่ใช้เวลามากที่สุดคือการเตรียมข้อมูลทางการพยาบาลพบในผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ 25.49 นาที รองลงมาคือผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 19.81 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 19.42 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรองลงมาคือการเตรียมยาฉีดเข้าเส้น ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยประเภที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 22.50 นาที ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 14.08 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ ใช้เวลา 13.61 นาที ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 10)

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน จำนวนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานมีมีจำนวนทั้งสิ้น 11 กิจกรรม กิจกรรมที่ใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ยสูงสุด คือการประชุมภายในและภายนอกหอผู้ป่วย ใช้เวลา 4.42 นาที ส่วนอันดับรองลงมาเป็นกิจกรรมการตรวจรับยาประจำวัน ใช้เวลา 3.23 นาที (รายละเอียดดังตารางที่ 11)

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกรายงานมากที่สุดเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurses's note) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบันทึกรายงานมากที่สุด คือ 23.64 นาที รองลงมาคือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 16.59 นาทีและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลา 16.06 นาที ตามลำดับ ส่วนปริมาณเวลาที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมการบันทึกรายงานรองลงมาคือการรับแผนการรักษา พบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ใช้เวลา 23.21 นาที ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 15.91 นาทีและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ ใช้เวลา 15.50 นาที ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 12)

ส่วนที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 3 ประเภทในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ต้นทุนค่าแรงในการทำกิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่มีต้นทุนสูงที่สุดคือกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ซึ่งมีต้นทุนสูงสุด คือ 12,015.04 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 200 - 499 cell /mm³ มีต้นทุน 7,470.69 บาท เมื่อพิจารณาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยรวมพบว่าพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงแก่ผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ป่วยทุกประเภท กล่าวคือต้นทุนในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ มากที่สุด มีค่าต้นทุน 5853.02 บาท รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 200 - 499 cell /mm³ ใช้ มีค่าต้นทุน 3,548.77 บาท ประเภทของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติรองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ มากที่สุด เช่นเดียวกัน มีค่าต้นทุน 2,805.22 บาท (รายละเอียดดังตารางที่ 17)

ต้นทุนค่าแรงที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่มีต้นทุนสูงที่สุด คือกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายหัตถการต่างๆ คือผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 /mm³ และผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่า 1,083.33 บาท 869.20 บาทและ 539.94 บาท ตามลำดับ รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการดูแลการให้สารน้ำ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ และผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่าเท่ากับ 717.92 บาท 685.63 บาทและ 622.45 บาทตามลำดับ ส่วนต้นทุนกิจกรรมการเจาะเลือดปลายนิ้ว มีต้นทุนต่ำที่สุด คือ 0.84 บาท ในผู้ป่วยมีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ (รายละเอียดดังตารางที่ 13)

ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ ที่มีค่าต้นทุนสูงที่สุดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือต้นทุนการเตรียมยารับประทาน กล่าวคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีต้นทุนเท่ากับ 900.16 บาท 381.60 บาท และ 302.16 บาทตามลำดับ ส่วนต้นทุนรองลงมาคือต้นทุนการเตรียมข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการดูแลต่อ เนื่อง ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการปานกลางที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ มีต้นทุนเท่ากับ 675.82 บาท 480.84 บาทและ 464.75 บาท ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 14)

ต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่มีค่าต้นทุนสูงที่สุดคือการประชุมภายนอกและภายในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่าต้นทุนเท่ากับ 74.12 บาท รองลงมาเป็นต้นทุนการตรวจรับยาประจำวัน มีค่าต้นทุนเท่ากับ 45.24 บาท (รายละเอียดดังตารางที่ 15)

ต้นทุนของกิจกรรมค่าแรงเกี่ยวกับการบันทึกรายงานที่สูงที่สุด คือการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ มีค่าต้นทุนเท่ากับ 985.54 บาท รองลงมาเป็นการบันทึกสารน้ำเข้า-ออก มีค่าเท่ากับ 769.92 บาท ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 cell /mm³ และต้นทุนการบันทึกสถิติผู้ป่วยประจำวันในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า CD4 <200 /mm³ เท่ากับ 563.41 บาท (รายละเอียดดังตารางที่ 16)

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าสูงที่สุด คือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่า 12,015.04 บาท รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรค หรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200} - 499 / \text{cell mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 7,470.69 บาท และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 6,647.50 บาท เมื่อพิจารณาตามประเภทของกิจกรรม พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงมีค่าสูงที่สุดในผู้ป่วยทุกประเภท คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่า 5,853.02 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 93.42 ชั่วโมง รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200} - 499 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 3,548.77 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 64.01 ชั่วโมง และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 3,248.38 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 51.77 ชั่วโมง สำหรับต้นทุนค่าแรงกิจกรรมการพยาบาลระดับรองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงานและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกรายงานที่มีค่าสูงที่สุด ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่า 3,077.51 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 24.66 ชั่วโมง รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200} - 499 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 2,109.78 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 16.91 ชั่วโมง และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 1,939.29 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 15.54 ชั่วโมง ส่วนกิจกรรมทางอ้อมด้านบริการที่มีต้นทุนสูงสุดคือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่า 2,805.12 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 19.56 ชั่วโมง ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 \text{ 200} - 499 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 1,628.87 บาท และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 / \text{mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 1,245.19 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 9.98 ชั่วโมง สำหรับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน เป็นต้นทุนค่าแรงที่น้อยกว่าต้นทุนกิจกรรมอื่นๆ ต้นทุนค่าแรงกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ต้นทุนสูงที่สุดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกประเภท คือผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3 / \text{mm}^3$ มีค่า 279.09 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 2.24 ชั่วโมง รองลงมาคือต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ประเภทมีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 214.64 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 1.72 ชั่วโมงและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ประเภทไม่มีอาการแสดงของโรคที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีค่าเท่ากับ 190.87 บาท ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 1.53 ชั่วโมง (รายละเอียดดังตารางที่ 17)

ตอนที่ 4 ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและการเปรียบเทียบสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยจำนวน 92 คน จำแนกตามจำนวนวันนอนเฉลี่ยของประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ วันนอน 2 วัน มีจำนวน 1 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 8.10

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ มีวันนอน 2-6 วัน มีจำนวน 4 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 19.94 – 56.26

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ วันนอน 6-9 วัน มีจำนวน 2 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 45.90-58.64

ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ วันนอน 2 วัน มีจำนวน 1 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 47.30

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 200-499 \text{ cell/mm}^3$ วันนอน 1-12 วัน มีจำนวน 9 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 26.63-57.64

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ วันนอน 1-29 วัน มีจำนวน 24 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 28.33-123.93

ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ≥ 500 cell /mm³ วันนอน 6 วัน มีจำนวน 1 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 43.12

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200-499 cell /mm³ วันนอน 2-19 วันนอน มีจำนวน 9 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 30.81-112.17

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ วันนอน 1-29 วันนอน มีจำนวน 41 ราย มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สัดส่วนร้อยละ 30.02-264.89

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในผู้ป่วยจำนวน 92 ราย สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีจำนวนวันนอน 2 วันนอนและ 23 วัน พบว่า สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมี สัดส่วนร้อยละ 8.10 และ 264.89 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 18)

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1 RW ของสถาบัน บำราศนรา คือ 12,858 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 93.44 ในประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ รองลงมาคือ ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 58.10 และ 51.70 ในประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ส่วนค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่มีค่าต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.54 (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร พบว่าบุคลากรมีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน 15 ปีขึ้นไป เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์หนัก ที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนได้เป็นอย่างดี บุคลากรได้ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยเฉพาะ (Palliative care) จนมีความคล่องงาน (Competency) กิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้น เป็นกิจกรรมการพยาบาลภายใต้กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับชอบในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง หรือ กำหนดแผนการพยาบาลเพื่อให้สมาชิกคนอื่นๆ ในทีมการพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติตามขอบเขต และ หลักเกณฑ์การมอบหมายงาน (กองการพยาบาล ,2539: 97) สิ่งที่สำคัญคือการที่หัวหน้าหน่วยงาน

หรือหัวหน้าทีมจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ (Facilitator) มิใช่ทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชา โดยการทำความเข้าใจกับสมาชิกทุกคนถึงเป้าหมาย เปิดโอกาสให้สมาชิกอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน และผู้ช่วยเหลือทำหน้าที่สรุปความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อเกิดความเข้าใจและมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน มีการค้นหาปัญหาของวิธีการทำงาน มิใช่การค้นหาผู้กระทำความผิด เพื่อให้เกิดความสำเร็จของกระบวนการการเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545: 1)

ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องการสร้างคุณภาพ มีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน ต้องผูกพันในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง มีความอดทนที่จะรอผลลัพธ์และตั้งปณิธานอย่างมุ่งมั่นแน่วแน่ ควรมุ่งมั่นไปใน 4 เป้าหมายหลักคือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) และการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance) มีการสร้างวัฒนธรรมเรื่องคุณภาพภายในองค์กรให้เป็นการปฏิบัติในงานประจำเพื่อปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย (เพ็ญจันทร์ แสนประสม, 2546: 131) ควรจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรม (Institute a vigorous program of education and self-improvement) เพื่อเป็นปัจจัยที่รองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาบุคลากร และเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์กร

2. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 92 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ มีจำนวน 1 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 4 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 2 ราย ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ มีจำนวน 1 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ มีจำนวน 9 รายและกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 24 ราย และประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 \geq 500 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 1 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 200 - 499 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 9 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ จำนวน 41 ราย จำแนกผู้ป่วยโดยใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม Centers for Disease Control: CDC (1993) และ Susan Martin Tucker (2000) พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมติดเชื้อ จะเป็นผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ จะมีอาการป่วยที่สลับซับซ้อน ต้องการการพยาบาลอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 44.57 ผู้ป่วยโรคเอดส์มีโรคร่วมคือโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcus meningitis) โรคปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis carinii เป็นต้น โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาการของโรค ผู้ป่วยไม่ค่อย

รู้สึกตัว หายใจสะอึกและมีความต้องการการดูแลตนเองที่ซับซ้อน โดยเฉพาะต้องได้รับการรักษา ด้วยวิธีการเจาะหลังเพื่อระบายน้ำไขสันหลัง ระบบการพยาบาลเป็นแบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการช่วยเหลือ โดยกระทำแทนผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การใส่ยา อุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ ที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต เข้าใจถึงการตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์ของผู้ป่วย ต่อภาวะที่ชีวิตถูกคุกคามและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะนี้ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumocystis carinii pneumonia) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงอยู่ในภาวะการหายใจล้มเหลว จากถุงลมถูกทำลายและมีการอักเสบอย่างรุนแรง จึงต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนโดยตรง การแยกประเภทกลุ่มผู้ป่วยรองลงไป เป็นประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic) ที่มีค่า $CD4 < 200 /mm^3$ คิดเป็นร้อยละ 26.09 ส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อวัณโรคในระบบต่างๆ และผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ที่มีค่า $CD4$ $200 - 499 /mm^3$ คิดเป็นร้อยละ 9.78

หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงของโรคที่อยู่ในภาวะวิกฤต เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและ กิจกรรมที่นอกเหนือจากการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ทั้งทางด้าน การดูแลร่างกายพื้นฐานทั่วไป การปฏิบัติกิจกรรมการรักษา การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ การเก็บสิ่งส่งตรวจ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนต่างๆ สังเกต ตรวจวัดเกี่ยวกับอาการ สอนให้ความรู้ ปรึกษา ประคับประคองจิตใจ การเตรียมยาและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ สอดคล้องกับ Urden และ Roode (1997) ที่ได้มีการอธิบายการทำกิจกรรมที่ชัดเจนในแต่ละหมวดหมู่ ครอบคลุมทุกด้าน มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในหอผู้ป่วยมากที่สุด โดยกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยเป็นไปตามลักษณะเฉพาะของความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลในทุกๆด้าน และจากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคิดค้นทบทวนกิจกรรมการพยาบาลทั้งกิจกรรมการพยาบาลทางตรง กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมการบันทึกรายงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

3. จากการศึกษาปริมาณเวลา พบว่า ผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เฉลี่ย 181.92 ชั่วโมง /หน่วย จัดเป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความต้องการแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาการไม่คงที่ ซึ่งสอดคล้องกับ Hall et al (2004) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนมีความแตกต่างต่อชั่วโมงการดูแลของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ให้การดูแล เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างต่อเนื่อง เป็นการให้การพยาบาลทางตรง ซึ่งต้องใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ยสูงสุด คือ 85.74 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการปวดศีรษะ เนื่องจากมีความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยมีภาวะ

ความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยจะเกิดการชัก หรือมีอาการเพ้อคลั่ง การส่งตรวจพิเศษต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ Selwyn PA (2003) ได้ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พบว่า 71.00% ของผู้ป่วยมาด้วยอาการวิกฤตหนึ่งหรือหลายระบบในผู้ป่วยแต่ละราย 20%ของผู้ป่วยมีมะเร็ง 13% มีอาการของโรคตับระยะสุดท้าย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการปวด มีอาการทางจิต สับสน วุ่นวาย คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ คิดเป็น 68-91% ของผู้ป่วยทั้งหมด ในขณะที่กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงาน และกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการและที่ใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ยมากเช่นกัน กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการประกอบ ด้วยกิจกรรมรอง 14 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมมารับประทาน ยาฉีดเข้าทางเส้นเลือดและยาเคมีบำบัด การเตรียมข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ย 42.39 ชั่วโมง ในขณะที่กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการบันทึกรายงานประกอบด้วยกิจกรรมรอง 12 กิจกรรม เช่น กิจกรรมการพยาบาลการเขียนบันทึกทางการพยาบาล การรับแผนการรักษา การคิดค่ารักษาพยาบาล ใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ย 47.94 ชั่วโมง/หน่วย การที่ผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) มีปริมาณกิจกรรมการพยาบาลจำนวนมากส่งผลให้การใช้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีปริมาณสูงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น ต้นทุนเฉลี่ย 22,417.78 บาท

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเภทมีอาการปานกลาง (Symtomatic) มีปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เฉลี่ย 106.03/หน่วย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด อาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้จึงต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ กิจกรรมการพยาบาลทางตรงซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีปริมาณเฉลี่ย 106.03 ชั่วโมง/หน่วย ในขณะที่กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ ปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ 17.80 ชั่วโมง กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับหน่วยงานใช้ปริมาณเวลา 3.91 ชั่วโมง และกิจกรรมการพยาบาลการบันทึกรายงานใช้ปริมาณเวลา 31.39 ชั่วโมง/หน่วย มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เฉลี่ย เท่ากับ 13,002.60 บาท

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเภทที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymtomatic) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ย 64.01 ชั่วโมง/หน่วย ผู้ป่วยประเภทไม่มีอาการแสดงของโรค เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยในระยะเวลาสั้น ระยะเวลานอนเฉลี่ย 4.81 วัน อาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคทางอายุรกรรมทั่วไปไม่ใช่โรคติดเชื้อฉวยโอกาส กิจกรรมทางตรงซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีปริมาณเฉลี่ย 20.46 ชั่วโมง/หน่วย ในขณะที่กิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการใช้ปริมาณเวลาเฉลี่ย 18.05 ชั่วโมง กิจกรรมที่เกี่ยวกับหน่วยงาน ใช้เวลาเฉลี่ย 2.58 ชั่วโมง และกิจกรรมเกี่ยวกับการบันทึกรายงานใช้เวลาเฉลี่ย 22.90 ชั่วโมง/หน่วย มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย เท่ากับ 7,470.43 บาท

เมื่อพิจารณาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ทั้ง 92 ราย พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลและจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับ Kristian Hansen อ้างถึงการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลใน Zimbabwe (2000) กล่าวว่าต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลที่มากกว่า และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่นานกว่า

4. จากการศึกษา สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยประเภทมีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ (AIDS) ที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ มีจำนวนวันนอนสูงกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทอื่น คือ 1-29 วันนอน สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีค่าสูงสุดคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 30.02-264.89 ซึ่งสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น ขึ้นกับจำนวนวันนอนที่มากขึ้น ปริมาณการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละราย (Marie J. Cowan, 2006) ผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์มีโรคร่วมมีภาวะแทรกซ้อนของโรคจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาเป็นการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องได้รับยาฉีดเข้าทางเส้นเลือดเป็นเวลานานจนครบกำหนด เช่นการใช้ยาฉีด Amphotericin-B ผู้ป่วยต้องได้รับยาถึง 14 วัน ผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งความต้องการการพยาบาลจะลดลงตามประเภทของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เปลี่ยนไปในอาการที่ดีขึ้น

ส่วนผู้ป่วยประเภทอื่น พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม อยู่ระหว่าง 8.10-123.93 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bentham (1999) ว่าต้นทุนในส่วนของงานให้การดูแลทางการพยาบาลคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 46.89 ของค่ารักษาที่เรียกเก็บจริง Sharon Holcombe Pappas (2007) พบว่าต้นทุนการให้การพยาบาลเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอน ปริมาณกิจกรรมและการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีวันนอน 1 วัน มีสัดส่วนร้อยละ 26.63 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ประเภที่มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 \text{ } 200 - 400 \text{ cell/mm}^3$ และสัดส่วนร้อยละ 123.93 เป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ประเภที่มีอาการปานกลางที่มีค่า $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตามจำนวนวันนอน ทั้งนี้สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต้องขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคในแต่ละการจำแนกประเภทของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Colin Dodds (2000) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในแคนาดา พบว่าผลรวมต้นทุนการบริการสุขภาพทางตรงในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ใน

แคนาดา ประเภทที่มีค่า CD4 <75 cell/mm³ มีต้นทุนสูงกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเภทอื่น และ Fred J. Hellinger (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลรวมของต้นทุนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่แบ่งประเภทผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ระยะของโรค ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 มากกว่า 500cells/mm³ ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ระหว่าง 200 – 499 cells/mm³ ประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ระหว่าง 75-199 cells/mm³ และประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 <75 cells/mm³ พบว่าต้นทุนการดูแลประเภทผู้ป่วยที่มีค่า CD4 <75 cells/mm³ มีต้นทุนการดูแลสูงที่สุด

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริง ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1 RW ของสถาบันบำราศนราดูรคือ 12,858 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 93.44 ในประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นที่เข้ารับการรักษาในสถาบันคือร้อยละ 44.57 ซึ่งสอดคล้องกับ Colin Dodd (2000) ได้ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีค่า CD4 < 75 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 68% รองลงมาคือ ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า CD4 200 – 499 cell /mm³ คิดเป็นร้อยละ 58.10 และ 51.70 ประเภทผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางที่มีค่า CD 4 < 200 cell /mm³ ซึ่ง Bentham (1999) ได้ศึกษาด้านต้นทุนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าอนโรงพยาบาล มีค่ากิจกรรมการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 46.89 ส่วนค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่มีค่าต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.54 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในสถาบันต่ำกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น คิดเป็นร้อยละ 1.09 (รายละเอียดดังตารางที่ 19)

จากการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่สูง มีปัจจัยจากสภาวะพยาธิสภาพของโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีความจำเป็นในการใช้ทักษะความรู้ ประสบการณ์ ในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีอาการดีขึ้น การรักษาส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาฉีดเข้าทางเส้นเลือดและการทำหัตถการทางการแพทย์ เช่นการเจาะหลัง จึงจำเป็นที่บุคลากรทางการพยาบาลจะต้องมีทักษะและความรู้ในการให้การพยาบาล สามารถคาดการณ์และทำนายผลลัพธ์ที่อาจเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีมซึ่งอยู่ในฐานะผู้ช่วยเหลือ จึงต้องมีการปรับการมอบหมายงานเพื่อให้สอดคล้องกับงาน มีความเหมาะสมซึ่งส่งผลให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวมได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากขึ้น แต่การเพิ่มของบุคลากรเสมือนเป็นการเพิ่มต้นทุนค่าแรงในการให้การรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Behner et al (1993) ได้ศึกษาถึงตัวชี้วัด 2 ชนิดคือทำการวิจัยในผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เหมือนกัน ประเมินจากต้นทุนเงินเดือนของพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งหมดที่เจ็บป่วยด้วยภาวะที่ซับซ้อน

และแปรเปลี่ยนไปตามต้นทุนของแรงขับ การศึกษาชุดที่ 2 เป็นการเปรียบเทียบจำนวนผลผลิตของการพยาบาลต่อจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน ระหว่างการจัดการเรื่องต้นทุน โดยลดจำนวนผู้ปฏิบัติเทียบกับการจัดการต้นทุน โดยการใช้กระบวนการทางการพยาบาล การศึกษาพบว่า การลดต้นทุนจำนวนพยาบาล ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเพิ่มต้นทุนในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะว่าพยาบาลมีไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนต้องใช้บุคลากรพยาบาลที่สมส่วนกันเป็นการประหยัดเงินมากกว่าในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อใช้จำนวนพยาบาลที่เพียงพอ

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่สูงขึ้น ขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและซับซ้อน จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล จากการทำ CQI และการสนับสนุนในด้านการฝึกอบรม การศึกษาวิจัย ได้นำความรู้มาพัฒนางานและปฏิบัติตาม Clinical Practice Guideline: CPG ในการให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถควบคุมการใช้ทรัพยากรในการให้บริการที่เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบวงจร ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายเพื่อสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติอย่างมีความเชื่อมั่น ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถลดจำนวนวันนอนลงได้

ต้นทุน (Cost) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ซึ่งผู้บริหารในยุคปัจจุบันต้องคำนึงถึงเพื่อให้งานมีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ได้มีความเหมาะสม สามารถวัดได้แล้วนำมาเป็นองค์ประกอบในการพิจารณาด้านทุนการรักษายาบาล สอดคล้องกับ Iowa Intervention Project (2001) ได้มีการสรุปความสำคัญของการกำหนดต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลว่าเป็นรูปแบบที่เป็นที่นิยม ที่สามารถอธิบายกิจกรรมการดูแลทางการพยาบาล ในการจัดการทรัพยากรทางการพยาบาลที่สลับซับซ้อน เป็นพื้นฐานสำหรับอธิบายกิจกรรมของพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสามารถประเมินเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และรู้ระยะเวลาที่น้อยที่สุดในการทำกิจกรรมแต่ละชนิด ต้นทุนต่อหน่วยสามารถกำหนดการใช้เวลาและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่สมบูรณ์ และการกำหนดต้นทุนต่อหน่วย ที่สามารถใช้เป็นสัญญาทางธุรกิจ ที่เป็นผลจากการให้บริการทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ดังนี้

1. นำฐานข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาการบริหารบุคลากร ทางการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความคุ้มค่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งด้านโรงพยาบาลผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาโยบายการกำหนดราคาค่าบริการของสถาบัน ได้อย่างเหมาะสมและเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการกำหนดค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตลอดจนเป็นข้อมูลเพื่อการกำหนดค่าตอบแทนสำหรับพยาบาล ให้เหมาะสม เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์เป็นภาวะเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยเด็กติดเชื่อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนของกิจกรรมแต่ละประเภท ซึ่งสามารถใช้เป็นมาตรฐานในการกำหนดราคาและเป็นแนวทางในการเรียกเก็บเงินได้

2. วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลอื่นแล้วนำมาศึกษาเปรียบเทียบกันเพื่อให้ได้ต้นทุนที่เป็นมาตรฐาน เพื่อประกอบเป็นฐานข้อมูลให้กับการคิดค่าบริการรักษาตามระบบ DRGs (Diagnosis Related Group) ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. 2535. **ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข**
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. 2549. **บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (2550-2554). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.**
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2549. **คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต/กิจกรรมกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.**
- สำนักการพยาบาล. 2547. **การจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ใหญ่-เด็ก. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**
- กมลวรรณ จลาพงษ์. 2545. **การวิเคราะห์ต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลจากระบบการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลของงานการพยาบาลศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2540. **การพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.**
- จันทิมา ไตรทาน. 2549. **การพัฒนาการจัดอัตราค่าล้างกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุพรรณบุรี. วารสารกองการพยาบาล.**
- ชัยสิทธิ์ เถлимมีประเสริฐ. 2545. **การจัดทำแผนงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและคำนวณต้นทุนผลผลิตกรมควบคุมโรคติดต่อ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.**
- ทัศนยา บุญทอง. 2545. **ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.**
- บุญรัตน์ ไชยชนะ. 2545. **การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาล ตามระบบต้นทุนกิจกรรม: หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- บุญสม ผลประเสริฐ. 2545. **ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ. วารสารกุมารเวชสาร 5 (3): 45-46.**

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ปรียานุช บุญเฉลิมวิเชียร. 2546. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล:กรณีศึกษาห้องตรวจเด็ก งานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. 2545. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประสงค์ ว่องรัชชัย. 2549. การวิเคราะห์ต้นทุนผลผลิตโรงพยาบาลและแนวทางการวิเคราะห์ต้นทุนผลผลิตและต้นทุนกิจกรรมของสถาบันบาราศนราดูร. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ รัตนวิชัย. 2548. ต้นทุนกิจกรรมการดูแลรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยใน: กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา.
- พวงรัตน์ บุญญรัตน์. 2544. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บลูพริ้นท์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2549. คู่มือการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สุขขุมวิทการพิมพ์.
- เขารัตน์ อินทอง. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ร่วมโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบและปอดอักเสบภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: วัชรออฟเซต.
- เขวภา เลิศชีวกานต์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์กับความวิตกกังวลของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละไม แก้วอำไพ. 2549. การศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยใน: โรงพยาบาลเลิศสิน. วารสารสำนักการพยาบาล
- วิณา จีระแพทย์. 2544. สารสนเทศทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. 2543. ต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วยบริการ. วารสารสำนักการพยาบาล 27 (3): 69-79.
- สุคนธา คงศีล. 2548. โครงการศึกษานำร่อง ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการให้ยาเอดส์ที่ เพื่อป้องกัน

กัณฑ์การติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกและการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล กรณีศึกษาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. จังหวัดนนทบุรี: พรทิพย์การพิมพ์.
อัญชลี เกษสาคร. 2546. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย:
กรณีศึกษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- ANA. 2004. **Scope and Standards for Nurse Administrat.** Washington D. C.
- Aileen, B. R. 2003. Cost of care for medicaid recipients with serious mental illness
HIV infection or AIDS. **Psychiatr Serv** 54 (4): 1240-1246.
- American Hospital Association. 2002. **The NIC/NOC letter. Making Quality Care Visible**
9 (2): 40-43.
- Bentham. 1999. **Characteristics of hospitalizations of HIV-infected patients: An Analysis
of data from the 1994 healthcare cost and utilization propect.** Durham: U.S.A.
- Bessie, L. M. 2006. **Leadership roles and management functions in nursing. Theory
and Application.** Philadelphia: Lippincott.
- Bruce, R. S. 2001. Cost-Effectiveness of earlier initiation of antiretroviral Therapy for
Uninsured HIV infeted adults. **American Journal of Public Health** 34 (4): 1456-
1463.
- Charlene, A. I. 1995. A Cost-Effetiveness analysis of acute care case management outcomes.
Nursing Economic 13(3): 42-48.
- David, K. 1995. **AIDS nursing care and standardized nursing language :an application of
the Nursing intervention classification.** Iowa City: USA.
- Davis, K. 2006. AIDS nursing care and standardized nursing language:an application of
the nursing intervention classification. **J Assoc Nurses AIDS Care** 6 (6): 37-44.
- Fred, J. H. 2000. **The cost of HIV/AIDS in Canada.** Atlantic.
- Fosbinder, D. 1986. **Nursing costs/DRG: a patient classification systems.** (n.p., n.d.).
- Horngren, C. T., Foster, G. and Datar, S. M. 2000. **Cost accounting a managerial phasis.**
New Jersay: Prentice-Hall.
- Henry, S. B. 2006. **A comparison of nursing intervention classification and current
procedural terminology codes for representing nursing intervention in HIV
disease.** USA: University of California.

- Spero, J. R. 1988. **Education nursing students about quality care and safe practice AIDS epidemic.** USA: University of Cincinnati School of Nursing.
- Jean, p. 2003. **Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing Countries.** France: Paris.
- James, G. K. 1996. **The center for AIDS preventions.** England: Oxford University.
- Joselany, A. 2006. **Self care and HIV/AIDS patients: nursing care systematization.** USA: University of Sao Paulo.
- Kaplan, R. S. and Cooper, R. 1998. **Cost and Effect: Using integrate cost systems to drive profitability and performance.** President And Fellows Of Harved College.
- Laduke, S. 2000. Puts nursing into words. **Nursing Management** 31 (4): 81-85.
- Lawrence, K. A. 2006. **Cost of AIDS care in U. S. is seen at \$5.8 Billion in '91.** The New York Times. 21(4): 90-91.
- Mary, C. T. 2005. **The individual with HIV disease.** Philadelphia: Lippincott.
- Meg, B. 2005. **Management of clients with acquired immunodeficiency syndrome.** (n.p.).
- Marsha, M. 2006. The evolution of an ambulatory nursing intensity System. **JONA** 36 (9): 241-248.
- McCloskey, J. C. 2005. **Nursing interventions classification.** 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. 1995. **Nursing: concepts of practice.** St. Louis: Mosby.
- Ramsey, R. H. 1994. Activity-based costing for hospital. **Hospital & health services Administration** 39 (3): 385-396.
- Richardson, S. 1999. **The Cost of asthma in the emergency department and hospital.** **Am. J. Respir.Crit. Care Med** 16 (4): 211-215.
- Selwyn, P. A. 2003. **Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes.** New York: USA.
- Steven, A. F. 2001. **Budgeting concepts for nurse manager.** USA: WB.Saunders.
- Susan, M. T. 2003. **Patient care standards: collaborative planing & nrusing intervention.** 7th. St. Louis: Mosby.
- Sharon, H. P. 2007. Describing costs related to nursing. **JONA**37 (1): 32-40.
- Urden, L. D. and Roode, J. L. 1997. Work Sampling: A decision making tool for determining resources and work redesign. **JONA.** 27 (9): 34-40.
- WHO. 2549. **HIV Infection and AIDS: Guidelines for Nursing Care.** Philippine: Manila.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

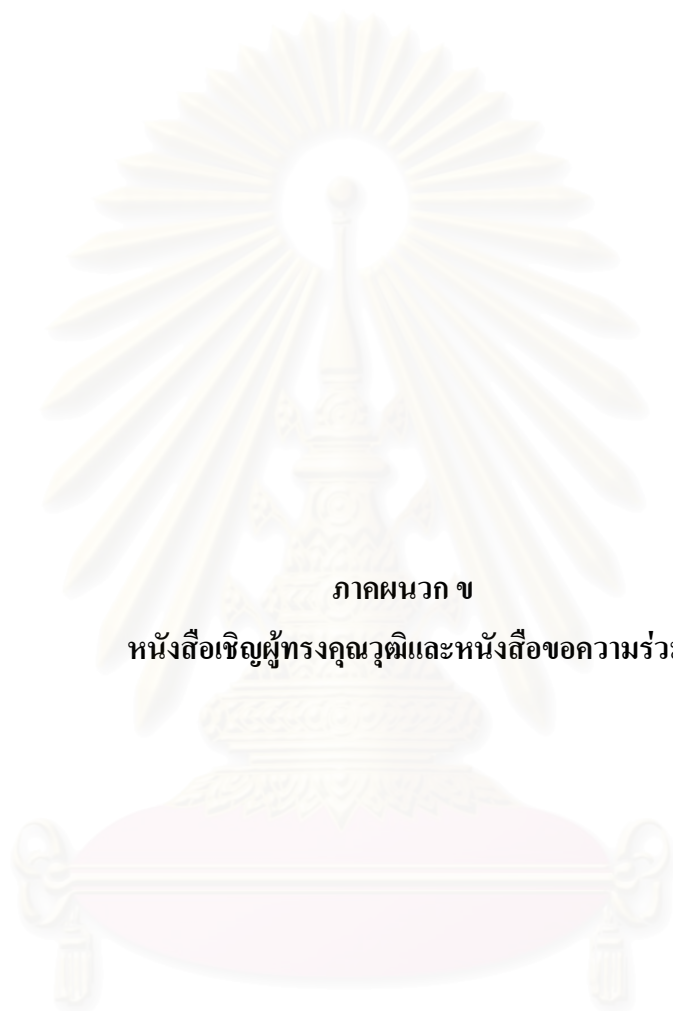
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ประสงค์ ว่องวัชชัย | รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ฝ่ายโครงการ
ประกันสุขภาพและต้นทุน |
| 2. นางเครือวัลย์ บุญโต | หัวหน้าตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื่อ |
| 3. นางสาวสงศรี กิตติรักษ์ตระกูล | นักวิชาการระดับ 8 กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นางสาวบรรณรัตน์ เจริญรุ่งเรือง | หัวหน้าตึกผู้ป่วยหลอดเลือดและสมอง โรงพยาบาล
รามธิบดี |
| 5. นางสาวอัญชลี เกษสาคร | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศช. 0512.11/3026

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบิราศนราดูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอัจฉรา อิ่มน้อย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” โดยมี ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ ประสงค์ ว่องวัชชัย | รองผู้อำนวยการสถาบัน
ฝ่ายโครงการประกันสุขภาพและต้นทุน |
| 2. นางเครือวัลย์ บุญโต | หัวหน้าตึกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ ประสงค์ ว่องวัชชัย และนางเครือวัลย์ บุญโต

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางอัจฉรา อิ่มน้อย โทร. 08-4644-2007

ที่ ศธ. 0512.11/3026

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เนื่องด้วย นางอัจฉรา อิ่มน้อย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อมือไอวี/เอดส์ กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม” โดยมี ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อมือ สถาบันบำราศนราดูร ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวันเวลาอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่ออนุเคราะห์ให้ นางอัจฉรา อิ่มน้อย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ถิ่นบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

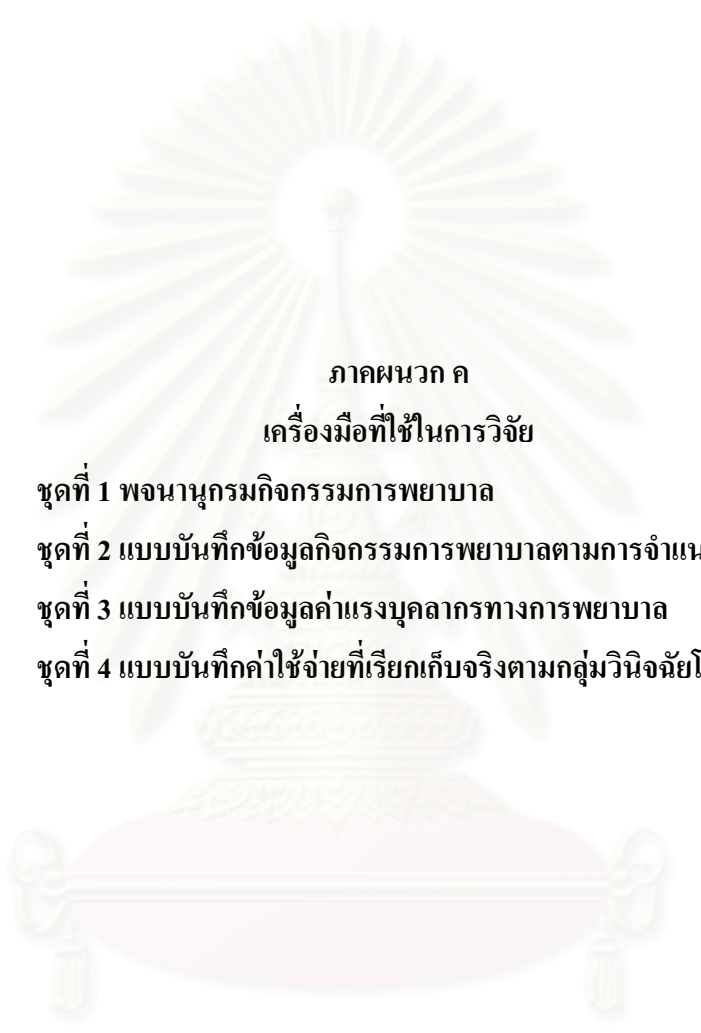
สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

นางอัจฉรา อิ่มน้อย โทร. 08-4644-2007



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล

ชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการวิจัย เรื่อง การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม : หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง

ส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการ

ส่วนที่ 3 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน

ส่วนที่ 4 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลการบันทึกรายงาน

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร โดยการประเมินจากค่า CD4 ที่ได้จากการตรวจเลือด โดยได้จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระยะโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วย

A เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค (Asymptomatic) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

A1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 $\geq 500 /\text{mm}^3$

A 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200 - 499 $/\text{mm}^3$

A 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD 4 $< 200 /\text{mm}^3$

B เป็นกลุ่มที่มีอาการปานกลาง (Symptomatic) อาการที่มีมากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการของกลุ่ม C

B1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 $\geq 500 /\text{mm}^3$ CD4

B 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 200 - 499 $/\text{mm}^3$ CD4

B 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า CD4 $< 200 /\text{mm}^3$

C เป็นกลุ่มที่มีอาการมาก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นเอดส์ (AIDS)

C1	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4	$\geq 500 /\text{mm}^3 \text{CD4}$
C 2	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4	200 - 499 $/\text{mm}^3 \text{CD4}$
C 3	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าCD4	$< 200 /\text{mm}^3$

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ชุดที่ 4 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
<p>1. กิจกรรมการพยาบาลแรก รับและประเมินสภาพผู้ป่วย แรกรับ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาลแรกรับและประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการประสานงานจากหน่วยงานที่จะส่งผู้ป่วยมา เช่น ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ห้อง AB care และหอผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องส่งผู้ป่วยขึ้น โดยมีการจัดเตรียมและมีแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ ของกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลเบื้องต้นทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยบนพื้นฐานของสัมพันธภาพอันดี 2. วินิจฉัยความรุนแรงความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาทันที 3. รวบรวมข้อมูลในการประเมินแรกรับเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องทดลอง และการประเมินทางการพยาบาลให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการรับผู้ป่วยใหม่ 4. รวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่แบบแผนการดำเนินชีวิต 5. จัดการเตรียมรูปแบบแรกรับผู้ป่วยแต่ละประเภททุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> สิทธิที่พึงมีและพึงได้รับจาก โรงพยาบาลและทีมสุขภาพ การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 6. ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความสบาย และการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ขัดต่อลัทธิศาสนาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ระวังความปลอดภัยตามความเหมาะสม 7. อธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความสำคัญของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed consent) ทุกครั้ง ติดป้ายชื่อ – นามสกุลที่ข้อมือตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
<p>2. การประเมินสภาพผู้ป่วย ทุกระบบ</p>	<p>8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลการตรวจประเมินสภาพร่างกายและแผนการรักษา พยาบาลตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย</p> <p>9. บอก/ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>10. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว</p> <p>11. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ภายหลังจากให้ข้อมูลที่ชัดเจน</p> <p>12. จัดทำเวชระเบียนผู้ป่วย ลงทะเบียนรับใหม่ คิดป้ายชื่อท่ายเตียงเพื่อระบุตัวผู้ป่วย รับแผนการรักษา บันทึกประวัติ อาการและอาการแสดง การให้การพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย เป็นต้น</p> <p>การประเมินสภาพผู้ป่วย</p> <p>เป็นกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลที่ทีมพยาบาลใช้ในการประเมินสภาพของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้ Nursing process เริ่มใช้ตั้งแต่ขั้นการประเมินและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ในแต่ละเวรแก่ผู้ป่วยทุกรายทั้ง 3 ประเภท ตามความต้องการพื้นฐานทางการพยาบาล โดยเน้นการประเมินตามระบบที่มีปัญหา (Focus Assessment) โดยการประเมินสภาพของผู้ป่วยและการดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมิน ดังนี้</p> <p>1. การประเมินทางด้านระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก เป็นการประเมินการทำงานของระบบประสาทและสมองในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านประสาทและสมอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอาการปวดจากความดันจากน้ำไขสันหลังสูง การทำงานของสมอง โดยใช้ Neurosigns score โดยประเมินในเรื่องการรับรู้สภาพตนเอง รู้เวลา รู้สถานที่ การพูดคุย ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกสอดคล้อง</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>กับเวลาและสถานที่หรือไม่ ประเมินการเคลื่อนไหวของแขน ขา กำลังของแขน ขา 2 ข้าง เท่ากันหรือไม่ บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและค้นหาปัญหา รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ</p> <p>2. การประเมินทางด้านระบบผิวหนัง โดยการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะการติดเชื้อราเริ่ม และแผลกดทับ ดูแลให้การป้องกันการเกิดบาดแผลจากการรักษาพยาบาล และภาวะเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่นการทำแผลโดยใช้หลักSterile technique จัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ร่วมกับการใช้ Braden Scale ช่วยบันทึกสภาพผิวหนังในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผิวหนัง เช่นการเกิดแผลกดทับ</p> <p>3. การประเมินทางด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยประเมินอัตราการเต้นของชีพจร ประเมินจากความแรง ความสม่ำเสมอ คุณลักษณะของมือ เท้า ว่ามีอาการบวมหรือปวดที่น่องหรือขาหรือไม่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตลดลง จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยประเมินอาการเจ็บหน้าอก วัดสัญญาณชีพ การให้ออกซิเจน การให้ยาตามแผนการรักษาและจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดเตรียมรถฉุกเฉินและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ</p> <p>4. การประเมินทางด้านระบบหายใจ เริ่มตั้งแต่การสังเกตอาการ การประเมินอัตราการหายใจด้านความสม่ำเสมอ ภาวะการหายใจ ภาวะ Cyanosis ที่เล็บมือเล็บเท้า การจัดท่านอนที่เหมาะสม ช่วยให้หายใจสะดวกและขจัดเสมหะและสิ่งอุดตันทางเดินหายใจ โดยการเคาะปอด ดูเสมหะ ประเมินการทำงานของปอดโดยการฟังเสียงลมหายใจเข้า - ออก ดูแลการให้ออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ การให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษาของแพทย์ และการเฝ้าระวังติดตามอาการที่ผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเพื่อรายงานแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมในรายที่เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว ดูแลการให้สารอาหารและน้ำเพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินหายใจได้ดี</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>5. การประเมินทางด้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยการประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกายและข้อต่อต่างๆ อาการบวมแดงตามข้อ แรงแกำมือ แรงแก้งกล้ามเนื้อแขน-ขา ลักษณะการเดิน การใช้อุปกรณ์ช่วย อาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูก คู่มือในการจัดทำทางในกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม เมื่อมีอาการผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อวางแผนในการรักษาพยาบาลต่อไป</p> <p>6. การประเมินการได้ยินและการมองเห็น อาการผิดปกติที่สำคัญ คือ การมองเห็นของตาทั้ง 2 ข้างเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ทดสอบการมองเห็นโดยใช้มือปิดตามองที่ละข้างโดยดูภาวะเสี่ยงและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการได้ยินเสียงและการมองเห็น โดยการประเมินสอบถามจากตัวผู้ป่วยและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น ตกเตียง ลื่นหกล้ม ติดต่อประสานงานและส่งตรวจแผนกที่เกี่ยวข้องเฉพาะทางตามแผนการรักษา</p> <p>7. การประเมินระบบทางเดินอาหาร ค้นหาปัญหาและภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องอึดแน่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีแผลและเชื้อราในปาก แผลริมทวารหนัก การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่นอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนเป็นสีดำคล้ำ ประเมินภาวะซ้อค จากการสูญเสียโลหิตในระบบทางเดินอาหาร เมื่อพบอาการผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบ</p> <p>8. ประเมินโภชนาการ ประเมินการรับประทานอาหารได้เหมาะสมตามวัยและแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ ประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มหรือลดลงกว่าปกติ ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคและทำความสะอาดปาก ฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร ดูแลการให้อาหารทางสายยางหรือทางเส้นเลือดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองไม่ได้จากการที่มีแผลเชื้อราในช่องปาก มีการประเมินบันทึกสารอาหารที่ผู้ป่วยรับได้ในแต่ละเวร</p> <p>9. การประเมินระบบขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินและค้นหาภาวะเสี่ยง เช่นลักษณะของปัสสาวะ อาการปวดแสบเวลาถ่ายปัสสาวะ จากมีแผลริมที่อวัยวะเพศ ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ การตรวจดูแลการตรวจปัสสาวะ เช่น ความถี่จำเพาะหรือมีความผิดปกติของ</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
<p>3. การทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเพื่อความสุขสบายและความปลอดภัย</p>	<p>ระบบทางเดินปัสสาวะเช่นมีการติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ ประเมินความสมดุลของน้ำเข้า-ออกของร่างกาย ดูแลทำความสะอาดผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ถูกอยู่ในระบบ Closed system เฝ้าระวังการติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>10. การประเมินระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ประเมินว่ามีความผิดปกติหรือไม่ มีอาการบวม เป็นแผลเชื้อรา เริ่ม มี discharge ชิม หรือไม่เมื่อพบอาการผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ และช่วยดูแลในด้านความสะอาด</p> <p>3.1 การพยาบาลด้านความสุขสบาย โดยการประเมินผู้ป่วยในเรื่องการพักผ่อน การนอนหลับของผู้ป่วย โดยการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เรียบร้อย สงบไม่มีสิ่งรบกวนผู้ป่วย กำหนดเวลาและอำนวยความสะดวกในการเยี่ยมของญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน และดูแลไม่ให้เกิดสิ่งรบกวนที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย ได้แก่</p> <p>3.1.1 อาการเหนื่อยหอบ ให้การพยาบาลโดยการดูแลผู้ป่วยให้อ่อนพัก จัดทำนอนหัวสูง งดการทำกิจกรรม ขจัดสิ่งอุดกั้นระบบทางเดินหายใจ เช่นการดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การวัดสัญญาณชีพและรายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนได้</p> <p>3.1.2 อาการไข้ ให้การพยาบาลโดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดการทำกิจกรรม เช็ดตัวลดไข้และกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อระบายความร้อนจากร่างกาย (ถ้าไม่มีปัญหาเรื่องการจำกัดน้ำ) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการไข้ร่วมกับการหาสาเหตุของการเกิดอาการไข้</p> <p>3.1.3 อาการปวด ให้การดูแลโดยการพักผ่อน ลดกิจกรรม ประเมินอาการปวดโดยใช้ pain score สีหน้าของผู้ป่วย คำบอกเล่าของผู้ป่วย ให้พักผ่อนนอนหลับ ให้อาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ กินยาแก้ปวด 1) อาการปวดทั่วไป (ระดับ 1) ยาที่ใช้ได้แก่ พาราเซตามอล ยาพาราเซต เป็นยาสามัญที่ใช้ได้กับอาการปวดทุกชนิดที่ไม่รุนแรง ในผู้ใหญ่กินครั้งละ 1-2 เม็ด ซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 8 เม็ด ถ้าควบคุมอาการปวดไม่ได้ อาจใช้ยา Bufen แทน ขนาด 400 มก. 1 เม็ด 3 เวลา 2) อาการปวดระดับปานกลาง</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
4.การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	<p>(ระดับ 2) ยาที่ใช้ได้แก่ พาราเซตามอล โคลิอิน ทรามอล 3) อาการปวดรุนแรง (ระดับ 3) ยาที่ใช้ได้แก่ มอร์ฟีนชนิดฉีด แพทย์จะเป็นผู้สั่งจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สามารถลดอาการปวด เช่น นอนหนุนหัวสูง อาจใช้การนวดเพื่อลดอาการปวด หรือใช้น้ำร้อน/น้ำเย็นประคบ</p> <p>3.2 การดูแลตนเองและสุขอนามัย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้หรือผู้ป่วยที่เตรียมจำหน่าย ประเมินความต้องการทางด้านอาหาร และจัดอาหารให้ได้ตามความต้องการของร่างกายให้เหมาะสมกับชนิดของโรค แนะนำการทำมาสะอาดร่างกายและความสุขสบายทั่วไป สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุและโรค ดูแลในเรื่องการขับถ่าย นำผู้ป่วยไปห้องน้ำ เมื่อพบปัญหาผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบ - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ประเมินความต้องการทางด้านอาหารและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความเหมาะสมกับชนิดของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย ดูแลด้านการขับถ่ายโดยจัดเตรียมหมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะให้ ช่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย บางส่วน กระตุ้นให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับอายุและโรค - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดเนื่องจากร่างกายที่พ้นระยะวิกฤต แต่ยังได้รับผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงยังคงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการรับประทานอาหาร ความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกายที่เหมาะสม - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้การพยาบาลโดยช่วยเหลือทางด้านการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ทั้งทางด้านการรับประทานอาหารและยา การขับถ่ายและทำความสะอาดหลังการขับถ่ายให้ การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบหรือข้อติดแข็ง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับการประสานงานกับนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมและรับรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมและนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน โดยการทำตามโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัดจัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้กระตุ้นให้การบริหารร่างกายของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน อธิบายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
4. กิจกรรมการพยาบาลใน	ประเมิน โดยการใช้ Nursing process ประเมินสภาพผู้ป่วยร่วมกับการใช้ protocol ของกลุ่มงานอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูรเป็น

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
ภาวะฉุกเฉิน	<p>แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยการ</p> <p>4.1 การพยาบาลเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยการประเมินการทำงานของหัวใจ เมื่อพบว่าหัวใจหยุดทำงาน แจ้งให้ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยทราบ - ทีมพยาบาลปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ระบุไว้ ได้แก่ การจัดทำและเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง รายงานแพทย์ จัดเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์การช่วยชีวิต เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำและยาที่จำเป็นในการช่วยชีวิต - ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง - รายงานแพทย์ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ <p>4.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งพบได้บ่อยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้ Nursing process ประเมินสภาพผู้ป่วย การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและให้การพยาบาลโดยการจัดทำโดยให้ศีรษะสูงประมาณ 75 องศา บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการ ดูแลเสมหะในปากและท่อช่วยหายใจ ส่งเสริมการไอเพื่อขับเสมหะ ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา สังเกตการอุดตันของทางเดินหายใจ ติดตามวัดสัญญาณชีพ ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน</p> <p>4.3 การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะซีด โดยการประเมินภาวะซีดว่าเกิดจากสาเหตุใด ตรวจวัดสัญญาณชีพ จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อม ให้พักผ่อนเตียงและจำกัดการเคลื่อนไหว ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด บอกราคาดคะเนที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ ติดตามการทำงานของไต ติดตามภาวะสารน้ำ การติดตามการทำงานของระบบประสาท การแข็งตัวของเลือด จำนวนออกซิเจนในเลือด น้ำตาล จำนวนเม็ดเลือดต่างๆ ใส่สายอาหารทางจมูก สวนปัสสาวะ ติดตามวัดสัญญาณชีพ เมื่อพบระดับความรู้สึกรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพผิดปกติ รายงานแพทย์</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
5. การปฏิบัติกิจกรรมด้าน หัตถการทางการพยาบาล	<p>เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลของสถาบัน ที่ใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยวิธีการปฏิบัติ การเตรียมอุปกรณ์ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ รวมทั้งการใช้หลัก Aseptic Technique และ Standard precaution ในทุกกิจกรรม ได้แก่</p> <p>5.1 การบริหารยารับประทาน (Medication Administration: Oral) ต้องคำนึงถึงหลักการบริหารยา 6 ประการ (6 Rights) คือ ความถูกต้องในเรื่องชนิดของยา (Right drug) ขนาดยา (Right dose) ทางที่ให้ยา (Right Route) เทคนิคที่ให้ยา (Right time) และให้ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (Right patient) ดูแลและสังเกตอาการหลังให้ยา โดยเฉพาะยาต้านไวรัสและยาป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</p> <p>5.2 การบริหารยาฉีด (Medication Administration: Parenteral) โดยการให้ยาถูกต้องตามหลักการให้ยา ใช้หลัก Sterile technique รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อให้ยา Amphotericin เข้าทางเส้นเลือดดำ</p> <p>5.3 การให้สารน้ำ (Fluid management) ปฏิบัติโดยการเตรียมสารน้ำให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เตรียมและให้สารน้ำด้วยหลัก Aseptic technique ตรวจสอบอัตราการหยดของสารน้ำอย่างถูกต้อง</p> <p>5.4 การใส่สายสวนปัสสาวะ (Retain Foley Catheter) จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติตามคู่มือการสวนปัสสาวะ สวนปัสสาวะโดยใช้หลัก Sterile technique</p> <p>5.5 การให้อาหารทางสายยาง (Feeding) โดยการจัดเตรียมอาหารผสมและอุปกรณ์ในการให้อาหารให้พร้อม จัดทำนอน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้อาหาร</p> <p>5.6 การให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) จัดเตรียมชุดอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ให้จำนวนออกซิเจนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาหรือเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>5.7 การพ่นยาขยายหลอดลม (Medication Ventilation) จัดเตรียมยาพ่นยาขยายหลอดลมให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินสภาพผู้ป่วย ถ้ามีเสมหะมากให้ดูดเสมหะก่อนพ่นยา จัดท่า ส่งเสริมการหายใจ ออก ลึกๆและซ้ำๆ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้ยาพ่น ขณะพ่นยาเปิดออกซิเจน 100% Flow 6-10 lit/min</p> <p>5.8 การวัดสัญญาณชีพ เตรียมอุปกรณ์การวัดสัญญาณชีพ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนการวัด จดบันทึกการวัดสัญญาณชีพ</p> <p>5.9 การดูดเสมหะ (Airway Suctioning) จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะให้พร้อม อธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนการดูดเสมหะ จัดท่านอน ฟังเสียงปอดก่อนและหลังการดูดเสมหะ ใช้หลัก Universal precaution สอนผู้ป่วยหายใจยาว ลักษณะดูดเสมหะ ใช้แรงดันขณะดูดเสมหะในขนาดค่า 80-100 mmHg. สังเกตอาการผิดปกติขณะดูดเสมหะ บันทึกลักษณะและจำนวนของเสมหะ</p> <p>5.10 การใส่สายยางทางจุก (Gastrointestinal intubation) จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม อธิบายขั้นตอนการใส่สายยางจุก เลือกชนิดและขนาดของสายให้เหมาะสม ใส่สายด้วยความนุ่มนวล ทดสอบการเข้าและตำแหน่งของปลายสาย สังเกตลักษณะและอาการของผู้ป่วย จดบันทึกลักษณะสีและจำนวนของสิ่งที่ดูดออกมาทางสายจุก</p> <p>5.11 การให้เลือด (Blood Products Administration) จัดเตรียมอุปกรณ์และอธิบายวัตถุประสงค์ของการให้เลือดแก่ผู้ป่วยและญาติ ตรวจสอบชนิดของเลือด จำนวนที่ให้และระยะเวลาในการให้ ใช้หลัก Universal precaution ถ้าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อเลือดหยุดให้เลือด เปิดเส้นให้ IV สังเกตเลือดและปัสสาวะหลังผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อเลือด รายงานให้ทางแล็บเลือดทราบ รายงานอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบ</p> <p>5.12 การดูแลอาการเพ้อคลั่ง (Delirium Management) จัดเตรียมอุปกรณ์การผูกยึดนุ่มนวล ที่ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ผูกยึดไม่แน่นหรือหลวมเกินไป ประเมินและหาสาเหตุจากการเกิดอาการ รายงานแพทย์และจัดเตรียมอุปกรณ์ในรายที่แพทย์ต้องทำหัตถการ เช่นการเจาะหลังในผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อคลั่งจากความดันน้ำไขสันหลังสูง</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรม มรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>5.13 การดูแลผู้ป่วยมีอาการชัก ขณะชักจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลักอาหารและน้ำลาย จัดทำให้หายใจได้สะดวก ขณะชักอย่าพยายามใส่สิ่งของในปากผู้ป่วยเพราะจะทำอันตรายต่อลิ้น ฟันและขากรรไกรของผู้ป่วยได้ ควรปล่อยให้ผู้ป่วยชักอย่างอิสระไม่ควรพยายามหยุดอาการด้วยการจับยึดแขนขาเพราะจะเกิดแรงต้านทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ ผู้ดูแลควรควบคุมสติ พยายามเคลื่อนย้ายสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยขณะชักออก กล้วยสิ่งผูกมัดผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า เข็มขัด ระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับ สिरระ แขน ขา ของผู้ป่วยขณะชัก เมื่อหยุดชัก ควรจัดท่านอนกึ่งคว่ำ จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นและอยู่ที่ไหน รายงานแพทย์ และให้ผู้ป่วยกินยาอย่าง</p> <p>ต่อเนื่อง</p> <p>. 5.14 การดูแลผู้ป่วยวิกลจริต (Dementia Management) สังเกตอาการของผู้ป่วย ประเมินและหาสาเหตุ รายงานแพทย์ถึงอาการผิดปกติ จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>. 5.15 การส่งสิ่งส่งตรวจ (Specimen Management) สังเกตสิ่งส่งตรวจตามคู่มือห้องปฏิบัติการ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีเก็บสิ่งส่งตรวจตามความเหมาะสม เตรียมอุปกรณ์และภาชนะสำหรับใส่ specimen ให้พร้อม รวบรวม specimen ให้เพียงพอสำหรับส่งตรวจ เช่น การตรวจคัดกรองวัณโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการเก็บชิ้นเนื้อหรืออวัยวะหรือของเหลวตามช่องว่างของร่างกาย เช่น น้ำไขสันหลัง เก็บสิ่งส่งตรวจตามกำหนดเวลาตามคู่มือ ผนึกสิ่งส่งตรวจให้มิดชิดป้องกันการฉีกขาดหรือปนเปื้อน ติดป้าย “ caution ” และเขียนข้อมูลตามความเหมาะสม ใส่สิ่งส่งตรวจในภาชนะสำหรับส่งตรวจไปที่ห้องปฏิบัติการพร้อมใบสั่งของแพทย์ตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ</p> <p>. 5.16 การทดสอบสิ่งส่งตรวจในหอผู้ป่วย (Bedside Laboratory Testing) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทดสอบสิ่งส่งตรวจให้พร้อม ตรวจสอบวันหมดอายุของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบสิ่งส่งตรวจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ เก็บสิ่งส่งตรวจและตรวจสอบสิ่งส่งตรวจใช้หลัก Universal precaution ตรวจสอบข้อมูลอย่างมีคุณภาพตามต้องการ รายงานผลผิดปกติให้แพทย์ทราบ บอกผลการตรวจกับผู้ป่วยตามความเหมาะสม</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>5.17 การดูแลผิวหนัง มีแผลเปิด ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาด และใช้เบตาดีน เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน รักษาความสะอาดอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงสบู่ที่มีสารเคมีรุนแรง อาการคัน ถ้าจากผิวแห้งควรรักษาความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง โดยไม่ใช้สบู่ที่แรงเกินไป ใช้น้ำมันมะกอกหรือโลชั่นทา หรือคันจากอาการของโรค ใช้ยาแก้แพ้ เช่น ซิติเอม อาทาเร็ก ห้ามใช้ครีมสเตียรอยด์ เช่น ทีเอ คริม เบ็ทโนเวท กับแผลเปิดเพราะจะทำให้แผลลุกลามมากขึ้น</p> <p>5.18 การดูแลสายระบายต่างๆ คว่าน้ำไขสันหลังไหลออกดี ต่อด้วยชุดให้น้ำเกลือลงในถุง (Transfer bag) ใช้ทิงเจอร์เบนซอย ทาบริเวณที่เจาะน้ำไขสันหลังและบริเวณสายท่อระบายที่ต่อทาบจากหลังไปถึงบริเวณคอ แล้วปิดด้วยก๊อส และ Fixomal เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและหักงอของท่อระบายน้ำไขสันหลัง ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบอย่างน้อย 4 – 6 ชั่วโมงหรือ 6 – 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการซึมของน้ำไขสันหลังมาอยู่ใน Epidural space ทำให้ปวดศีรษะมาก</p> <p>5.19 การถอดสายหัตถการต่างๆ ต้องระมัดระวังในการส่งอุปกรณ์ในการถอดสายและการกระเด็นของน้ำไขสันหลัง (โดยการใช้หลักของ Universal precautions)</p> <p>5.20 การส่งตรวจพิเศษต่างๆ เช่นการตรวจ MRI, Ultrasound, ส่งตรวจตาเพื่อคัดกรอง CMV ในผู้ป่วยเอดส์ที่มีค่า CD4 น้อยกว่า 50 ดูแลส่งผู้ป่วยตรวจให้ตรงตามแพทย์สั่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>5.21 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม การเอาไม้กั้นเตียงขึ้น การผูกยึดผู้ป่วย</p> <p>5.22 อาการท้องเสีย ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างพอเพียงควรกินน้ำเกลือผสมโออาร์เอสสำหรับผู้ที่เสียน้ำ อย่างน้อยวันละ 2.5-3 ลิตร หรือ 1 แก้วทุกครั้งที่ถ่าย กินอาหารครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง ควรกินน้ำหนักของร่างกายให้คงที่หรือเพิ่มขึ้น ไม่ควรงดอาหาร ควรกินอาหาร จำพวก อาหารไขต่างๆ นมไขมันต่ำ โยเกิร์ต ซุปใส ปลาอย่าง งดชา กาแฟ แอลกอฮอล์ น้ำอัดลม ดูแลผิวหนังบริเวณขยับถ่ายให้สะอาด ถ้ากรณีที่พบสาเหตุของอาการท้องเสียก็ต้องรักษาตามสาเหตุไปด้วย เช่น วันโรคล้ำไส้ เมื่อรักษาวันโรคล้ำไส้ได้ผล อาการท้องเสีย</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
6. การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ(Examination Assistance)	<p>ควรจะดีขึ้นหรือหายไป การดื่มน้ำดื่มสุกช่วยลดอุณหภูมิร่างกายที่องเสียดจากอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด</p> <p>ตรวจสอบการเซ็นยินยอม อธิบายเหตุผลของกระบวนการ กำหนดการใช้ระยะรับความรู้สึก มีการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ก่อนเริ่มกระบวนการ เครื่องมือพร้อมใช้ มีการเตรียมพื้นที่ ผูกมัดผู้ป่วยตามสมควร อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องผูกมัด ใช้หลัก Universal precaution ระวังการติดเชื้อ อธิบายขั้นตอนการทำให้ผู้ป่วยทราบ ติดตามสัญญาณชีพ ให้กำลังใจผู้ป่วย เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยขณะทำหัตถการ ช่วยเหลือในการจัดทำผู้ป่วย บันทึกลักษณะหรือจำนวนของเหลว จัดส่งสิ่งส่งตรวจ แจ้งผู้ป่วยถึงการดูแลหลังทำหัตถการ ติดตามสัญญาณชีพหลังทำหัตถการ</p>
7.การสอน/ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	<p>โดยการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ ประกอบด้วย</p> <p>7.1 การดูแลตนเอง (Self care) ให้ข้อมูลการดูแลตนเองและเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตัว ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูลเพื่อใช้ในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมการดูแลขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยด้วย</p> <p>7.2 การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ประสบปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นเรื่องส่วนตัว เช่นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ ตรวจสอบการติดเชื้อแบบสมัครใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางด้านจิตใจ โดยการจัดสถานที่เป็นส่วนตัว มีการกำหนดระยะเวลา เป้าหมาย การสื่อสารข้อมูลที่เป็นจริงและจำเป็น เก็บความรู้สึก ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ ใช้เทคนิคการสะท้อนและเห็นจริง แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย ใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีพลัง ส่งเสริมพัฒนาความคิดใหม่ ส่งเสริมความปรารถนาใหม่ และทักษะการมีพลัง</p> <p>7.3 การสอนสุขศึกษา (Health Education) เป็นการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่ใช้บริการในหอผู้ป่วย โดยเน้น</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของ تیمพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
<p>8. กิจกรรมการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยจำหน่าย (Discharge Planing)</p>	<p>โรคหรือข้อมูลทางด้านสุขภาพที่น่าสนใจในปัจจุบัน โดยการจัดกลุ่มสอน 10 – 15 คน มีการสาธิต การใช้สื่อ และอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีช่วยในการสอน ใช้สังคมและครอบครัวสนับสนุนระบบการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพโดยยึดถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในเรื่องการกิน การนอน การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้ถุงยางอนามัย ใช้กลูทซ์และ โปรแกรมกิจกรรมตัวชี้วัดในการวางแผนติดตามการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านหรือส่งต่อ</p> <p>8.1 การจำหน่ายกลับบ้าน วางแผนในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยร่วมมือกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลอื่นๆในทีมสุขภาพวางแผนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รู้กำหนดวันจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้หรือทักษะที่ต้องการตรงกันหลังจำหน่าย สอนผู้ป่วยถึงการดูแลหลังการจำหน่าย เตรียมความพร้อมจำหน่าย บอกแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยทราบ วางแผนข้อมูลการจำหน่ายในแฟ้มผู้ป่วย วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น สถานบริการ สังคม และเศรษฐกิจที่จำเป็นหลังการจำหน่าย ส่งเสริมการดูแลตนเอง</p> <p>8.2 การพยาบาลเพื่อการส่งต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลเพื่อตรวจและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประสานงานกับหอผู้ป่วยที่ย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อ รายงานอาการปัจจุบันของผู้ป่วยให้ทราบ แผนการรักษาที่ผ่านมาอย่างคร่าวๆ และแผนการรักษาของแพทย์ในปัจจุบัน ถ้าย้ายผู้ป่วยหนักไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ให้มีพยาบาลวิชาชีพตามไปส่งผู้ป่วยด้วย - การส่งรักษาต่อในสถานพยาบาลอื่น ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ เขียนใบส่งตัวผู้ป่วย จัดเตรียมเอกสารและสิทธิบัตรในการรักษา โดยประสานงานกับศูนย์ประกันสุขภาพ ขอเลขที่ส่งตัวผู้ป่วยและบันทึกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย อำนวยความสะดวกใน

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางตรงของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
	<p>ด้านการเดินทาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแนะนำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคม ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล และการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นระยะๆ ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคุกคามและดูแลความสุขสบาย ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความตาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก อำนวยความสะดวกหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการประกอบพิธีทางศาสนาหรืออนุญาตให้ญาติเฝ้าในวาระสุดท้าย ปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย ให้ลงนามการรับทราบข้อมูล <p>8.3 การพยาบาลผู้ป่วยถึงแก่กรรม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักและมีแนวโน้มว่าอาจเสียชีวิต ให้ญาติได้อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายตามประสงค์ ช่วยปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย อำนวยความสะดวกในด้านเอกสารและแนะนำขั้นตอนการรับศพ ดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมก่อนส่งห้องเก็บศพ</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบาราศนราดูร

ส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านการบริการของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบาราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
1.การเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในการรับผู้ป่วยใหม่ / รับย้าย	<p>เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่รับจากแผนกผู้ป่วยนอก (AB care) หรือการรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น หรือรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อการรักษาต่อ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆ เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยที่ต้องการย้ายผู้ป่วย เพื่อการวางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยใหม่ 1.2 การจัดเตรียมเตียง วัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ชุดรับใหม่ เพื่อความเหมาะสมในการรับผู้ป่วยใหม่ เช่นการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยเหนื่อยหอบที่รับใหม่ หรืออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ
2. การจัดเตรียมยาประเภทต่างๆ	<p>การจัดเตรียมยาประเภทต่างๆ สำหรับผู้ป่วยที่ดูแลรับผิดชอบโดยใช้หลัก Sterile technique ถูกต้องตามหลัก 6R ตามคู่มือการปฏิบัติงานของสถาบัน ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมยารับประทาน - การเตรียมยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดรวมทั้งยาเคมีบำบัด - การเตรียมยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง - การเตรียมยาสำหรับสูดพ่น
3. การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยพิเศษและผู้ป่วยสามัญ	<p>โดยการจัดนำอาหารจากแผนกโภชนาการ แจกให้ผู้ป่วยตามเวลา ให้อาหารเฉพาะโรคอย่างถูกต้องจนครบทุกเตียง</p>
4. การเตรียมให้อาหารทางสายยาง	<p>โดยการจัดเตรียมอาหารผสม ตามจำนวน และแยกอาหารเฉพาะโรคให้แก่ผู้ป่วย</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านการบริการของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
5. การนำสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ทางห้องปฏิบัติการ	โดยการเตรียมภาชนะและอุปกรณ์สำหรับใส่ Specimen ที่เก็บจากผู้ป่วยอย่างถูกต้อง บันทึกรายการที่ต้องการตรวจ ปิดผนึกให้เรียบร้อยก่อนส่งห้องปฏิบัติการ
6. การเตรียมของส่งหนึ่งและอบแก๊ส	โดยการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และบันทึกจำนวนของอุปกรณ์ก่อนนำส่งห้องจ่ายกลาง
7. การเตรียมเครื่องมือ ในการทำหัตถการทางการแพทย์	โดยการเตรียม set ผ้าปลอดเชื้อ อุปกรณ์และเครื่องมือในการทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะหลังใส่สาย drain เพื่อระบายน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยด้วยโรค Cryptococcal meningitis
8. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การขอส่งผู้ป่วยปรึกษาระหว่างแผนก การติดตามผลเร่งด่วนทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วน การตามเจ้าหน้าที่แปลเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
9. การรายงานแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วย	เป็นการรายงานอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพที่ผิดปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ให้แพทย์ทราบ
10.การเตรียมอุปกรณ์การดูแลสุขอนามัย	เป็นการจัดเตรียมของใช้ที่ใช้ในการทำมาสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่างๆ ให้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสม
11. การเตรียมข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	- เป็นการให้ข้อมูลของผู้ป่วยขณะตรวจเยี่ยม เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ในเวรต่อไป เป็นการเชื่อมก่อนการรับส่งเวรและก่อนการให้การดูแลผู้ป่วยทุกเวร รายงานอาการผู้ป่วยและอาการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรเพื่อนำไปวางแผนในการให้การพยาบาลในเวรต่อไป เช่น การประเมินอาการปวดศีรษะในผู้ป่วย Cryptococcal meningitis อาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยเอดส์

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านการบริการของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
12. การตรวจเยี่ยมพร้อมแพทย์และทีมสหสาขา	<p>เป็นการตรวจเยี่ยมพร้อมทั้งแพทย์หรือทีมสหสาขา เพื่อให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ</p>  <p>สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบาราศนราดูร

ส่วนที่ 3 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ สถาบันบาราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
1. การมอบหมายงานและการวางแผนการจัดอัตรากำลัง	เป็นการมอบหมายงาน โดยมีการระบุจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละเวรให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและเสริมอัตรากำลังตามเกณฑ์ที่ฝ่ายการพยาบาลอนุญาตให้จัดกระทำได้ในกลุ่มงานอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ โดยการจัดอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า RN:AID = 5:2 เวรบ่าย/ดึก RN:AID = 2 :2
2. การตรวจสอบสถานที่และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย	เป็นการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานที่กำหนดไว้เป็นระยะเพื่อค้นหาปัญหาและการเกิดภาวะเสี่ยง หาวิธีแก้ไข ปัญหา
3. การตรวจนับวัสดุ อุปกรณ์ และยาในรถ Emergency และในหน่วยงาน	ทำการตรวจนับ สํารวจจำนวนและความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และส่งซ่อมอุปกรณ์ที่ชำรุด โดยเฉพาะอุปกรณ์ในรถ Emergency ที่ต้องปฏิบัติตรวจนับในทุกเวร โดย <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจนับจำนวนวัสดุอุปกรณ์ เช่น ET tube ขนาดต่างๆ - ตรวจสอบยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น Adrenaline, Atropine - ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ เช่น Laryngoscope
4. การประชุมภายนอกและภายในหอผู้ป่วย	ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมในหอผู้ป่วย การประชุม PCT การประชุมความเสี่ยง เป็นต้น
5. การตรวจเช็ดยาควบคุมพิเศษที่ต้องใช้ เช่น Morphine , Pethidine	เป็นการตรวจนับยาซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษ โดยตรวจนับจำนวนยาที่ใช้ไปกับผู้ป่วย จำนวนยาที่เหลือ เพื่อทำการเบิกให้เหลือครบตามจำนวนเดิม
6. การเบิกยา วัสดุ ครุภัณฑ์	เป็นการเบิกยา วัสดุ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์จากคลังยา งานพัสดุ

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 3 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
<p>และอุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p>7. การทำความสะอาดและจัดเก็บยาและอุปกรณ์ต่างๆ</p> <p>8. การจัดเก็บอุปกรณ์และสิ่งแวดลอมให้สะอาดเรียบร้อย</p> <p>9. การตรวจเช็คและส่งซ่อมวัสดุ อุปกรณ์ชำรุด</p> <p>10. การตรวจรับยาประจำวัน</p> <p>11. การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลและการนิเทศงาน</p> <p>12. การตรวจเช็คตารางการให้ยา</p>	<p>และจ่ายกลาง ตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ นำอุปกรณ์ส่งจ่ายกลาง ตามวัน เวลาที่ระบุไว้ ตรวจเช็ควัน เวลาที่หมดอายุของอุปกรณ์ตามที่กำหนดเป็นมาตรฐาน</p> <p>เป็นการจัดเก็บยาและอุปกรณ์ที่สั่งซื้อหรือเบิกมาได้ แยกเป็นหมวดหมู่เพื่อเก็บเข้าที่ในหน่วยงาน</p> <p>เป็นการจัดเก็บอุปกรณ์ที่ใช้แล้วเพื่อทำความสะอาด การจัดสิ่งแวดลอมให้สะอาดเรียบร้อย การทำความสะอาดเคาน์เตอร์ ตู้ โต๊ะต่างๆ</p> <p>การตรวจนับและสำรวจความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และส่งซ่อมอุปกรณ์ที่ชำรุด</p> <p>เป็นการตรวจจำนวนยาที่รับมาจากการจัดของเภสัชกรห้องยาในแต่ละวัน</p> <p>เป็นการวางแผนงานตามแนวทางที่กำหนดจากกลุ่มการพยาบาล ตามแผนการนิเทศและการตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล</p> <p>เป็นการตรวจความถูกต้องและครบถ้วนจากการรับคำสั่งตาม order แพทย์ การให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกราย ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 4 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลบันทึกรายงานของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
1. การรับแผนการรักษา	- เป็นการรับแผนการรักษาของแพทย์ จัดทำ Kardex จัดทำตารางรายชื่อการให้ยา
2. บันทึกเบิกอาหารผู้ป่วย	- เป็นการจัดทำบันทึกการเบิกอาหารประจำวัน สำหรับผู้ป่วย แยกตามประเภทและโรคของผู้ป่วย
3. การบันทึกสารน้ำเข้า – ออกจากร่างกาย	- เป็นการบันทึกจำนวนของสารน้ำที่รับเข้าในร่างกายของผู้ป่วยและจำนวนที่ร่างกายขับออกมาในแต่ละเวรหรือทุก 8 ชั่วโมง
4. การเขียนบันทึกทางการ พยาบาล	- เป็นกิจกรรมการบันทึกที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหา/ความต้องการการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล ความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลใจการดูแลสุขภาพตนเอง บันทึกข้อมูลและรายงานอย่างชัดเจน กะทัดรัดได้ใจความสามารถสื่อในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพได้
5. การบันทึกสถิติผู้ป่วย ประจำวัน	- เป็นการบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ จำหน่ายโดยย้ายออก กลับบ้านหรือเสียชีวิต รายงานจำนวนประเภทของผู้ป่วย
6. การบันทึกเบิกวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์	- เป็นการทำบันทึกเบิกวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อใช้ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยให้เพียงพอในแต่ละเดือน
7. การบันทึกสัญญาณชีพลงใน ฟอร์มปรอท	- เป็นการบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงหรือในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่คงที่อาจต้องมีการบันทึกสัญญาณชีพบ่อยมากขึ้น
8. การบันทึกแบบประเมิน ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยรับ ใหม่	- เป็นการบันทึกแบบประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลในการประเมินแรกรับเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องทดลอง และการประเมินทางการพยาบาล

ชุดที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 4 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลบันทึกรายงานของทีมพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร (ต่อ)

กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
9. การสรุปสถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย	- เป็นการสรุปบันทึกทางการพยาบาล อาการของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวี/เอดส์ และสรุปการวางแผนก่อนจำหน่ายโดยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซักก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับสภาพความพร้อมด้านร่างกาย ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือความต้องการการส่งต่อเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน การลงทะเบียนจำหน่ายผู้ป่วยหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย
10. การคิดค่ารักษาพยาบาล	- เป็นการคิดค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ายา ค่าวัสดุทางการแพทย์และการทำหัตถการต่างๆในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อส่งให้ทางหน่วยงาน DRG ดำเนินเรื่องต่อไป
11. การลงบันทึก ICD – 10	- เป็นการลงบันทึก code โรคตามที่แพทย์สรุปการวินิจฉัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานประกันสุขภาพต่อไป
12. การนัด	- บันทึกการนัดผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยและใน computer พร้อม print ใบนัดให้ผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตึกผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลทางตรงตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตึกผู้ป่วยติดเชื่อ สถาบันบำราศนราดูร

วันที่.....เวลา.....

รหัส	พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง	ประเภทผู้ป่วย	ผู้ปฏิบัติ		ระยะเวลาเริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรม															จำนวนครั้ง	เวลารวม	เวลาเฉลี่ย	
			RN	AID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
D22	22. การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
D23	23. การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
D24	24. การเจาะเลือดปลายนิ้ว	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
D25	25. การเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตึกผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตึกผู้ป่วยติดเชื้ สถาบันบำราศนราดูร

วันที่.....เวลา.....

รหัส	พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมด้านบริการ	ประเภทผู้ป่วย	ผู้ปฏิบัติ		ระยะเวลาเริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรม															จำนวนครั้ง	เวลารวม	เวลาเฉลี่ย	
			RN	AID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
E1	1. การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
E2	2. การจัดเตรียมเตียง วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ชุดรับใหม่	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
E3	3. การเตรียมเข้ารับประทาน	A1																					
		A2																					
		A3																					
		B1																					
		B2																					
		B3																					
		C1																					
		C2																					
		C3																					
E4	2.2 การเตรียมญาติเข้าทางเส้นเลือดรวมทั้งขาเคมีบำบัด	A1																					
		A2																					
		A3																					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอัจฉรา อิ่มน้อย เกิดวันที่ 21 มกราคม 2503 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์) จากวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี
บำราศนราดูล เมื่อปี พ.ศ.2544 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีพ.ศ.2548 ปัจจุบันรับ
ราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูล นนทบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย