ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2552
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN CHILDREN WITH PNEUMONIA ON COST AND JOB SATISFACTION OF NURSING TEAM, PRIVATE HOSPITAL

Miss Busara Sriarunruangsaeng

ศูนย์วิทยทรัพยากร
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
Chulalongkron University
Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkron University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน
โดย	นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชุกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชุกูล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง : ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน. (EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN CHILDREN WITH PNEUMONIA ON COST AND JOB SATISFACTION OF NURSING TEAM, PRIVATE HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.สุชาดา รัชชุกูล, 149 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการอบรมและแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติของ Wilcoxon matched pairs signed – ranks Test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 40,805.80) น้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 46,952.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

2. ค่ามัธยฐานของความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Mdn. = 4.67) สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Mdn. = 3.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล ลายมือชื่อนิสิต บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ปีการศึกษา 2552 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5077840036 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : CASE MANAGEMENT/ CHILDREN WITH PNEUMONIA/COST/JOB SATISFACTION/NURSING TEAM

BUSARA SRIARUNRUANGSAENG : EFFECTS OF CASE MANAGEMENT IN CHILDREN WITH PNEUMONIA ON COST AND JOB SATISFACTION OF NURSING TEAM, PRIVATE HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. SUCHADA RATCHUKUL,RN,Ed.D., 149 pp.

The purpose of this quasi experimental research was to compare cost and job satisfaction of nursing team before and after using case management in children with pneumonia. Research sample consisted of 10 members of nursing team from pediatrics unit in Samitivej sukhumvit hospital consisted of professional nurse, practical nurse and 30 childrens with pneumonia. Research instruments were training plan, clinical pathway of pneumonia in children. Research data was obtained by cost record and job satisfaction of nursing team questionnaires and all instruments have been tested for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was .88. The data was analyzed by percentile, mean, standard deviation and Wilcoxon matched pairs signed – ranks test.

The major findings were as follow:

1. Cost of the children with pneumonia after using case management (Mdn. = 40,805.80) was significantly less than before (Mdn. = 46,952.10) at the level .05.

2. The median score nursing team job satisfaction of group using case management in children with pneumonia (Mdn. = 4.67) was significantly higher than before experiment (Mdn. = 3.57) at the level .05.

Field of Study : Nursing Administration Student's Signature BUSARA SRIARUNRUANGSAENG

Academic Year : 2009 Advisor's Signature : Suchada Ratchukul

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความเมตตากรุณาและความดูแลอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชุกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เป็น “ครู” ผู้ที่ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนการให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้เครื่องมือมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ ความรู้ ความช่วยเหลือในการศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ตลอดจนกำลังใจที่ได้รับจาก คณาจารย์ทุกท่าน ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าสถาบันกุมารเวช โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ตลอดมา และขอขอบคุณพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และมีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณบุคคลที่รักยิ่งทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจและเฝ้ารอความสำเร็จ ของผู้วิจัยด้วยความปิติยิ่ง ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคทั้งมวลจนสำเร็จการศึกษา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 5

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

ขอบเขตการวิจัย..... 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11

โรงพยาบาลเอกชน..... 11

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาล..... 16

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี..... 19

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก..... 34

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย..... 47

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน..... 50

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 61

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 66

หน้า

3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 71
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 75
ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย..... 76
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 82
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 83
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... 84
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 85
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ..... 90
สรุปผลการวิจัย..... 91
อภิปรายผลการวิจัย..... 91
ข้อเสนอแนะ..... 95
รายการอ้างอิง..... 96
ภาคผนวก..... 105
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 106
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย..... 108
ภาคผนวก ค โครงการจัดอบรม..... 122
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 128
ภาคผนวก จ ประเมินผลการอบรม..... 137
ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามความพึงพอใจ..... 140
ภาคผนวก ช ภาพแสดงกิจกรรมต่างๆในการทำวิจัย..... 146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 149

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี……	68
2	จำนวนร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลและประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็ก...	70
3	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลเมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้จริง……..	76
4	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยรวมและค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย……	86
5	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำแนกเป็นรายคู่……	87
6	เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี……	88
7	เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำแนกรายด้าน.....	89

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประกอบกับการที่ประชาชนมีความรู้และมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานและความคุ้มค่าของบริการที่จะได้รับ โดยเฉพาะจากการปฏิรูประบบสุขภาพมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและให้มีการดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงขึ้น ดังนั้นในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 จึงได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม และมีความสมดุลพอดีที่มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ส่งผลให้ประชาชนเริ่มมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วยในการรับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้องค์กรสุขภาพมีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับทิศทางในระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาและการบริการไปพร้อมๆ กัน จึงจำเป็นที่ทีมการพยาบาลจะต้องศึกษาระบบบริการในการดำเนินเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลด้วย ดังนั้นองค์กรจึงต้องพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการประหยัดค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันยังคงดำรงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ โดยเป็นโรคปอดอักเสบมากถึงร้อยละ 8-10 ของเด็กที่มารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ (สมฤดี ชัยวีระวัฒนะ, 2550) ซึ่งปอดอักเสบเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายถึงร้อยละ 52 ของเด็กที่ติดเชื้อปอดอักเสบ (W H , 1 9 9 8) ทั่วโลกพบว่ามีเด็กที่เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละกว่า 4 ล้านคน และส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (สุภรี สุวรรณจูฑะ และคณะ, 2547) ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและประสบปัญหาโรคปอดอักเสบในเด็กเช่นกัน จากสถิติโรคที่เด็กเจ็บป่วย

ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากใน 5 อันดับแรก พบว่าโรคปอดอักเสบอยู่ในอันดับที่หนึ่ง (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2551) โดยแต่ละปีมีเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ คือในปี 2548 มีเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวม 74,768 คนและในปี 2549 มีมากขึ้น 76,520 คน (ธวัช สุนทราจารย์, 2551) สำหรับโรงพยาบาลเอกชนพบว่า อัตราการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละในปีเช่นกันโดยเพิ่มจากจำนวน 201 รายในปี 2550 เป็น 287 ราย ในปี 2551 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ของจำนวนที่เข้ารับการรักษา (คณะกรรมการเวชระเบียน โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2551) ซึ่งปอดอักเสบเป็นโรคที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานประมาณ 3 -5 วันหรือเฉลี่ย 4 วัน ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูง มีการตรวจทางห้องทดลองและต้องใช้อุปกรณ์และเวชภัณฑ์มาก ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงโดยอยู่ระหว่าง 45,000-75,000บาท ต่อคนหรือเฉลี่ยคนละ 60,000 บาท (โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2551) ซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง การที่ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อสุขภาพที่แพงขึ้นจึงเป็นตัวเสริมแรงให้ประชาชนมีการเรียกร้องคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพมากขึ้น และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการบริการด้านระบบการพยาบาลที่ใช้อยู่เพื่อให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม (Cost effectiveness) มากยิ่งขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายคือค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายา ค่าอุปกรณ์เวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ (อุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2544) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ภาวะวิฤตทางเศรษฐกิจ ตลอดจนระบบประกันสุขภาพที่เข้ามามีบทบาทในการควบคุมคุณภาพบริการ รวมทั้งประชาชนคำนึงถึงจุดคุ้มทุนและความคาดหวังต่อบริการสูงขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อการบริหารงานของระบบบริการสุขภาพ

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้โรงพยาบาลต่างมีการปฏิรูประบบบริหารที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ องค์การด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยน และพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน มีการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากร เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งองค์กรที่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต่างถือว่าบุคลากรเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญ เพราะความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรได้ ความพึงพอใจในงานจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการบริหารงานบุคคล เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในงานสูงผลงานย่อมสูงตามไปด้วย (Wolf and Orem,1994) เพราะความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยสำคัญ

ต่อผลผลิต (Marriner, 1982) ดังนั้นหากพยาบาลมีความพึงพอใจในงานย่อมหมายถึงผลผลิตทางการพยาบาลมีคุณภาพตามมาด้วย ซึ่งความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทนที่เป็นความพึงพอใจ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก กระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงาน รวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบายขององค์กรด้วย (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2544) ซึ่งความสำเร็จส่งผลให้บุคลากรเกิดความมั่นใจ ความภาคภูมิใจและ รู้สึกมีอิสระในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (พิสมัย คุณาภรณ์, 2546) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจในงานก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมแสดงออกทางลบได้แก่ การขาดงาน นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อพยาบาลไม่สามารถทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลตามที่ตนเองมุ่งหวังได้ อาจทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และตามมาด้วยการลาออกของพยาบาลมากขึ้น (Swansburg and Swansburg, 2002) ซึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sheder et al. (2001) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญต่อการโอนย้ายงานของพยาบาลคือ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

โดยที่การทำงานของพยาบาลมีลักษณะการทำงานแบบหน้าที่ พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ๆ ได้รับมอบหมาย โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยตามขอบเขตความสามารถทำให้ไม่มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมาใช้ในกระบวนการดูแล ทำให้พยาบาลขาดความต่อเนื่องในการดูแล ไม่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการประกอบกับค่าใช้จ่ายที่สูงนี้ส่งผลให้ทีมการพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการตามความพึงพอใจของผู้ป่วย และหาแนวทางลดค่าใช้จ่ายให้ลดลง รวมทั้งลดอัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการอีก ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันในเรื่องการบริการสูง ทำให้เพิ่มภาระงานของทีมการพยาบาล ในขณะที่พยาบาลทั่วประเทศขาดแคลน มีอัตราการลาออกโอนย้ายเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 8.61 (กฤษดา แสวงดี, 2547) โดยมีสาเหตุจากภาระงานมากขึ้นและปริมาณงานไม่สมดุลกับจำนวนพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า เครียดและตามด้วยการลาออก เฉพาะการลาออกหรือโอนย้ายในปี 2551 มีอัตราร้อยละ 16 และ ในปี 2552 มีร้อยละ 12 (ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, 2552) ซึ่งเป็นข้อมูล และตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ว่าองค์การนั้นยังมีพยาบาลส่วนหนึ่งยังไม่พึงพอใจในงาน และอาจส่งผลให้คุณภาพบริการลดลงได้ จากการสำรวจความพึงพอใจองค์การของโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทในปี 2551 พบว่าทีมการพยาบาลมีความพึงพอใจองค์การเพียง

ร้อยละ 43 (ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, 2551) ซึ่งจำเป็นต้องหาวิธีการและแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมการพยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น เพราะหากทีมการพยาบาลรู้สึกภาคภูมิใจในงานของตนจากความสำเร็จของงานย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจและความมั่นคงในงานของตนมากขึ้น (Ganong อ้างถึงใน ณัฐนุกูล ผกาภรณ์รัตน์, 2542) ดังนั้นความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลเป็นกุญแจสำคัญของการทำงานที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

ปัจจุบันการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลเอกชนนิยมใช้วิธีมอบหมายงานเป็นทีม (Team assignment method) ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ทำให้ทีมการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายต้องมีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบขาดความต่อเนื่อง ไม่รู้จักผู้ป่วยและขาดความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลได้อย่างชัดเจน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2537) แต่จากนโยบายสาธารณสุขกำหนดให้มีมาตรฐานในการรับรองคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาลและมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาเพื่อลดขั้นตอนการบริการและพัฒนาระบบบริการด้านคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น (จงจิตร ทองเครือ, 2546) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละองค์กรจึงมีการรวมกลุ่มของบุคคลต่างๆ เพื่อที่จะทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ต้องมีการประสานงาน มอบหมายงาน และดำเนินงาน โดยการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้นและช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพิ่มขึ้น คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Thelan, 1998)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Powell, 2000) มีความร่วมมือกันของบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผนดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานและกำกับการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้และภายในเวลาที่กำหนด และใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เป็นแนวทางในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผลการทำงานมี

ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจด้วย ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย (ANA, 1991 อ้างถึงใน Powell, 1996) ช่วยลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นหรือที่ซ้ำซ้อน ส่งผลให้จำนวนวันนอนสั้นลงและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Goode, 1995) มีการนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปศึกษาอย่างกว้างขวางและพบว่าส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cohen and Cesta, 1993) นอกจากนี้ระบบนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแล (Clinical pathway) ที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเกิดการบริการที่สะดวกรวดเร็วอีกด้วย (Cabello, 1999)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าหากใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล ได้หรือไม่อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และเพิ่มมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหรือไม่

2. ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลภายหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คุณภาพการดูแลสูงขึ้นและมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้การร่วมมือของการพยาบาลเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันซึ่งเรียกว่า Clinical pathway และมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Cohen and Cesta, 1993) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากจะทำให้คุณภาพบริการสูงขึ้น แล้วยังทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงด้วย (Powell, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนเข่าและข้อสะโพกโดยใช้ Clinical pathway ทำให้คุณภาพการพยาบาลสูงกว่า และใช้ต้นทุนน้อยกว่าการดูแลโดยใช้แผนการพยาบาล (Ireson, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Micheels et al. (1995) ที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Michal et al. (1996) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และจากการศึกษาของ จิราพร สิมากร (2544) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พบว่าจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายน้อยลงหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับมากขึ้น และกฤษณา นราพันธ์ (2544) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบการจัดการรายผู้ป่วยเช่นกัน

จากเหตุผลดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐาน ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. **ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและ ทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล

2. **กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 30 คน และทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

3. **ตัวแปรที่ศึกษา** คือ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) หมายถึง แนวทางหรือแผนการในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบซึ่งเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ที่ทีมการพยาบาลร่วมกันสร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยและผลลัพธ์ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการพยาบาล นับตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการกำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Clinical pathway) และมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Powell (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1. **การคัดเลือกผู้ป่วย** หมายถึง ผู้จัดการรายกรณีทำการพิจารณาเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชายหรือเพศหญิงที่อายุ 1 - 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และแพทย์รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

1.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ

1.3 บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้

2. **การประเมินปัญหา** หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ โดยรวบรวมข้อมูลหลายๆ แหล่ง ทั้งผู้ป่วย

ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย การประกันสุขภาพต่างๆ รวมทั้งสิทธิและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือสนับสนุน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาทิศทางการให้บริการโดยทีมการพยาบาลร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

3. **การประสานงาน** หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมวางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่าย หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยกับทีมการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลพยาบาลประสบความสำเร็จ โดยกำหนดวิธีการ ผู้ให้บริการ ระยะเวลาและสถานที่ให้บริการรวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วย โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4. **การติดตามการดูแล** หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดตามและกำกับให้แผนการดูแลผู้ป่วยได้นำไปดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดไว้ รวมทั้งส่งต่อหรือแจ้งแผนการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลผู้รับช่วงการดูแลในเวรต่อไป เพื่อทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

5. **การตรวจสอบประเมินผล** หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและทำการประเมินสภาพซ้ำหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำการตรวจสอบคุณภาพการดูแล ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งให้คำปรึกษาหรือประสานงานการดูแลกับทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และบันทึกความก้าวหน้าผลการดูแลผู้ป่วย

6. **การประเมินขั้นสุดท้าย** หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำการประเมินแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้าน ประเมินสภาพผู้ป่วย ความต้องการช่วยเหลือ และทบทวนแหล่งประโยชน์ เพื่อประสานการดูแลอย่างครบถ้วนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีหน้าที่คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ทีมการพยาบาลร่วมกันกำหนดเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางในการวางแผนดูแลรักษา และการนำแผนการดูแลผู้ป่วยมาดำเนินการโดยประสานงานกับทีมการพยาบาล มอบหมายงานให้พยาบาลตามแผนการดูแล อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วย ประสานงานกับทีมการพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน ทำการ

บันทึกหากมีความแปรปรวนเกิดขึ้นและแจ้งให้ทีมการพยาบาลทราบ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขความแปรปรวนและทำการติดตามควบคุมให้เป็นไปตามแผนการดูแล ร่วมกับทีมการพยาบาล

แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ทีมการพยาบาลร่วมกันกำหนดในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ตั้งแต่แรกเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดแผนการดูแลผู้ป่วยของ Cohen and Cesta (1996) ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรมคือ ผลที่คาดหวัง (Outcomes) การประเมินและการให้คำปรึกษา (Assessment /Consult) การทดสอบและเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Specimen/Test) การให้ยา (Medication) โภชนาการ (Nutrition) กำหนดกิจกรรม (Activity) การให้ความรู้ (Education) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge plan) และให้การดูแลทางอารมณ์และสังคม (Psychosocial)

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้านอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ตั้งแต่เริ่มรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์การจำแนกค่าใช้จ่ายของ อุษาวดี อัศดรวิเศษ (2544) และวราภรณ์ ปัณณวลี (2546) ซึ่งประกอบด้วย ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าการพยาบาล ค่าตรวจรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค และค่าแม่บ้าน

ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 1 ถึง 5 ปี ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชกรรมว่าป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

ความพึงพอใจในงาน หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกทางบวกของทีมการพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ที่มีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นการจัดการบริการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถประเมินได้ตามการรับรู้ของทีมการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Slavitt et al. (1978) ดังนี้

1. **ความเป็นอิสระในการทำงาน** หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของทีมการพยาบาลที่ได้ใช้ความคิดอิสระในการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โดยใช้กระบวนการพยาบาลสามารถแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์

การใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการร่วมกันค้นหาปัญหา วางแผนแก้ปัญหา และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

2. **ลักษณะงาน** หมายถึง ความรู้สึกของทีมการพยาบาลที่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็ก มีโอกาสได้วางแผนงาน กำหนดเป้าหมายและประเมินผลงานด้วยตนเอง รวมทั้งมีโอกาสได้พัฒนาความรู้ ความสามารถและพัฒนาการดำเนินงานที่ปฏิบัติ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการปฏิบัติงาน

3. **ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน** หมายถึง ความรู้สึกของทีมการพยาบาล ในการทำงานเป็นทีมและเกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความเชื่อถือไว้วางใจ และบรรยากาศในการทำงานอบอุ่นเป็นมิตรระหว่างผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วย

ทีมการพยาบาล หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม โดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานเป็นเวรละ 8 ชั่วโมง เพื่อให้การดูแลพยาบาลมีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

โรงพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่ได้จดทะเบียนขออนุญาตดำเนินกิจการบริการด้านสุขภาพกับกองประกอบโรคศิลป์ ที่ให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการทั้งชาวไทยและต่างชาติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลพิจารณาใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการการพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน
   - 1.1 ประเภทโรงพยาบาลเอกชน
   - 1.2 แนวทางการบริหารโรงพยาบาลเอกชน
   - 1.3 ขนาดโรงพยาบาล
   - 1.4 โครงสร้างองค์การการพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาล
   - 2.1 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเฉพาะราย
   - 2.2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลตามหน้าที่
   - 2.3 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีม
   - 2.4 รูปแบบการบริการพยาบาลเจ้าของไข้
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 3.1 ความหมาย แนวคิด และหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 3.2 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 3.3 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี
   - 3.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 3.5 ขั้นตอนและการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้
   - 3.6 ข้อดีและข้อเสียของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
   - 3.7 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก
5. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
   - 5.1 ความหมายของค่าใช้จ่าย
   - 5.2 การจัดกลุ่มและการจำแนกประเภทของต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย
   - 5.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย

6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน
   6.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน
   6.2 ความสำคัญของความพึงพอใจในงาน
   6.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน
   6.4 องค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน
   6.5 ทีมการพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการบริการเสริมภาครัฐที่ไม่สามารถจัดบริการให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนโดยทั่วไป มี 2 ประเภท คือ แบ่งตามลักษณะการให้บริการ และ แบ่งตามลักษณะการเป็นเจ้าของ กรรมสิทธิ์และกองทุนที่ได้รับการอุดหนุน โรงพยาบาลเอกชนเปิดให้บริการด้านสุขภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้บริการด้านการรักษาที่ได้มาตรฐานในทุกสาขาการแพทย์ มุ่งเน้นคุณภาพ และประสิทธิภาพด้านการรักษาพยาบาล ผสมผสานควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเหล่านี้จะช่วยลดภาระของรัฐบาลและทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (สมชาติ โตรักษา, 2546) โดยทั่วไปโรงพยาบาลเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการทางการแพทย์ครบทุกด้าน

1.1 ประเภทโรงพยาบาลเอกชน

ประเภทโรงพยาบาลเอกชนสามารถจำแนก 2 ลักษณะ (สมบูรณ์ ขัตติยะสุวงศ์, 2543)

1.1.1 แบ่งตามลักษณะการให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1.1.1 สถานพยาบาลทั่วไป (General hospital) มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก โดยให้บริการรักษาพยาบาลในด้านต่างๆ อาทิ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตกแต่ง กุมารเวชกรรม วิสัญญี รังสีวิทยา จิตเวช สูติ-นรีเวชกรรม หู คอ จมูก การให้บริการต่างๆ เช่น บริการตรวจเอ็กซเรย์ บริการขนส่งผู้ป่วยทั้งรีบด่วนและทั่วไป บริการตรวจเอ็กซเรย์ บริการตรวจสุขภาพ กายภาพบำบัด เป็นต้น

1.1.1.2 สถานพยาบาลเฉพาะโรค (Specialize hospital) ให้บริการรักษาเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง อาทิ โรคหัวใจ สูติ-นรีเวชกรรม

1.1.2 แบ่งตามลักษณะการเป็นเจ้าของ กรรมสิทธิ์ และกองทุนที่ได้รับการอุดหนุน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1.2.1 โรงพยาบาลเอกชนไม่มุ่งแสวงหากำไร ในประเทศไทยโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งผลกำไรมีจุดเริ่มมาจากองค์การทางศาสนาหรือมูลนิธิ ซึ่งบางแห่งตั้งมานานเป็น 100 ปี และมีขนาดของโรงพยาบาลแตกต่างกันตั้งแต่ 10 - 800 เตียง ส่วนมากโรงพยาบาลขององค์การศาสนาได้รับเงินสนับสนุนจากผู้เลื่อมใสศรัทธา และกองทุนจากองค์การศาสนาในต่างประเทศ มีมูลนิธิคอยช่วยเหลือด้านการเงิน นโยบายการบริหารมีการคำนึงถึงการอยู่รอดและเรื่องกำไรขาดทุนน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน

1.1.2.2 โรงพยาบาลเอกชนมุ่งแสวงหากำไร โรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งแสวงหากำไรดำเนินการตามรูปแบบบริษัทที่มีขนาดไม่เกิน 30 เตียง จะไม่แยกแผนก เน้นหนักในการรักษาอย่างเดียว และมีแพทย์รับผิดชอบ ส่วนมากจะเน้นการรักษาเป็นหลัก เช่น แผนกศัลยกรรม แผนกสูตินรีเวช แผนกอายุรกรรม และแผนกกุมารเวชกรรม เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงรับผู้ป่วย 50 เตียงขึ้นไป ส่วนมากจะแยกแผนกอย่างสมบูรณ์เหมือนกับโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วไป จะต่างกันบ้างในเรื่องของการเผยแพร่การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชน เผยแพร่ความรู้ในด้านการแพทย์ให้กับประชาชน

1.2 แนวทางการบริหารงานโรงพยาบาลเอกชน

จากอัตราการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบันทำให้ปริมาณการครองเตียงของโรงพยาบาลต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมีผลต่อการลงทุน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การลดราคา การคิดค่าใช้จ่ายแบบ package หรือแม้แต่การรวมกลุ่มพันธมิตร เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองราคาเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เพื่อทำให้โรงพยาบาลอยู่รอด นอกจากนี้โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีการจัดโปรแกรมตรวจสุขภาพในราคาประหยัด เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรในองค์การอย่างคุ้มค่า บางแห่งเข้าสู่ระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยประกันสังคมเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งพยายามที่จะพัฒนาให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอกประเทศ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและดึงดูดใจให้ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการมากขึ้น (สุพัตรา มะปรางหวาน, 2546) นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ได้พยายามปรับปรุงการบริการของตนเองให้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด หรือเกิดความประทับใจต่อโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการอื่นๆ รับรู้คุณภาพการบริการจากการพูดปากต่อปาก

1.3 ขนาดโรงพยาบาล

โครงสร้างของโรงพยาบาลเอกชนมีขนาดต่างกัน ตามขอบเขตและปริมาณงาน แยกตามขนาดของโรงพยาบาล สรุปได้ดังนี้ (ฉัตรสุมน พฤติภิญโญ, 2546; สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, 2546)

1.3.1 โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก (จำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง) มีฝ่ายบริหารที่ดำเนินงานด้านต่างๆ ทุกประเภท งานฝ่ายบริหารมีการแบ่งงานหรือขอบเขตงานเป็นทางการ แต่ทำงานในลักษณะครอบครัวช่วยเหลือกัน ทำให้บุคคลทำงานซ้ำซ้อน งานด้านบริหารงานบุคคล ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง ไม่มีฝ่ายการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพขึ้นตรงต่อหัวหน้าฝ่ายบริหารหรือผู้อำนวยการในการบริหารงานด้านบุคคล

1.3.2 โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง (มีจำนวนเตียงผู้ป่วยระหว่าง 101-199 เตียง) มีปริมาณงานด้านบริการมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีการจัดรูปแบบองค์การและการแบ่งขอบเขตของงาน แบ่งการทำงานเป็นแผนกตามลักษณะงานมากขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีฝ่ายพยาบาลแต่ขึ้นตรงต่อฝ่ายบุคคล

1.3.3 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 200 เตียงขึ้นไป) มีการจัดรูปแบบองค์การและแบ่งขอบเขตงานชัดเจน มีโครงสร้างการบริหารงาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และหน่วยปฏิบัติงานที่มีหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ดูแลกำกับการปฏิบัติงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลบริหารงานทั้งหมดตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารหรือคณะกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการบอร์ดจะประกอบด้วยผู้ลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่มีผู้อำนวยการเป็นประธาน

1.4 โครงสร้างองค์การพยาบาล

โครงสร้างองค์การ (Organization structure) หมายถึง ภาพรวมขององค์การที่เป็นทางการ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างงาน อำนาจการบังคับบัญชาตามตำแหน่งงาน ขอบเขตการควบคุม และช่องทางการติดต่อสื่อสาร องค์การพยาบาลเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยบุคลากรพยาบาลทุกระดับเพื่อร่วมกันดำเนินพันธกิจขององค์การ ลักษณะโครงสร้างองค์การพยาบาลที่ดีมีลักษณะดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2551)

1.4.1 สายการบังคับบัญชา (Hierarchy or line authority) สายการบังคับบัญชาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้ตำแหน่งงานและอำนาจบังคับบัญชาที่ลดหลั่นเป็นระดับ

1.4.2 ขอบเขตการควบคุม (Span of control) จำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาที่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารแต่ละตำแหน่ง

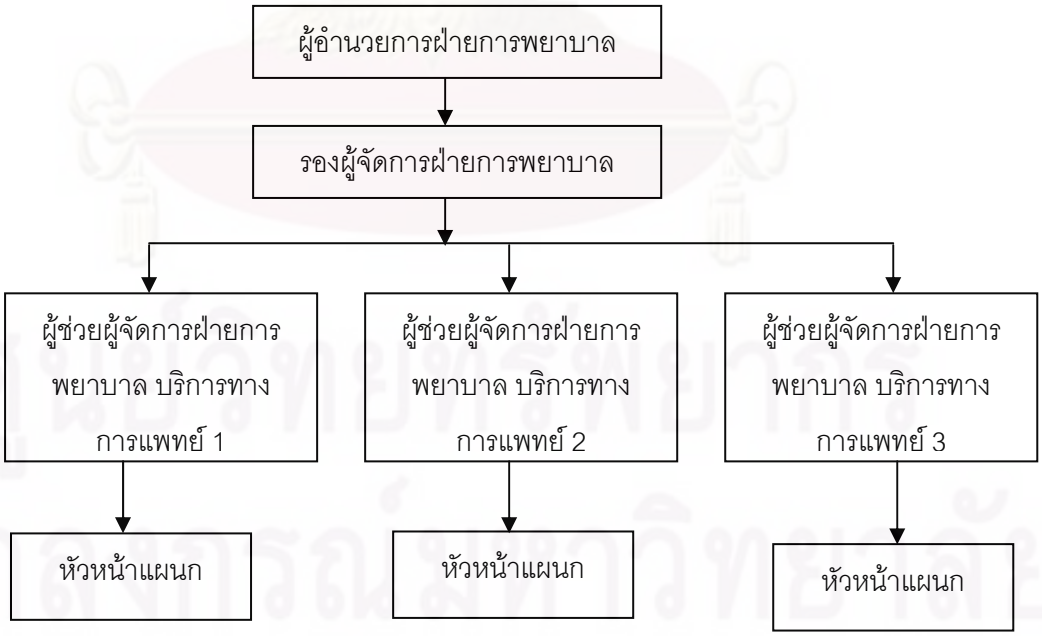
1.4.3 ตำแหน่งหลักและตำแหน่งช่วย (Line position and staff position)

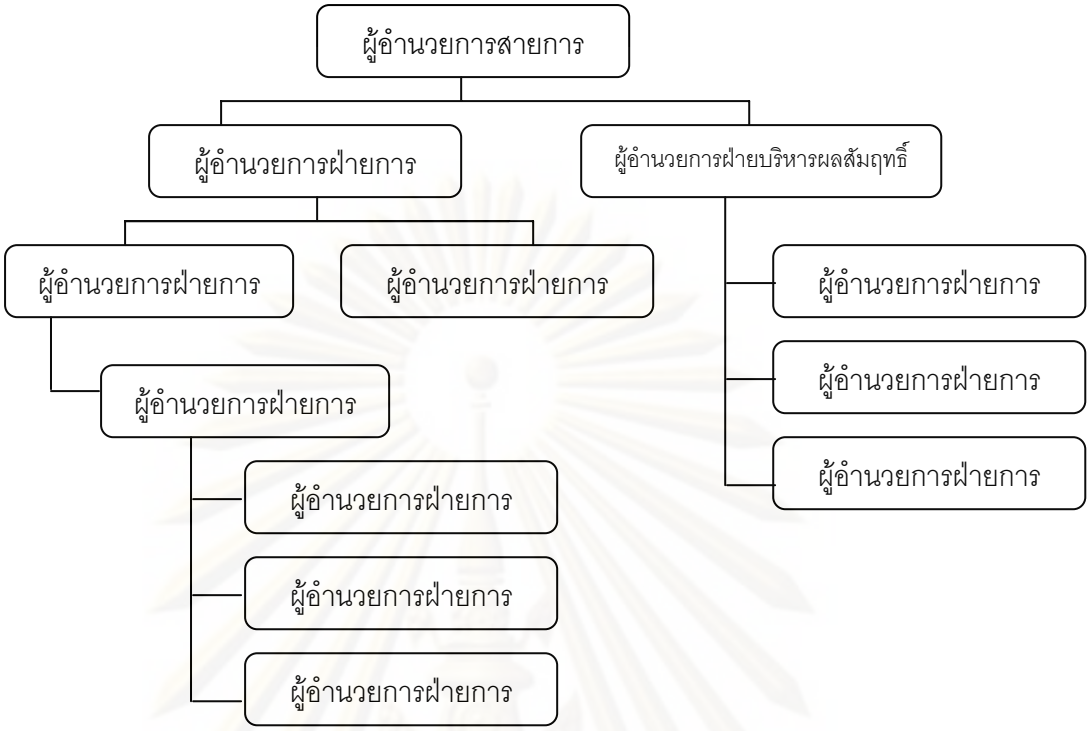
1.4.4 เอกภาพในการบังคับบัญชา (Unity of command) หมายถึง อำนาจสั่งการตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้บังคับบัญชา การสั่งการที่ดี ผู้บังคับบัญชา ไม่ควรสั่งการข้ามระดับชั้นสายบังคับบัญชาเพราะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสับสนในคำสั่งที่ได้รับจากผู้ใต้บังคับบัญชาหลายๆ คน

1.4.5 ช่องทางการติดต่อสื่อสาร (Channel of communication) โครงสร้างองค์การพยาบาลที่ดี ต้องกำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เอื้ออำนวยในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในองค์การและระหว่างหน่วยงานภายนอกองค์การ

ปัจจุบันองค์การธุรกิจต่างๆ พยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับการแข่งขันในโลกยุคใหม่ โดยเฉพาะการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง องค์การมีลักษณะการกระจายอำนาจมากขึ้น เป็นโครงสร้างกระจายตามฝ่ายงาน โรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันด้านกลยุทธ์ มีการปรับโครงสร้างองค์การพยาบาลดังนี้ ผู้วิจัยยกตัวอย่างโครงสร้างฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ดังนี้

โครงสร้างฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท





โครงสร้างฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพญาไท

สรุปโรงพยาบาลเอกชนสามารถจำแนกได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น ตามลักษณะการให้บริการ ตามลักษณะการบริหารงาน เป้าหมายหลักของโรงพยาบาลเอกชนคือการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะเกิดขึ้นจากการบริการประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล ความสะดวกสบายและบรรยากาศ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และโครงสร้างองค์การพยาบาลของแต่องค์การจะมีลักษณะที่ไม่เหมือนกันและมีลักษณะที่เป็นเฉพาะตัวสำหรับแต่ละองค์การ ซึ่งความแตกต่างแต่ละองค์การนี้เกิดขึ้นจากรูปแบบของแต่ละองค์การที่แตกต่างกันไป รวมทั้งการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูง และปัจจัยภายในต่างๆ ของแต่ละองค์การ นอกจากนี้โครงสร้างองค์การยังขึ้นอยู่กับกิจกรรมและความสามารถหลักของแต่ละองค์การ ดังนั้นโครงสร้างองค์การของแต่ละแห่งจึงมีความเป็นเอกลักษณ์และมีความเฉพาะตัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาล

ปัจจุบันการจัดบริการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบโดยอาศัยการจัดบุคลากรและมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การจัดบริการพยาบาลในรูปแบบใดต้องขึ้นอยู่กับ

สถานที่ การบริหารงานทางการพยาบาล และสอดคล้องกับการเพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาลในสภาพบริการพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย (Spitzer-Lehmann, 1944 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ อุจะรัตน, 2541) โดยทั่วไปรูปแบบการจัดบริการพยาบาล มีดังนี้

2.1 **รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเฉพาะราย** (Case method) เป็นระบบการดูแลที่เก่าแก่ที่สุด เริ่มใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเริ่มนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1900 เป็นการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล โดยพยาบาลจะได้รับผู้ป่วยครั้งละ 1 คน ต่อระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในหอผู้ป่วยหนักช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ

ข้อดี

คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลได้แสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่

ข้อเสีย

คือ สิ้นเปลืองเครื่องมือ เครื่องใช้และต้องใช้พยาบาลจำนวนมากในการทำงาน พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยทุกคน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

2.2 **รูปแบบการจัดบริการพยาบาลตามหน้าที่** (Functional method) เป็นที่นิยมใช้แพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นจึงมีการฝึกฝนบุคลากรที่มิใช่พยาบาลเพื่อทำหน้าที่ในกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ความรู้มาก เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนทำงานตามหน้าที่ โดยเน้นการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วยเพียง 1-2 อย่างตามขอบเขตความสามารถ

ข้อดี

คือ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ใช้บุคลากรน้อยสามารถทำการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี การมอบหมายงาน การตรวจสอบความก้าวหน้าของงานและการประเมินผลงานทำได้ง่ายและสะดวก

ข้อเสีย

คือ พยาบาลไม่พึงพอใจต่องาน เนื่องจากไม่มี ผู้รับผิดชอบโดยตรงทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่มีความภาคภูมิใจในการทำงาน และไม่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน ผู้ป่วยไม่พึงพอใจเนื่องจากขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสับสนเพราะผู้ให้บริการมีหลายคน การให้การพยาบาลขาดความต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน

การพยาบาลถูกแบ่งออกเป็นส่วนๆ ไม่มีความรับผิดชอบโดยตรง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้บริการของพยาบาล และไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวมได้

2.3 **รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีม** (Team method) เป็นการจัดบริการพยาบาลเป็นกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เริ่มใช้เมื่อปี ค.ศ.1950 จากการพยายามแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นโดยนำพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม เมื่อมีปัญหาต้องแก้ไข หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนร่วมกับลูกทีม โดยการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษาการติดตามและการประเมินผลและการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ให้การดูแลตลอดจนการสื่อสารให้ผู้ร่วมทีมมีความเข้าใจในแผนการปฏิบัติงาน การร่วมปรึกษาหารือและการอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกันพัฒนาทีมงาน

ข้อดี

คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงาน มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงาน เสริมสร้างความสามัคคี กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสีย

คือ อาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงานและใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม และเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกขาดความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะทำให้ระบบการทำงานเป็นทีมล้มเหลวซึ่งทีมจะประสบความสำเร็จได้ต้องขึ้นกับการตั้งเป้าหมายร่วมกันของสมาชิกทีมทุกคน ในทีมงานมีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเสรี โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น มีภาวะผู้นำ มีการแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องและเป็นเอกฉันท์สมาชิกทีมมีความไว้วางใจกันและมีการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของสมาชิกทีม พบว่าความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นทีมมีความสำคัญในการปฏิบัติงานในรูปแบบทีม (ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์, 2546)

2.4 **รูปแบบการบริการพยาบาลเจ้าของไข้** (Primary nursing method) เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเริ่มคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกการมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพการพยาบาล การค้นหาเอกสิทธิ์วิชาชีพการพยาบาลได้เริ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นโดยจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายโดยไม่เปลี่ยนแปลงผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่นำการพยาบาลเฉพาะรายมาใช้ โดยพยาบาลจะต้องให้

การพยาบาลผู้ป่วยคนเดิมทุกครั้ง และบันทึกการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลคนอื่นสามารถดูแลได้เมื่อไม่ขึ้นเวร

ข้อดี

คือ เป็นรูปแบบที่ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความชำนาญในการแก้ปัญหามีความคิดสร้างสรรค์ในการให้การพยาบาล เป็นลักษณะการพยาบาลที่สมบูรณ์และต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ารูปแบบอื่น

ข้อเสีย

คือ เนื่องจากต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและต้องใช้การประสานงานที่ดีเพื่อไม่ให้การรักษาพยาบาลล้มเหลว (Marriner, 1996)

สรุปรูปแบบการจัดบริการพยาบาลมีหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น ต่างก็มุ่งให้เกิดประโยชน์ เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลหรือคุณภาพที่ดีในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จะแตกต่างกันก็ตรงที่แต่ละรูปแบบจะมีวิธีการจัดการ มีการบริหารภายในองค์กรที่แตกต่าง ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเป็นทีม ซึ่งมีข้อดี คือ ทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของงาน แต่ข้อเสียพบปัญหาในการปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการตรวจสอบงานและใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และความสามารถอย่างสูงในการเป็นหัวหน้าทีม โรงพยาบาลมีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยพิทักษ์สิทธิ์และผลประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ มีข้อดีในด้านดูแลที่ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงและความรับผิดชอบของรูปแบบทีมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนของทีมที่มีผู้นำที่มีความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1 ความหมาย แนวคิด และหลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.1.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

American Nurse Association : ANA (1991) ได้ให้ความหมาย Case management ว่าเป็นกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย คือ การให้การดูแลสุขภาพที่มี

คุณภาพ ลดการแยกการให้บริการที่เป็นส่วนๆ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

Kathleen (1992) ได้ให้ความหมายเป็นแนวคิดที่ง่ายๆ ในลักษณะรวม ซึ่งมีจุดสำคัญคือ ต้องมีการประสานร่วมมือ สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ครอบครัว และกลุ่มอื่นๆ อย่างครอบคลุม ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

Wolk and Sullivan (1994) กล่าวว่า Case management เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือในการให้บริการโดยมี กระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์ให้การบริการ

Zander (1998) ได้กล่าวว่า Case management เป็นการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำไปสู่การเน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดและมีการบริหารสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มจัดการทางการพยาบาลที่เหมาะสม

Powell (2000) ได้ให้ความหมายของ Case management ว่าเป็นกระบวนการให้ความร่วมมือในการประเมินผล การวางแผนดำเนินการปฏิบัติประสานงาน ติดตามประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

จากความหมายทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ เน้นการประสานการดูแลกับทีมวิชาชีพในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายของการดูแลโดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

3.1.2 แนวคิด และหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบหรือแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยค่าใช้จ่ายเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนอง

ความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการกำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดรูปแบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ บุคลากรพึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ยังเน้นการจัดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยการใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

3.2 ลักษณะและรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า โดยมีลักษณะดังนี้ (Spitzer- Lehmann, 1994)

1. เป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. การวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม
3. เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยบางประเภท
4. เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative practice) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า Clinical pathway และมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย หรือตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดแนวทางการดูแลจะทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาลและที่สำคัญคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้
5. เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรูปแบบการดูแลแบบเดิม ได้คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case method) รูปแบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional method) แต่โดยปกติจะใช้ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing method)

6. การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

7. ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและปรึกษากับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย หากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (Variants) เกิดขึ้นที่แตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้

3.3 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี

บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญมากเพราะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญทางคลินิก ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรดังนี้ (Flarey, 1995)

1. เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมในเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมผู้ป่วย ตลอดจนรูปแบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงิน

3. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้

4. พัฒนาแผนการดูแลประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

5. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

7. ควบคุมการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

8. เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

9. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินการจัดการผู้ป่วยรายกรณีด้วย

3.4 องค์ประกอบ และการดำเนินการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3.4.1 องค์ประกอบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

1. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Collaborative practice) รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ซึ่งมีการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

2. เครื่องมือที่สำคัญใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหรือกลุ่มอาการ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆ ที่เหมือนกัน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามรูปแบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagostic Related Group (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay : ELOS)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (Aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นหรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็นวัน หรือชั่วโมงหรือสัปดาห์

3. ผู้จัดการรายกรณี จากข้อสรุปของการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศต่างๆ พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist) บางแห่งก็ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีแต่จะต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี (Lynn et al.,1993)

3.4.2 การดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้ (Elaine Toni, 1993; เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543)

1. ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital base) ลักษณะการดำเนินการตามรูปแบบ Case management ลักษณะนี้นอกจากจะดำเนินการตามองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดังกล่าวแล้ว จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) ด้วย รวมทั้งมีการทบทวนว่าคุ้มค่าคุ้มทุน (Utilization review) และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement)

2. ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit base) การดำเนินการอาจจะดำเนินการใน 1-2 หน่วยงานเท่านั้นไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3. ดำเนินการในชุมชน (Community based) การดำเนิน Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management based) มีจุดมุ่งเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรค จะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่เริ่มอาการจนกระทั่งสิ้นสุด เป็นการให้สุขศึกษาและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

สรุปองค์ประกอบหลักการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มี 3 ประการ คือ การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ แผนการดูแลผู้ป่วยและผู้จัดการรายกรณี ซึ่งการดำเนินการ มีทั้งดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ในหน่วยบริการบางหน่วย ในชุมชน หรือดำเนินการจัดการรายโรค ทั้งนี้การนำไปใช้ขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

3.5 ขั้นตอนและการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้

การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการดูแลผู้ป่วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบที่เป็นทางเลือกของการให้การพยาบาลทางสุขภาพที่แยกเป็นส่วนๆ รูปแบบทางเลือกนี้ใช้การประสานการบริการของทีมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารในรูปแบบการดูแลที่เขียนขึ้นร่วมกัน และเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสารของทีมผู้ดูแลรักษา ทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง ไม่เกิดการซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลง การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) อาจเป็นการจัดทำขึ้น โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) หรือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) ซึ่งรูปแบบที่จัดทำโดยหน่วยงานหนึ่งอาจพบว่ามีปัญหาและไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นแต่ละหน่วยงานจึงควรพัฒนาหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมของตนเอง

การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่ควรนำมาจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย คือ

1.1 กลุ่มที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน

1.2 กลุ่มที่ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

1.3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

1.4 กลุ่มที่มีแผนการรักษาที่มีความแตกต่างกันมาก

1.5 กลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคมที่โรงพยาบาลต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย

1.6 กลุ่มที่นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน

นอกจากนี้ยังอาจพิจารณาตามหลักเกณฑ์อื่นๆ เช่น กลยุทธ์ที่ต้องการให้มีการร่วมมือกันของแพทย์หลายๆ สาขา หรือสาขาวิชาชีพอื่น จึงมักเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลรักษาหลายสาขาวิชาชีพ เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยติดเอดส์ เป็นต้น

2. จัดตั้งทีมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เลือก โดยสมาชิกของทีมแต่ละคนเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นทีมร่วมกันกำหนด Clinical pathway เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เลือก

3. กำหนดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นกำหนดกิจกรรมที่เกิดขึ้นในคลินิก ตามเวลาที่กำหนด โดยแบ่งเป็นช่วงเวลา ซึ่งโดยมากเป็นรายวัน

4. กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา สำหรับใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

5. สรุปเป็นแผนการหลังเสนอให้สมาชิกพิจารณาหรืออาจใช้วิธีอื่นๆ ที่กลุ่มเห็นเหมาะสมข้อสำคัญวิธีนั้นๆ ต้องเป็นวิธีที่สมาชิกเห็นชอบด้วย

6. การเขียน Clinical pathway เป็นขั้นตอนต่อจากการที่แผนการดูแลได้รับความเห็นชอบจากสมาชิกในทีม รูปแบบการเขียนอาจมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปลักษณะของแผนการดูแลจะเขียนในรูปตาราง โดยแต่ละคอลัมน์แสดงกิจกรรมตามแผนการดูแลในแต่ละช่วงประเด็นหรือเนื้อหาที่จะนำมาเขียนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

6.1 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา ผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่

6.2 การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่างๆ

6.3 การส่งตรวจต่างๆ

6.4 รายการยาต่างๆ

6.5 ชนิดอาหาร

6.6 กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพ

6.7 ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วย

6.8 การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่นๆ

7. การวางแผน Clinical pathway เป็นขั้นตอนที่นำ Clinical pathway มาทบทวนอีกครั้ง โดยการต่อรองกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนที่กำหนด เพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังมีความเป็นไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

<u>ประโยชน์ของ Clinical pathway</u>

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลากหลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้นลดความซ้ำซ้อนของเอกสารทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชา

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดเวลาการดูแลรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. เป็นเครื่องมือสำหรับบูรณาการตามมาตรฐานวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม

5. ใช้เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยทดแทนแผนการดูแลทางการพยาบาลซึ่งทำให้ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้ดีขึ้น

6. การมีแผนที่ชัดเจนทำให้ทีมงานทั้งหมดทราบความคาดหวังของแพทย์และตอบสนองความคาดหวังดังกล่าวได้

7. ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่เกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความมั่นใจ

8. ลดความแปรปรวนของการดูแลรักษา

9. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

10. สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีการที่แตกต่างได้ง่ายขึ้นนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการดูแลรักษา และผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

11. ใช้เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการ

12. ผู้ประกอบวิชาชีพได้มีโอกาสปรึกษาหารือ และทบทวนความรู้ซึ่งกันและกันขจัดปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

13. องค์กรวิชาชีพมั่นใจว่ามีการดำเนินการตามแนวทางการดูแลรักษาที่กำหนดไว้

14. สังคมรับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีผลต่อผู้ป่วย และเชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษาขององค์กร

15. โรงพยาบาลและผู้บริหารมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ 2 การประสานงาน

การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาปฏิบัติในหน่วยงานจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด การประสานงานทำได้โดยการจัดให้ผู้รับผิดชอบซึ่งมักจะมอบหมายให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานโดยทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้

1. ในการประสานงานกับผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีจะติดต่อกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้ Clinical pathway ให้ผู้ป่วยเข้าใจเริ่มใช้ Clinical pathway ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ป่วยรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนและให้ความช่วยเหลือตลอดจนการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งติดตามผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการรายกรณีจะตามแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผนสำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามกำกับ

การติดตามกำกับให้การดำเนินของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องสำคัญ การกำกับติดตามนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามมีกิจกรรมคือผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือผู้จัดการรายกรณี ทบทวน Clinical pathway ทุก 24 ชั่วโมง กับพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ เป็นไปตามที่กำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้จัดการรายกรณีจะเข้าร่วมในการวางแผนเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือการบันทึกและการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์การติดตามเกี่ยวกับความแปรปรวนที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ ความแปรปรวน (Variance) ได้แก่ ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวรแต่ละวันกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ใน Clinical pathway ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลตรวจสอบเป็นระยะๆ ถ้าพบความแปรปรวนต้องหาสาเหตุว่าเกิดจากสาเหตุใด ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพหรือตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการจำหน่าย ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป

2. สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้

3. สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลของการดูผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการประเมินค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

สรุป การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการให้บริการของทีมสุขภาพที่เน้นการประสานความร่วมมือ การติดต่อสื่อสารของทีม และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยแนวคิดการดูแลเชิงจัดการ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างองค์รวม เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) และผู้จัดการรายกรณี

3.6 ข้อดีและข้อเสียของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแต่ยังพบว่ามีข้อดีและข้อเสียหลายประการดังนี้ (Wise, 1995; Bemhard and Walsh, 1995)

<u>ข้อดี</u>

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินไป
2. สามารถลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลงได้มาก เพราะมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
3. รูปแบบการจัดการด้านผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยรู้วิธีการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ และผู้ป่วยจะมารับบริการติดตามผลการรักษาเฉพาะเรื่องที่จำเป็น
4. พยาบาลมีความพึงพอใจในตนเองและในการทำงานมากขึ้นและเป็นโอกาสในการขยายบทบาทหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น

<u>ข้อเสีย</u>

1. รูปแบบของการดำเนินการในรูปแบบนี้มากมายจนกระทั่งบุคคลและองค์การเกิดความไม่แน่ใจว่ารูปแบบที่ดีที่สุดควรจะเป็นเช่นใด
2. ขาดการวิจัยที่ชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่ได้ของการดำเนินงานในรูปแบบนี้
3. การดำเนินการของรูปแบบนี้ บางเรื่องซ้ำซ้อนกับการบริการของวิชาชีพอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์

4. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยไม่มีความรู้ความสามารถเพียงพอก็จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

5. ถ้าพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินไป ก็จะทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความเชี่ยวชาญ ก็จะทำให้งานขาดประสิทธิภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีข้อดีมุ่งเน้นกิจกรรมเต็มรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมากกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นการประสานการดูแลกับวิชาชีพอื่นและรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้องโดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง บริหารค่าใช้จ่ายการดูแล โดยการลดการแบ่งงานออกเป็นส่วนๆ รวบรวมงานให้เป็นหมวดหมู่ และให้มีเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อหวังผลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

โดยสรุปเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ไม่มีวิธีการใดที่จะดีที่สุดโดยไม่มีข้อบกพร่อง การพิจารณาเลือกใช้รูปแบบใดจึงควรคำนึงถึงความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละองค์กร ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพพยาบาล มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล

3.7 กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ (Bower, 1992)

1. ค้นหา คัดสรรผู้ป่วย
2. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
3. วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย
4. วางแผนร่วมกันของทีมสหสาขา
5. ดำเนินการใช้แผน
6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล
7. จำหน่ายผู้ป่วย
8. ทบทวนกระบวนการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Powell (2000) ได้กล่าวถึง กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี และมีข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

2. การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment and problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้วผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้อาจมาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางการให้บริการผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินด้านการเงินว่าผู้ป่วยมีการประกันสุขภาพ สิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่ และการประเมินถึงด้านจิต สังคมด้วย

3. การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan) หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้ว ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลานานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากร โดยแผนการรักษานั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4. การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามเวลาที่กำหนดไว้และปัญหาต่างๆ จะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่วางแผนไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้ด้วย

5. การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งเพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเป็นการประเมิน

ตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอย่างไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

6. การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องการประเมินสภาพใหม่และประเมินผลใหม่ (Continuous monitoring, reassessing, and reevaluation)

Coeur (1996) กล่าวถึงขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสภาพ คือ

1.1 ต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทันทีตั้งแต่เริ่มแรก ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ

1.2 ผู้จัดการรายกรณีจะกำหนดบทบาทตนเองและกิจกรรมที่จะทำ

1.3 ผู้ป่วยต้องยินยอมที่จะเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1.4 ต้องมีการรายงานหรือให้ข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

1.5 หาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ นายจ้าง ผู้จ่ายเงิน

1.6 ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยใช้บริการด้านสุขภาพ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน แผนการรักษา

1.7 ต้องทราบว่าผู้ป่วยเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ทางเลือกในการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยต่างๆ

1.8 ต้องเข้าใจและเห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม การติดต่อสื่อสารในทันทีและต่อเนื่องว่าเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. การวางแผน เมื่อประเมินสภาพสมบูรณ์แล้ว ผู้จัดการรายกรณีจะวางแผนการพยาบาล ซึ่งแผนการพยาบาลที่สมบูรณ์จะช่วยให้การประสานงานการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แผนการพยาบาลนี้ควรเป็นแผนที่มีคุณภาพเหมาะสม ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) ให้กับผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และแผนการพยาบาลนี้จะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสมาชิกในทีมสหสาขาและผู้จ่ายเงินด้วย ซึ่งแผนการพยาบาลที่สมบูรณ์จะต้องมีเป้าหมายร่วมกันและวัดได้

3. การดำเนินการ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดำเนินการประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี ทักษะการเจรจาต่อรอง เป็นนักประสานงาน เป็นทนายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยของตนเองได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า

4. การประเมินผล ขั้นตอนนี้ไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้าย ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินประสิทธิผลของแผนการดูแล ว่าแผนเป็นไปตามที่วางไว้หรือไม่ ผู้ป่วยและครอบครัวพอใจกับการดูแลที่ได้รับหรือไม่ แผนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้หรือไม่ ซึ่งถ้าพบว่ามีอาจจะต้องทบทวนแผนการดำเนินการใหม่

จากแนวคิดต่างๆ ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Powell (2000) มาดัดแปลงและประยุกต์ใช้ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย คือ การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามคุณลักษณะกำหนดภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

2. การประเมินปัญหาผู้ป่วย คือการรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเจ็บป่วย จากหลายแหล่ง เช่นผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนโดยทีมสุขภาพประเมินเป็นรายบุคคล

3. การประสานงาน คือ การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน และแก้ไขปัญหา

4. การดำเนินการตามแผน

5. การติดตามผลและประเมินซ้ำ

6. การประเมินครั้งสุดท้ายก่อนกลับบ้าน

โดยสรุปการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าแต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ไม่มีวิธีการใดจะดีที่สุด การพิจารณาเลือกใช้รูปแบบใดจึงควรคำนึงถึงความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละองค์กร ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยกำหนดให้ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพพยาบาล มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล

4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

ปอดอักเสบเป็นการอักเสบของเนื้อปอดชั้นในสุด ซึ่งทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุด (Terminal respiratory bronchiole) และถุงลมปอด (Alveoli) เต็มไปด้วย exudate ทำให้ปอดไม่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ ปอดอักเสบพบในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่มารับการตรวจรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ โรคนี้จัดว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยทารก (สมฤดี ชัยวีระวัฒนะ, 2550) อาการของโรคมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น ไข้หวัดนำมาก่อน (Kids Health Organization, 2004) หากได้รับการดูแลไม่ดีเชื้อก็จะลุกลามไปยังอวัยวะส่วนปลายของระบบหายใจที่อยู่ใกล้เคียงทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบขึ้น ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย พิการแต่กำเนิด อายุน้อย เป็นต้น หรือจากการไปพบแพทย์ช้า เมื่อไปถึงก็มีอาการรุนแรงมากจนมีภาวะหายใจล้มเหลวและอาจให้การดูแลรักษาไม่ทันท่วงที ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้การดูแลรักษาต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยปอดอักเสบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและสามารถให้การรักษาพยาบาลได้ถูกต้องและทันท่วงที เพื่อให้เด็กรอดชีวิตและไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจตามมา เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง เป็นต้น

4.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอักเสบ

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง เชื้อโรค และสภาพแวดล้อม ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ โดยเริ่มแรกเชื้อก่อโรคจะอยู่ในหลอดลมแต่ยังไม่ทำให้เกิดโรค (Tracheal colonization) เยื่อเมือกและเยื่อบุทางเดินหายใจชนิดที่มีเซลล์ (Ciliated respiratory epithelium) จะพยายามกำจัดเชื้อโรคออกจากทางเดินหายใจ แต่ถ้าเชื้อโรคนั้นมีจำนวนมากและรุนแรง ร่างกายจะเริ่มต่อต้านเชื้อโดยใช้ภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ เช่น antibody, complement, phagocytes และ cytokines ทำให้เกิดการอักเสบและทำลายเนื้อปอดไปด้วย เช่น เชื้อstreptococcus pneumoniae สร้างสาร pneumolysin กระตุ้นcomplement ทำให้เกิดการอักเสบได้มากและทำให้เซลล์ของร่างกายตายได้ นอกจากนี้เชื้อบางชนิด เช่น staphyloccus aureus ที่เข้าสู่กระแสเลือด

4.2 ระบาดวิทยา

ในเด็กเล็กพบได้บ่อยกว่าและอาการรุนแรงกว่าในเด็กโต โดยอุบัติการณ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบประมาณ 30-40 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี และลดเหลือ 10-20 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปีในเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี (Sandora et al., 2005) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ในประเทศกำลังพัฒนาและทั่วโลกมีเด็กที่เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 4 ล้านคนต่อปี (**สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค,** 2548) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ สภาพครอบครัวที่แออัด เศรษฐฐานะต่ำ ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับควันบุหรี่ และโรคพื้นฐานที่เป็นอยู่ก่อน เช่น Broncho Pulmonary Dysplasia (BPD), gastoesophageal reflux เป็นต้น อุบัติการณ์ของปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ (Recurrent pneumonia) พบได้ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยเด็กที่เป็นปอดอักเสบทั้งหมด โดยทั่วไปภายหลังจากเกิดปอดอักเสบประมาณ 4 สัปดาห์ ภาพรังสีทรวงอกมักจะกลับเป็นปกติ ถ้าไม่หายต้องนึกถึงภาวะ persistent pneumonia

4.3 สาเหตุการเกิดโรคปอดอักเสบ

เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุได้บ่อย (Community acquired pneumonia) แบ่งตามอายุดังนี้ (หฤทัย กมลาภรณ์, 2550)

แรกเกิด - 3 เดือน	ส่วนใหญ่เป็นจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น S. pneumoniae, S.aureus, gr.B streptococcus อาจเป็นจากไวรัส
3 เดือน - 5 ปี	มักเป็นจากไวรัส ส่วนใหญ่เป็น RSV, S. pneumoniae และ H. Influenzae
มากกว่า 5 ปี	ส่วนใหญ่เป็นจาก Mycoplasma pneumoniae, S. pneumoniae อาจพบRSV, Chlamydia pneumoniae ได้

ปอดอักเสบสามารถแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้

1. แบ่งตามสาเหตุที่ทำให้เกิด

1.1 ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส (Viral pneumonia) เชื้อไวรัสที่พบบ่อยในทารก ได้แก่ Respiratory Syncytial Virus (RSV) ซึ่งทำให้เกิดอาการรุนแรงในทารกมากที่สุด มักระบาดในฤดูหนาว รองลงมา คือเชื้อ Parainfluenza virus type 2 และ3 พบได้ตลอดทั้งปี ไม่สัมพันธ์กับการระบาดของโรคปอดอักเสบ มีบ้างที่เกิดจากเชื้อ Adenovirus ถ้าเกิดจากเชื้อนี้มักจะทำให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ มักพบในฤดูหนาว

1.2 Bacterial pneumonia

1.2.1 Pneumococcal pneumonia เกิดจากเชื้อStreptococcus pneumoniae ซึ่งเป็น cocci gram บวก เป็นโรคปอดบวมที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ถ้าเป็นเฉพาะกลีบเรียกว่า lobar pneumonia แต่ในเด็กเล็กมักจะเป็นกระจายทั่วปอดเรียกว่า bronchopneumonia หรือ disseminated pneumonia เมื่อเชื้อเข้าไปถึงถุงลมในปอดจะทำให้เยื่อบุอักเสบมี exudate เกิดขึ้น เชื้อ streptococcal pneumonia มักไม่ทำลายเยื่อบุถุงลมนี้และไม่ค่อยลุกลามไปถึง interstitial tissue ของปอด เชื้ออาจผ่านทางท่อน้ำเหลืองไปยัง visceral pleural ทำให้มีน้ำหรือหนองในช่องปอด โดยปกติเชื้อนี้ไม่ทำให้เกิด tissue necrosis และมักหายได้เรียบร้อยเสมอ

1.2.2 Staphylococcus pneumonia เกิดจากเชื้อ Staphylococcus เป็นโรคร้ายแรงในเด็กอัตราตายสูง พบในเด็กทุกอายุ แต่ที่พบบ่อยคือในเด็กเกิดใหม่และเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี โรคนี้อาจเกิดเองโดยหายใจเข้าปอดโดยตรงหรือเป็นจาก septicemia ที่มีเชื้ออยู่ในเลือด เช่น impetigo, furunculosis, local abscess ที่ศีรษะหรือตามตัวเด็กเชื้อนี้มีลักษณะสำคัญคือ ทำลายเนื้อปอดได้มาก โดยมี necrotinizing exotoxin จึงทำให้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เช่นเกิดฝีในปอด และถ้าฝีนั้นอยู่ใกล้ visceral pleura ก็อาจแตกเข้าสู่ช่องปอดทำให้เกิด empyema, pneumothorax หรือ pyo-pneumothorax ได้ หรือทำให้เกิด pneumatocoeles เล็กหรือใหญ่ได้หลายๆ อัน บางรายเกิด tension pneumothorax จาก pneumatocoeles แตก ทำให้ผู้ป่วยตายภายในเวลาอันรวดเร็ว (Bernstein & Shelov, 1996; Carl, 1997)

1.2.3 Streptococcal pneumonia ปัจจุบันพบน้อย มักพบตามหลังการติดเชื้อไวรัส เช่น หัด ไข้หวัดใหญ่ทอนซิลอักเสบ มีน้ำในช่องปอดได้ง่าย

1.2.4 Klebsiella pneumpnia มีน้อย มักพบในเด็กป่วยที่อยู่ที่โรงพยาบาลแล้ว หรือขาดสารอาหาร

1.2.5 Pneumonia จากเชื้อ pseudomonas พบได้น้อย มักเป็นในเด็กที่ป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว เช่น leukemia ผู้ป่วยที่ต้องใช้ respirator และcompromizing host

1.3 ปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อ Mycoplasma pneumoniae

เกิดจากเชื้อ Mycoplasma pneumoniae มักเกิดในกลุ่มคนที่อยู่กันหนาแน่น เช่น ในคุกในโรงเรียนกินนอน ค่ายกักกัน ค่ายทหาร พบน้อยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี อายุที่พบบ่อยคือ 10-25 ปี ติดต่อโดยการไอ จาม หรือหายใจรดกัน ระยะฟักตัวของโรคนี้ประมาณ 1-3 สัปดาห์

1.4 ปอดอักเสบจากพยาธิ (Parasitic pneumonia) เช่น E. histolytica

1.5 ปอดอักเสบจากเชื้อรา (Fungal pneumonia) เช่น Candida aspergillus, Cryptococcus neoformans

1.6 ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia) เช่น สำลักน้ำคร่ำ สำลักสารเคมี

1.7 ปอดอักเสบจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี (Hypostatic pneumonia) เช่น ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องนอนบนเตียงนานๆ

2. แบ่งตามตำแหน่งที่เกิด

2.1 การอักเสบของเนื้อปอดเป็นหย่อมๆ (Bronchopneumonia)

2.2 การอักเสบของเนื้อปอดเป็นกลีบ (Lobar pneumonia)

2.3 การอักเสบของเนื้อปอดในผนังของถุงลม (Interstitial pneumonia)

3. แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก่อนหลัง

3.1 ปอดอักเสบในระยะแรก (Primary pneumonia) เป็นการอักเสบของปอดที่ไม่มีพยาธิสภาพของโรคอื่นมาก่อน

3.2 ปอดอักเสบในระยะหลัง (Secondary pneumonia) เป็นการอักเสบของปอดที่มีพยาธิสภาพอื่นๆ อยู่มาก่อน เช่น มีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบนก่อน การติดเชื้อในกระแสเลือด

4.4 การติดต่อของโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบจะติดต่อทางระบบหายใจ ซึ่งเชื้อจะเข้าสู่ระบบหายใจเด็กโดยการหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่เข้าไปโดยตรงจากการไอ จาม รดกันของผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจหรือการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหวัดหรือโรคระบบทางเดินหายใจ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

4.5 อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

อาการและอาการแสดงที่ทำให้นึกถึงโรคปอดอักเสบได้แก่ อาการไข้ ไอ หายใจเร็ว หรือหายใจหอบ (Marilyn and David, 2009)

1. มีอาการไข้ ในผู้ป่วยที่เริ่มด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน และมีไข้สูงนานให้นึกถึงภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย

2. อาการไอ ในผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบมักจะมีอาการไอมาก ยกเว้นเด็กที่มีการขาดสารอาหารขั้นรุนแรง อาจไม่มีอาการไอหรือไอน้อยมาก เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. หายใจเร็ว เป็นอาการเริ่มแรกของปอดอักเสบ เนื่องจากมีภาวะการขาดออกซิเจนในเลือด องค์การอนามัยโลกได้สรุปและรวบรวมผลการศึกษาวิจัยเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วทั่วโลก และได้แนะนำให้ใช้อัตราการหายเร็วกว่าปกติในแต่และอายุเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคปอดบวม โดยนับอัตราการหายใจใน 1 นาที และจะบอกว่าเร็วในเกณฑ์ ดังนี้

1) อัตราการหายใจ มากกว่า 60 ครั้ง/นาที ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน

2) อัตราการหายใจมากกว่า 50 ครั้ง/นาที ในเด็กอายุ 2 เดือนถึง 1 ปี

3) อัตราการหายมากกว่า 40 ครั้ง/นาทีในเด็กอายุ1-5 ปี

ในเด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 2 เดือน อาจหายใจเร็วกว่า60 ครั้ง/นาทีเป็นพักๆ ได้โดยไม่มีความผิดปกติอะไร ในเด็กเล็กควรมีการนับอัตราการหายใจซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง

4. หายใจหอบ เหนื่อย โดยสังเกตลักษณะของการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมากกว่าปกติและจะเห็นมี retraction ของทรวงอกบริเวณ suprasternal, subcostal, xiphisternum

5. มีอาการแสดงทางปอด ที่บ่งชี้ถึงสภาพของเนื้อปอดที่เริ่มแข็งตัวกว่าปกติ ได้แก่ เสียง bronchial breath sound, vocal fremitus, และ vocal resonance ที่เพิ่มขึ้นเสียง crepitation ซึ่งอาจร่วมกับเสียง sonorous rhonchi

6. Pleuropulmonary pain เป็นความเจ็บปวดเฉียบพลันชัดเจน และเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนถูกมีดแทงเป็นๆ หายๆ และเวลาหายใจลึกๆ จะทำให้เจ็บปวดมากขึ้น เกิดจากการมีการกระตุ้นปลายประสาทที่มาเลี้ยงเยื่อบุผนังทรวงอก

7. อาการท้องอืด เนื่องจากมีอาการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณล่างที่ติดกับ diaphragm

8. อาการแสดงอื่นๆ ที่บ่งถึงภาวะป่วยหนักเช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง และไม่มีแรงร้อง อาการแสดงถึงภาวะช็อค เช่น ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว

4.6 การวินิจฉัยโรค

เด็กที่มีอาการของโรคปอดอักเสบ ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ดังนี้

1. จากประวัติความเจ็บป่วย อายุของเด็ก ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก อาการและอาการแสดง แบ่งเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น 2 กลุ่ม (แนวทางการบริบาลโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจในเด็กของประเทศไทย, 2549)

1.1 เด็กอายุ 2 เดือนถึง 5 ปี การวินิจฉัยจะใช้ประวัติ ไข้ ไอ หอบ ร่วมกับการตรวจร่างกาย ซึ่งแต่เดิมใช้การฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) โดยใช้หูฟังไม่ดีพอ การนับอัตราเร็วของการหายใจจะสามารถเป็นตัววินิจฉัยได้ดีกว่าหูฟัง โดยใช้จุดกำหนดตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปสำหรับเด็กอายุ 2-11เดือน และ 40 ครั้งต่อนาทีสำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี การนับอัตราการหายใจจะต้องนับเวลาที่เด็กสงบ ไม่ร้อง และครบ 1 นาที สำหรับอาการไข้ไม่เป็นข้อบ่งชี้ว่าปอดอักเสบรุนแรงหรือไม่ ดังนั้นในเด็กกลุ่มนี้อาการไอหรือหายใจลำบากซึ่งเกิดเฉียบพลัน ถ้านับอัตราการหายใจได้เร็วกว่าปกติอย่างเดียว ถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบไม่รุนแรง ถ้ามีไอร่วมกับหายใจมีหน้าอกส่วนล่างบุ๋ม (Lower chest indrawing) แสดงว่าเป็นโรคปอดอักเสบรุนแรง โดยผู้ป่วยมักมีอาการอันตรายที่แสดงให้เห็นร่วมด้วย คือ ไม่ดื่มนม น้ำ ซึมมาก ชัก หายใจเข้ามีเสียงดังฮืด (Stridor) หรือมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

1.2 เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ในทารกปกติจะหายใจเร็วและมีหน้าอกบุ๋มได้เล็กน้อย ดังนั้นในเด็กกลุ่มนี้จึงใช้อัตราการหายใจตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป หรือมีหน้าอกบุ๋มเป็นอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกราย อาการอื่นที่แสดงว่ารุนแรงมากได้แก่ ดูดนมน้อยลงมาก ซึมมาก มีไข้ หรือตัวเย็น ชัก หายใจมีเสียงฮืด (Stridor) หรือมีเสียงหวีด (Wheezing) อาจมีอาการเขียวหรือหยุดหายใจเป็นพักๆ

2. จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

2.1 การตรวจ CBC คือการตรวจเพื่อนับเม็ดเลือดขาวและแยกชนิดเม็ดเลือดขาวในเลือด เม็ดเลือดขาวมักสูงในรายที่เกิดจากแบคทีเรีย และต่ำในรายที่เกิดจากไวรัส

2. 2 การวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ

2.3 การย้อมสีจากเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่งจาก nasopharynx

2.4 การตรวจหา antigen ในสิ่งคัดหลั่งจาก nasopharynx จะช่วยในการวินิจฉัยไวรัสบางชนิดได้ เช่น RSV, adenovirus, influenza และ parainfluenza viruses เป็นต้น

2.5 การส่งน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด โดยย้อมสี

2.6 การเพาะเชื้อในเลือด

4.7 การรักษาโรคปอดบวม

การรักษาโรคปอดอักเสบ โดยการให้ยาปฏิชีวนะต้องพิจารณาตามความจำเป็น หลักเกณฑ์ในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

โดยทั่วไปใช้หลักการพิจารณาถึงสาเหตุของเชื้อที่สำคัญ โดยพิจารณาจากตัวผู้ป่วยเอง สภาพแวดล้อม ได้แก่ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และข้อมูลของ seasonal incidence ของเชื้อในชุมชนนั้นๆ ซึ่งวิธีการรักษา มีแนวทาง ดังนี้ (Kumar, McKean MC, 2004)

1. ในกลุ่ม newborn ตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 วัน เชื้อที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด pneumonia ได้แก่ beta-hemolytic streptococus group B และ Gram negative enteric bacilli antibiotic ที่นิยมใช้ได้แก่ penicillin G ในขนาด 50,000 ถึงแสนยูนิต/กก./วัน ร่วมกับ gentamicin ในขนาด 2.5 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้ากล้ามหรือเข้าหลอดเลือด ทุก8-12 ชั่วโมง

2. เด็กอายุตั้งแต่ 3-7 วัน ควรนึกถึงสาเหตุจากเชื้อ staphylococcus coaglase positive ไว้ด้วย ยาปฏิชีวนะที่นิยมใช้ได้แก่ penicillin

3. เด็กอายุ 7 วันถึง 3 สัปดาห์ เชื้อที่พบมักเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ได้แก่ streptococcus pneumoniae, H.influenzae type B, staphylococcus coagulase positive ยาปฏิชีวนะที่นิยมใช้ได้แก่ ampicillin 50-75 มก./กก./วัน ทางปากให้ทุก 6-8 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหรืออาการเลวลงอย่างรวดเร็ว เช่นไข้ยังสูงอยู่ควรตรวจร่างกายซ้ำอย่าง

4. กลุ่มอายุ 3 สัปดาห์ – 3 เดือน นึกถึงเชื้อ group B streptococci และ gram negative bacilli พิจารณาให้ Penicillin G Sodium (PGS) หรือ ampicillin ทางหลอดเลือดดำร่วมกับ aminoglycosides หรือเลือกให้ยากลุ่ม cephalosporin รุ่นที่ 3 เช่น cefotaxime หรือ ceftriaxone นาน 10-14 วัน เป็นต้น ถ้ามีหลักฐานว่าเป็นgram negative bacilli ให้ยานาน 14-21 วัน

5. กลุ่มอายุ 4 เดือน- 4 ปี โดยมากมักมีสาเหตุจากเชื้อไวรัส เช่น RSV (พบบ่อยในประเทศไทย ช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม) parainfluenza virus (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม) ส่วน adenovirus และ influenza นั้นพบตลอดปี และถ้าสงสัยปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ควรนึกถึง streptococcus pneumoniae และhaemophilus influenza พิจารณาให้ ampicillin ทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 3 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้ amoxicillin กินต่อจนครบ 7 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นให้ ampicillin ร่วมกับ aminoglycoside หรือเปลี่ยนเป็น cefuroxime, cefotaxime หรือ amoxicillin ร่วมกับ clavulanic acid เพื่อครอบคลุมเชื้อ H. nfluenzae หรือ S. pneumoniae ที่ดื้อยา

6. กลุ่มอายุ 5-15 ปี ควรเริ่มการรักษาด้วย PGS ทางหลอดเลือดดำจนไข้ลงอย่างน้อย 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น amoxicillin กินต่อจนครบ 7-10 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นนึกถึง S. pneumoniae ที่ดื้อยา พิจารณาให้ PGS ขนาดสูงหรือ cefotaxime, ceftriaxone

โรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส มักมีอาการเกิดขึ้นช้าๆ ไม่รุนแรงเท่าปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย โดยทั่วไปเด็กเล็กมักจะมีสุขภาพดีและมีอาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนนำมาก่อน กล่าวคือ จะมีอาการน้ำมูกใสๆ ไหล มีไข้ต่ำๆ อาจมีไอหรือเสียงแหบ นำมาก่อนหลายวัน จากนั้นจะมีอาการไอแห้งๆ มีไข้สูงปานกลาง แต่บางรายอาจมีไข้สูงมากได้ หายใจเร็ว ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง rhonchi หรือ wheeze และเสียงหายใจเบาลง เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งและจะฟื้นได้ภายใน 7 วันและไม่มีผลเสียตามมา อย่างไรก็ตามก็อาจเป็นสาเหตุการตายของทารกบางคนได้

โรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียจะพบว่าทารกจะเริ่มต้นด้วยอาการไข้หวัดเล็กน้อยมาก่อน 2-3 วัน แล้วมีไข้สูงทันที (39.5-40.5 องศาเซลเซียส) หนาวสั่น ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบหรือหายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมากจะหายใจแรงจนชายโครงบุ๋ม ปีกจมูกบาน และไข้จะสูงตลอดเวลาเห็นได้ชัดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้ามีอาการป่วยอย่างรุนแรง จะมีอาการซึมลง ไม่อยากอาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ อาจมีอาการชักได้ บางคนอาจมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ หายใจเสียงดัง พบริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย ในเด็กบางคนอาจไม่มีอาการไอ แต่จะมีอาการซึมลง ดูดนมและน้ำน้อยมาก บางรายมีอาการอาเจียน เจ็บหน้าอก (Kids Health Organization, 2004) ซึ่งหากพบอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กพบแพทย์ทันที (WHO, 2002)

4.8 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าปอดอักเสบจากสาเหตุอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ (สุภรี สุวรรณจูฑะ และคณะ, 2547)

1. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้บ่อยที่สุด
2. หนองภายในช่องเยื่อหุ้มปอด
3. มีลมและหนองภายในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นผลจากการอักเสบรุนแรงของปอด ทำให้มีการทำลายเนื้อปอดเป็นถุงหรือเป็นฝี แล้วแตกทะลุเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เด็กจะมีอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยหอบขึ้นในทันที เชื้อ staphylococcus ทำให้ปอดมีลมและแตกออกได้
4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณเหนือหัวใจและทรวงอกส่วนล่าง (Presordium) ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อขยับตัวหรือไอ ในรายที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจมากอาจมีแรงดันสูงขึ้นกว่าปกติ
5. อาจพบ sepsis, meningitis และ atelectasis ตามมา
6. ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น encephalophathy seizure

4.9 การป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบในเด็ก

หลักการโดยทั่วไปประกอบด้วย (พนิดา ศรีสันต์, 2549)

1. จัดให้มีการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในทุกกลุ่มอายุที่สำคัญ ได้แก่ การให้วัคซีนสำหรับไอกรน หัด คอตีบ และ BCG เป็นต้น

2. ปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กทุกวัย

3. ให้การศึกษาแก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวให้เข้าใจถึงการป้องกัน การวินิจฉัย การให้การรักษาที่บ้านและคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้อง

4. การให้วัคซีนป้องกันนอกเหนือจากที่ได้รับอยู่ปกติ ได้แก่

4.1 Bacterial vaccine ที่ปัจจุบันได้นำมาใช้แล้ว ได้แก่ Pneumococcal vaccine, Hemophilus influenza type B vaccine

4.2 Respiratory virus vaccine ที่ได้นำมาใช้ได้แก่ influenza vaccine ส่วน RSV vaccine และวัคซีนต่อไวรัสอื่นๆ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาและวิจัย

4.10 การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีอาการไข้ ไอ หอบ รุนแรงจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้มีการฟื้นหายจากภาวะวิกฤตนี้ เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด ดังนั้นนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบอย่างดีแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการเป็นผู้สังเกตที่ดี ตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กได้ผลดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของ Nicki and Barbara (2002) ประกอบด้วยการการประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย เช่น มีอาการไข้ ไอ หอบ รุนแรง เป็นต้น และมีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือเขียว บริเวณปลายมือปลายเท้า โดยปกติวัยทารกจะมีอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 40-60 ครั้งต่อนาที ถ้าพบว่าในเด็กอายุ 2 เดือน -1 ปี หายใจมากกว่า 50 ครั้ง และเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 เดือน หายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที หอบโดย มี chest wall retraction มาก แสดงถึงภาวะหายใจเหนื่อยหอบ ไม่สามารถดื่มน้ำหรือนมได้ กระวนกระวาย (Restless) ซีด (Pallor) ซึมลง หรือเขียว (Cyanosis) ต้องดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะ

พร่องออกซิเจน โดยประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ90 (Terri et al., 2008)

วิธีการต่างๆ ในการให้ออกซิเจนนั้นแพทย์จะเป็นผู้เลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยจะพิจารณาถึงพยาธิสภาพ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น ตลอดจนการยอมรับของผู้ป่วยต่อวิธีการให้ออกซิเจนนั้นๆ ด้วยวิธีการให้ออกซิเจนนั้นมีหลายวิธี ได้แก่

1.1 Nasal canula หรือ nasal catheter เป็นวิธีการให้ออกซิเจนที่สะดวกและใช้กันแพร่หลาย โดยให้อัตราการไหลของออกซิเจนบริสุทธ์ตั้งแต่ 1-6 ลิตรต่อนาที สามารถใช้กับเด็กเล็กๆ หรือผู้ใหญ่ที่มีลักษณะการหายใจที่ค่อนข้างคงที่ ซึ่งสามารถให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในช่วงหายใจเข้าตั้งแต่ 24 ถึง 44 เปอร์เซ็นต์

1.2 Face mask ในเด็กที่จำเป็นต้องได้รับความเข้มข้นของออกซิเจนสูงๆ หรือในเด็กที่ไม่ยอมรับการให้ออกซิเจนโดยวิธีการ face mask ได้ ซึ่งจะต้องมีขนาดเหมาะสมกับใบหน้าของผู้ป่วยและจะใช้ครอบเหนือจมูกและปาก อาจเป็นชนิดที่มี resorvoir bag ลิตรต่อนาที และสามรถให้ความเข้มข้นของออกเจน ได้ตั้งแต่ 40 ถึง 80 เปอร์เซ็นต์

1.3 Oxygen tent เป็นวิธีการให้ออกซิเจนที่นิยมใช้กันมากในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่ ไม่ยอมรับวิธีการให้ออกซิเจนด้วย nasal canula, nasal catheter หรือ face mask เป็นเทคนิคการให้ที่สะดวกสบายต่อผู้ป่วย แต่สิ้นเปลืองออกซิเจนกว่าวิธีอื่น เพราะต้องใช้อัตราการไหลของก๊าซสูงวิธีอื่น จึงจะไม่ทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ใน tent ได้ วิธีที่ใช้อยู่ เช่น hood tent เป็น tent เล็กๆ ครอบเฉพาะบริเวณหัวไหล่และศีรษะใช้อัตราการไหลของออกซิเจนปริมาณ 10- 20 ลิตรต่อนาที และให้ความเข้มข้นของออกซิเจน ประมาณ 60-70 เปอร์เซนต์ ถ้าบริเวณรอบๆ คอ หรือไหล่ผนึกไม่แน่นหรือมีรูรั่วมาก ความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้จะลดต่ำลงมา

1.4 Croupette เป็นกระโจมหรือ chember ประกอบไปด้วย cooling และ/หรือ circulating unit และ nebulizer เพื่อให้ความสามารถให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงๆ และละอองน้ำที่มีมากๆ โดยใช้อัตราการไหลของออกซิเจนตั้งแต่ 8- 10 ลิตรต่อนาที และจะให้ความเข้มข้นของออกซิเจนได้ถึง 60 เปอร์เซ็นต์ ข้อเสียของการให้ oxygen tent ชนิด croupette ทำให้ไม่สามารถสังเกตลักษณะของผู้ป่วยได้เต็มที่เช่น ลักษณะสีผิว ลักษณะการหายใจ ตลอดจนการรักษาพยาบาลอื่นๆ และในกรณีที่ต้องเปิด tent บ่อยๆ เพื่อการดูแลรักษาอย่างอื่น จะทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจนลดต่ำลงได้

2. ให้อยู่ในห้องที่สงบ ระบายอากาศดี ถ้ามีเหงื่อออกมากขณะไอ ควรเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อให้สุขสบายขึ้น

3. หลีกเลี่ยงสาเหตุที่กระตุ้นให้ไอมากขึ้น เช่น การออกแรง อากาศร้อนหรือเย็นจัด การทำให้ตกใจ

4. ให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ 150 ซีซี/กิโลกรัม/วันเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ หรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีเสมหะมาก หากได้รับน้ำไม่เพียงพอเสมหะจะเหนียวและไอขับออกลำบาก ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำมากๆ หรืออาจเป็นนมก็ได้ หากผู้ป่วยมีอาการหอบมาก อาเจียน มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารที่มีเกลือแร่ที่เพียงพอและเหมาะสม ถ้าทารกมีภาวะขาดน้ำมากต้องดูแลให้ได้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์โดยดูแลมิให้สารน้ำเกิน เนื่องจากจะ ทำให้เกิดภาวะ pulmonary edema ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายและทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (เสริมศรี สันตติ, 2545) เมื่อแก้ไขภาวะ dehydration ได้แล้วจะต้องควบคุมไม่ให้ได้น้ำมากกว่าร้อยละ 70-80 ของปริมาณที่ควรจะได้ตามปกติ

5. ให้ได้รับอาหารให้เพียงพอ เนื่องจากเด็กจะสูญเสียพลังงานไปมากกับอาการไข้ หายใจเร็ว หอบ ในช่วงที่เด็กหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์อาจให้งดอาหารและน้ำทางปาก แต่เมื่ออาการดีขึ้น เสมหะลดลง อัตราการหายใจลดลงสู่ระดับปกติ ควรให้อาหารและน้ำโดยเริ่มจากให้เด็กดื่มน้ำ เมื่อรับได้ดีไม่มีการสำลักหรือหายใจลำบากจึงควรเริ่มให้อาหารครั้งละน้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ เช่น จากน้ำเป็นนมและข้าวต้ม ข้าวสวย ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้นานเกิน 1 วัน หรือในรายที่มีอาเจียนร่วมด้วย ควรเจาะเลือดเพื่อตรวจหาอิเลคโตรลัยท์และถ้าพบผิดปกติควรรักษาให้กลับเป็นปกติ

6. ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะในปอด เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโดยเฉพาะเด็กทารกไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนผู้ใหญ่ ในเด็กเล็กที่มีเสมหะในลำคอและมีน้ำมูกในจมูกมากจะเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจได้ เพราะทางเดินหายใจของเด็กมีขนาดเล็กเส้นผ่านศูนย์กลางแคบ ถ้ามีเสมหะเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดการอุดกั้นหลอดลมอย่างสมบูรณ์ได้ ทำให้หายใจไม่สะดวก ดูดนมไม่ได้ มีอาเจียนหลังดูดนม ควรช่วยเหลือโดยใช้ลูกยางแดง หรือเครื่องดูดเสมหะช่วยดูดเอาเสมหะออกจากปากและจมูกก่อนให้นมทุกครั้ง อาจใช้ normal saline หยอดในรูจมูกก่อน ในกรณีที่เสมหะแข็งและเหนียวอุดอยู่ในรูจมูก โดยพยาบาลต้องเน้นและสอนให้มารดาสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้การ

ช่วยเหลือและดูแลบุตรต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้ (Terri et al., 2008) การบำบัดรักษาเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในปอดอาจทำได้ดังนี้

6.1 ลดความเหนียวของเสมหะ โดยให้เด็กดื่มน้ำมากๆ ถ้าหากเด็กโตดื่มได้ไม่พอก็ต้องให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ถ้าเสมหะยังเหนียวและขับออกลำบาก อาจพิจารณาให้ยาละลายเสมหะ นอกจากนี้อาจให้สูดดมละอองไอน้ำ (Aerosol therapy) และต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะให้ เพื่อกันผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการบำบัดรักษา เช่น การไอ และสำลัก เอาเสมหะหรืออาหารกลับไปในทางเดินหายใจส่วนล่างหรือปอด

6. 2 พยายามหลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือมลพิษในอากาศเพราะจะเกิดอาการระคายเคืองของทางเดินหายใจ ต่อมขับมูกทำงานมากกว่าปกติ

6. 3 ส่งเสริมการไอ รวมทั้งการสอนให้ไออย่างถูกวิธี ควรให้การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุพื้นฐานและรักษาอาการร่วมอื่นๆ เช่น ถ้ามี bronchospasm ควรให้ยาขยายหลอดลม ในผู้ป่วยปอดอักเสบบางรายที่พบว่ามี bronchospasm ร่วมด้วยโดยการตรวจพบเสียง sonorous rhonchi หรือ wheezing ซึ่งตอบสนองดีต่อการให้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นหรือฉีด (Repid acting bronchodilator) ควรพิจารณาให้ยาขยายหลอดลมร่วมด้วย ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่

6.3.1 Beta – adrenergic drug หรือ sympathomimetic drug ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการบำบัดรักษาทางระบบทางเดินหายใจ ยากลุ่มนี้ได้แก่ salbutamol, adrenaline

6.3.2 กลุ่ม theophyline ยาที่ใช้ได้แก่ aminophyline เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด

6.3.3 ยาขับเสมหะ เช่น ยาที่ประกอบด้วยแอมโมเนียมคาร์บอเนต, แอมโมเนียมคลอไรด์ อาจให้ร่วมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้ ยาละลายเสมหะ เช่น bromhexine หรือ acetylcysteine ก็อาจนำมาใช้ร่วมได้

ถ้าการดูแลรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ดีขึ้นยังมีอาการและอาการแสดงของ retained secretion ควรทำกายภาพบำบัดของทรวงอกเพื่อช่วยระบายเสมหะ ซึ่งประกอบด้วยการจัดท่าการเคาะ และการสั่นสะเทือน ถ้ายังมีเสมหะมากทั้งๆ ที่ให้การรักษาข้างต้นเต็มที่แล้ว อาจต้องอาศัยวิธีการ invasive เพื่อเปิดทางเดินหายใจโล่ง ได้แก่ direct tracheal suction bronchopulmonary lavage เป็นต้น

7. ป้องกันภาวะชักจากไข้สูง โดยการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอุณหภูมิของร่างกาย ถ้าพบว่ามีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้เช็ดตัว

ลดไข้ด้วยน้ำอุ่น รวมทั้งสอนให้มารดาเห็นความสำคัญของการเช็ดตัวลดไข้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดูแลให้ทารกดื่มน้ำมากๆ ให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส จะต้องให้ยาลดไข้ร่วมด้วยและประเมินไข้ซ้ำหลังจากให้ยา 30 นาที หากไข้ยังไม่ลดให้เช็ดตัวต่อและสามารถให้ยาลดไข้ได้เมื่อครบ 4 ชั่วโมง หากไข้ยังไม่ลดลง (Terri et al., 2008)

8. ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยา และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค โดยสังเกตอาการแสดงและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งอาการนำของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรง เช่น ภาวะปอดแฟบ มีน้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อให้การดูแลและการให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที (Ball and Bindler, 1992)

9. ป้องกันการเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การป้องกันการแพร่กระจายโรคและการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม เพื่อให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสม และมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ดังนี้

9.1 การดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย

9.1.1 ควรดื่มน้ำให้มาก เพื่อช่วยขับเสมหะ

9.1.2 เมื่อมีเสมหะ กระตุ้นให้ไอเอาเสมหะออกมา

9.1.3 สิ่งแวดล้อมที่ดี จะช่วยให้อาการดีเร็วขึ้น เช่น ไม่อยู่ในห้องที่อุณหภูมิเย็นจนเกินไป มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และ ไม่ควรมีการสูบบุหรี่ในบ้าน

9.1.4 ไม่ควรออกกำลังกายหนักในระหว่างพักฟื้นจนกว่าแพทย์จะอนุญาต

9.1.5 เนื่องจากโรคทางเดินหายใจมักติดต่อได้โดย การไอ จามรดใส่กัน หรือจับสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ดังนั้นจึงควรป้องกันมิให้ สมาชิกในครอบครัวผู้อื่นได้รับเชื้อ โดยวิธีง่ายๆ เช่น การใช้ กระดาษทิชชู ผ้าเช็ดหน้า หรือหน้ากากผ้า ปิดปากและจมูก เมื่อจามหรือไอ และที่สำคัญที่สุด คือ การล้างมือ ก่อนและหลังการสัมผัสบุตรหลานของท่าน

9.1.6 มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับ

1) วิธีการวัดปรอท

2) การใช้ยาลดไข้อย่างเหมาะสม

3) การสังเกตการหายใจที่ผิดปกติ ตลอดจนนับอัตราการหายใจและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการไอ

4) การไอและขับเสมหะที่ถูกต้อง

10. ลดความกลัว วิตกกังวล ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย

10.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ โดยการเข้าไปดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ

10.2 อธิบายให้บิดา มารดา และครอบครัวผู้ป่วยทราบถึงสภาวะของโรค ระยะเวลาในการรักษา การติดตามประเมินผล การรักษาเป็นระยะรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

10.3 แจ้งให้ครอบครัวของผู้ป่วยทราบก่อนการให้การพยาบาลทุกครั้ง พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและอ่อนโยนเพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วย ร่วมมือในการรักษาพยาบาล

10.4 เปิดโอกาสให้บิดา มารดาและครอบครัวของผู้ป่วยได้ ซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

โรคปอดอักเสบในเด็กนั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเกิดจากการติดเชื้อโดยเฉพาะทารกและเด็กเล็กๆ ที่เป็นทารกและเด็กเล็กภูมิต้านทานต่ำมีโอกาสติดเชื้อง่าย สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น นอกจากพยาบาลจะให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตามสภาพที่เกิดขึ้นแล้ว ยังจำเป็นต้องประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดการเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก และเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำ

5. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้รับบริการพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในระบบการจัดการดูแลรักษาพยาบาล ก็คือ การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และเพื่อลดค่าใช้จ่ายหรือมีการพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายต่อประสิทธิผล (Cost effectiveness) โดยที่ลดค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ที่ไม่จำเป็น เช่น การตรวจวินิจฉัยต่างๆ เป็นต้น (อุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2544) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการทางการพยาบาล นอกจากด้านคุณภาพบริการแล้ว การประเมินผลด้านค่าใช้จ่าย (Cost of care) ก็เป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน

5.1 ความหมายของค่าใช้จ่าย

ได้มีผู้ให้ความหมายคำว่า ค่าใช้จ่ายหรือต้นทุน (Cost) ไว้มากมายดังนี้

สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และดวงมณี โกมารฑัต (2544) กล่าวว่าไม่ว่าต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย หมายถึง การสูญเสียทรัพยากรขององค์การ เพื่อให้วัตถุประสงค์ใดวัตถุประสงค์หนึ่งขององค์การได้สำเร็จลง รวมทั้งหมายความถึงการสูญเสียผลประโยชน์บางอย่างที่กิจการหรือองค์การควรจะได้รับ

อาทร ริ้วไพบูลย์ (2544) ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากรที่สูญเสียไปอาจเป็นมูลค่าของประโยชน์หรือมูลค่าของตัวเงินเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือมูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปในการผลิต

เรวดี รุ่งจตุรงค์ (2547) ต้นทุนหมายถึง ค่าใช้จ่ายในการใช้ทรัพยากรเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ โดย วัดค่าเป็นตัวเงินที่ต้องจ่ายเพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งนั้น (Cost object)

สรุปได้ว่า ต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย หมายถึง การลงทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการหรือบริการ ในทัศนะของนักบัญชีจะมองเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ส่วนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์จะเพิ่มค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ผลทางด้านลบหรือค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น เข้าไปในต้นทุนของการลงทุนด้วย

5.2 การจัดกลุ่มและการจำแนกประเภทของต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย

การจำแนกต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายมีหลายแบบแตกต่างกันตามลักษณะของงานที่วิเคราะห์หรือประเมิน ซึ่งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น ในแง่ของการผลิตหรือบริการอาจจำแนกเป็น 2 ลักษณะ (วราภรณ์ ปัณณวลี, 2546) ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายโดยตรงของกิจกรรมนั้นๆ อาจเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Direct medical cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย หรือมาจากวิธีการรักษาที่ได้รับ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Direct non-medical cost) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นผลโดยตรงจากการรักษา เช่น ค่ายานพาหนะเดินทางของผู้ป่วยและญาติในการมารักษาพยาบาล ค่าที่พักของญาติ

2. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียผลผลิตหรือรายได้ (Loss of productivity or earning) เช่น รายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้

ส่วนการจำแนกวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (อุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2544)

1. ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Inpatient hospital direct costs) ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าตรวจทางห้องทดลอง ค่ายา ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ

2. ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา (Follow up direct costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจตามนัด การตรวจทางห้องทดลองต่างๆ หรือค่ายาขณะยังไม่ได้นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายสำหรับการเยี่ยมบ้าน

3. ค่าใช้จ่ายโดยอ้อม (Indirect costs) ได้แก่ ภาวะที่ต้องสูญเสียรายได้จากการออกจากงาน หรือการสูญเสียทางเศรษฐกิจต่างๆ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และธุรกิจอันเป็นผลมาจากการเจ็บ

สำหรับค่าใช้จ่ายในส่วนที่ 2 และ 3 มักเป็นส่วนที่จะถูกมองข้ามไป โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าควรนำคิดคำนวณเป็นค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลด้วย

ส่วน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2545) ได้จำแนกต้นทุนออกดังนี้

1. ต้นทุนการลงทุน (Capital cost) มีลักษณะเป็นการลงทุนครั้งเดียวเป็นก้อน และจะเป็นต้นทุนที่คงที่ไม่แปรผันตามจำนวนผลผลิตหรือเรียกว่า fixed cost เช่น ต้นทุนด้านยานพาหนะ เครื่องมือ สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

2. ต้นทุนดำเนินการ (Recurrent cost) เป็นต้นทุนที่จะแปรผันไปตามจำนวนผลิต ไม่ คงที่ (Variable cost) เช่น เงินเดือน ค่าแรงงาน ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าใช้สอยต่างๆ เป็นต้น

ส่วนอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2540) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนโรงพยาบาล มีดังนี้

1. ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้ทีมการพยาบาล เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้ในรูปของตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าล่วงเวลาและค่ารักษาพยาบาล

2. ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) หมายถึง ค่าอุปกรณ์ และวัสดุอุปกรณ์ทุกประเภทที่หน่วยงานเบิกจ่าย ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาและค่าสาธารณูปโภค

3. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี ได้แก่ อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ เป็นต้น

4. ต้นทุนสนับสนุน หมายถึง ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการสนับสนุน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด

5.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย

แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ (Virt and Wilsonn, 1983)

5.3.1 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ราคาสินค้าหมวดสุขภาพ โดยเปรียบเทียบกับราคาสินค้าในหมวดอื่น ระดับรายได้ การเพิ่มขึ้นของการมีประกันทางสุขภาพ รวมทั้งงบประมาณของรัฐบาลที่อุดหนุนบริการทางสุขภาพ

5.3.2 ปัจจัยที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การเกิดโรค หรือ รูปแบบของการเกิดโรคในประชากร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม โครงสร้างการผลิตของประเทศที่จะมีผลต่อสุขภาพของประชาชน อุปทานที่ก่อให้เกิดอุปสงค์ของการรับบริการ สวัสดิการหรือการมีประกันทางสุขภาพ

สรุปว่าชนิดของค่าใช้จ่ายตามวิธีคิด จำแนกได้ 2 ชนิด คือ ค่าใช้จ่ายโดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม และประเภทของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมี 3 ประเภท คือ ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษาและค่าใช้จ่ายโดยอ้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยประยุกต์การจำแนกค่าใช้จ่ายของ อุษาวดี อัศดรวิเศษ (2544) และ วราภรณ์ ปัณณวลี (2546) โดยจะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 1 ราย ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายถือตามใบสรุปค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ประกอบด้วยหมวดต่างๆ ตามรายการค่ารักษาพยาบาล ประกอบด้วยค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์และค่าบำบัดรักษาพยาบาล ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค ค่าสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ค่าตรวจรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์

6. แนวคิดและ ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน

6.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทน คือ ผลที่เป็นความพึงพอใจที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นมีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร

สมยศ นาวีการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีโดยส่วนร่วมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

สร้อยตระกูล ติวานนท์ (2545) ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ โดยเฉพาะของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเกี่ยวกับงาน

ยงยุทธ เกษสาคร (2547) ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกยินดี มีความสุขและเต็มใจที่จะทำงานหรือมีทัศนคติทางบวกต่องานที่กำลังปฏิบัติอยู่ในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน ความรับผิดชอบ นโยบาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในลักษณะเป็นตัวกระตุ้นให้ทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์การได้

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (2550) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน คือ เจตคติหรือความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อการพยาบาลในทางบวก โดยรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ซึ่งมีผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้ใช้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสนองความคาดหวัง

Spector (1997) กล่าวว่า กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนะที่มีต่องาน ที่สามารถประเมินออกมาได้ว่า บุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงานโอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจไม่ใช่เงิน สภาพการทำงานการติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

Flecher (2001) กล่าวไว้ว่าความพึงพอใจในงานหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลเกี่ยวกับทัศนคติและประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงาน

Shermerhom et al. (2001) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง เป็นระดับความรู้สึกในทางบวกหรือลบ ของแต่ละบุคคลต่องาน ซึ่งทัศนคติหรืออารมณ์ ที่มีการตอบสนองต่องาน สภาพทางกายภาพและสังคมในสถานที่ทำงาน เมื่อบุคคลมีความรู้สึกในทางบวกต่องาน ก็จะส่งเสริมให้ผลการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นสูงด้วย

Robbins (2001) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลต่อการให้บริการพยาบาล

Newstrom and Davis (2002) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติหรือความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่องานของตน

Robbins (2003) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติที่มีต่องานของบุคคลที่มีต่องานของบุคคลนั้นๆ

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความพอใจในงานที่ปฏิบัติ หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่ด้วยความเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

6.2 ความสำคัญของความพึงพอใจในงาน

วิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมนุษย์ ครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากสุขภาพมนุษย์เป็นเรื่องใหญ่และมีความสำคัญต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งลักษณะงานบริการพยาบาลมีขอบเขตกว้างและมีความซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีความรู้ที่ก้าวทันกับวิทยาการ มีความรับผิดชอบสูง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและปัญหาอื่นๆที่เผชิญในทุกสถานการณ์ได้ถูกต้องและรวดเร็วทันเหตุการณ์ รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตใจที่เมตตาและเอื้ออาทร เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรเทาจากความเจ็บป่วยสภาวะร่างกายและจิตใจฟื้นฟูสภาพกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็วที่สุด

ความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล หากพยาบาลมีความพึงพอใจในงานจะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจและปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ รวมทั้งคงอยู่ในวิชาชีพและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ตลอดจนทำให้บริการพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานและสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในงานของตน จากความสำเร็จของงานก่อให้เกิดความพึงพอใจและความมั่นคงในงานของตนมากขึ้น (Ganong, 1980)

6.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน

จากการศึกษาพบว่าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานได้พัฒนาจากแนวคิดแรงจูงใจ ซึ่งเมื่อเกิดแรงจูงใจเป็นปัจจัยทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจใน

งาน ส่งเสริมทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมาก ทฤษฎีแรงจูงใจ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ (Swansburg, 2002)

1. ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Content theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายความพึงพอใจในงานโดยเน้นความเข้าใจสิ่งที่อยู่ในบุคคลที่ทำให้ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีที่สำคัญได้แก่ ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow theories) ทฤษฎีอีอาร์จี (ERG theories) ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two- factor theories) ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ (McClelland's Thio need theory) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่แพร่หลายมากที่สุด คิดค้นโดย Abraham Maslow ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัย Wisconsin ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ มีความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับขั้นดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย หมายถึงความต้องการปัจจัยสี่ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ น้ำและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค การมีงานทำ

2) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง ได้แก่ ความต้องการเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น ได้รับสวัสดิการ ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคงในงานและปราศจากการถูกข่มขู่

3) ความต้องการสังคม ได้แก่ ความต้องการทำงานร่วมกับผู้อื่น ต้องการมีเพื่อนสนิท ได้สังสรรค์และได้รับการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีครอบครัวที่อบอุ่น

4) ความต้องการมีคุณค่า ได้แก่ ได้รับคำยกย่อง คำชมเชยและรางวัลที่มีชื่อเสียง รวมทั้งได้รับอิสระในการทำงาน

5) ความต้องการความสำเร็จ ได้แก่ ความก้าวหน้าในงาน ได้รับมอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถและได้รับโอกาสให้ทำงานที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ

1.2 ทฤษฎีอีอาร์จี (ERG theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ โดย Clayton Alderfer นำทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ 5 ขั้นมารวมกันเหลือเพียง 3 ขั้น โดยจำแนกความต้องการของมนุษย์ ดังนี้

1) ความต้องการปัจจัยเพื่อความมีชีวิต (Existence needs) ได้แก่ น้ำและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ต้องการมีงานทำ ต้องการสวัสดิการและทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี รวมทั้งต้องการความมั่นคงในงาน

2) ความต้องการสัมพันธภาพ (Relatedness needs) ได้แก่ ความต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม มีครอบครัวที่อบอุ่น มีโอกาสสังสรรค์กับเพื่อน มีเพื่อนสนิท และได้รับการยอมรับจากบุคคลในวิชาชีพ

3) ความต้องการความก้าวหน้า (Growth needs) หมายถึง ต้องการได้รับการยกย่องและคำชมเชย ต้องการได้รับการยกย่องและคำชมเชย ต้องการมีชื่อเสียงและต้องการความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน

1.3 ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Two- factor theories)

ทฤษฎี 2 ปัจจัย พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชื่อ Frederick Herzberg ซึ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม มลรัฐ Pittsburgh ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในงาน และปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจในงาน จากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดี มีประสิทธิภาพ ย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่จะเป็นตัวกระตุ้นจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น และในทางตรงกันข้ามหากผู้ปฏิบัติไม่มีความพึงพอใจในงาน ก็จะเกิดการท้อถอย ผลงานจะต่ำลง ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานจากผลการวิจัยเรื่องนี้ Herzberg ได้จำแนกปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในงานเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยอนามัย (Hygiene factor) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้บุคลากรในองค์การเกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน เนื่องจากคนเรามีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความยากลำบากในการปฏิบัติงาน ซึ่งถ้าต้องการหรือปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานนั้นได้ ประกอบด้วย นโยบายขององค์การ (Company policy) วิธีการนิเทศ (Supervision) เงินเดือนและสวัสดิการ (Salary and benefits) สภาพการทำงาน (Working condition) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)

2) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการทำงาน นำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวก ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจ ประกอบด้วยความสำเร็จในงาน (Achievement)

การได้รับความนับถือและยกย่อง ชมเชย (Recognition) ลักษณะงาน (Work itself) การได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ (Responsibility) และความก้าวหน้าในงาน (Advancement)

1.4 ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ (McClelland's Thio need theory)

ทฤษฎีความต้องการของแมคคลีแลนด์ เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย David C. McClelland โดย McClelland ได้พัฒนาแบบวัดความต้องการของมนุษย์ ซึ่งผลจากการศึกษา McClelland แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ด้านหลักดังนี้ ความต้องการความสำเร็จ (Achievement needs) ความต้องการด้านสังคม (Affiliate needs) และความต้องการอำนาจ (Power needs) ซึ่งทฤษฎีความต้องการของ McClelland เชื่อว่าความต้องการของมนุษย์ไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ชีวิต นอกจากนี้ ความต้องการแต่ละด้านไม่ได้เป็นไปตามละดับขั้น รวมทั้งมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีความต้องการในแต่ละด้านไม่เท่ากัน ตลอดความต้องการในแต่ละด้านจะเปลี่ยนแปลงตามสภาพแวดล้อมและบริบทของแต่ละบุคคล

2. ทฤษฎีเชิงกระบวนการ (Process theories)

เป็นทฤษฎีแรงจูงใจที่อธิบายว่าปัจจัยใดที่เน้นเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดพฤติกรรมมากกว่าให้ความสำคัญกับเนื้อหา และเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ในกระบวนการของการจูงใจว่ามีอิทธิพลต่อกันเช่นไร ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีการเสริมแรง (Arousal-activation theories) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy-valence theories) ทฤษฎีความเท่าเทียม (Equity theories) และทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Intention-goal theories) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีการเสริมแรง (Arousal-activation theories)

เป็นทฤษฎีที่นิยมแพร่หลายในการนำมาใช้กระตุ้นแรงจูงใจของบุคคล ทฤษฎีการเสริมแรงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ทฤษฎีเงื่อนไข (Operant conditioning theory) ซึ่งพัฒนาโดย Skinner หลักการทฤษฎีการเสริมแรงของสกินเนอร์ (Skinner's reinforcement theory) คือหลักการเรียนรู้ตามเงื่อนไข ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรง เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายในการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคคล ประเภทของการเสริมแรง (Types of reinforcement) มีดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550)

2.1.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การให้สิ่งจูงใจที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการหรือชื่นชอบ เช่น เงิน รางวัล คำยกย่อง คำชมเชย โล่ และ

เข็มเชิดชูเกียรติ เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานคงพฤติกรรมที่ดี แรงจูงใจในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งเพิ่มการกระทำพฤติกรรมที่ดีให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

2.1.2 การเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) หมายถึง การกำหนดเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องการหรือไม่ชอบ เช่น กำหนดเงื่อนไขจะไม่เพิ่มเงินเดือน หากผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

2.1.3 การระงับพฤติกรรม (Extinction) จุดประสงค์คือสลายหรือยุติ หรือลดการกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่นในขณะประชุม หากผู้ประชุมเข้าพูดคุยกัน เพื่อระงับการพูดคุยของผู้เข้าประชุม ประธานอาจใช้วิธีเรียกชื่อผู้เข้าประชุมที่พูดคุยกัน หรืออาจหยุดพูดชั่วขณะ หรือกล่าวตักเตือน เป็นต้น การกระทำของประธานด้วยวิธีต่างๆ ดังกล่าว จะทำให้ผู้เข้าประชุมยุติหรือลดการพูดคุยกัน

2.1.4 การลงโทษ (Punishment) จุดประสงค์คือ ลดการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การลงโทษมีหลายวิธี เช่น การข่มขู่ให้ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวโดยกำหนดโทษทางวินัย ตัดเงินเดือน โยกย้าย และให้ออก เป็นต้น การลงโทษควรใช้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานลางาน ขาดงาน และมาทำงานสายเป็นประจำ

2.2 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy-valence theories)

ทฤษฎีความคาดหวังพัฒนาโดย Victor H. Vroom หลักการทฤษฎีความคาดหวังคือ แรงจูงใจในการกระทำสิ่งใดๆ ของมนุษย์จะมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังต่อความสามารถในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ (Effort-performance expectancy) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Performance-outcome expectancy) ความคาดหวังต่อความสามารถในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จเป็นความคาดหวังในขั้นตอนที่ 1 หากบุคคลประเมินความสามารถของตนเองแล้วรับรู้ว่ายากที่ตนเองจะกระทำให้บรรลุผลสำเร็จบุคคลจะไม่มีแรงจูงใจ แต่หากประเมินแล้วมีความคาดหวังว่าหากตนเองใช้ความพยายามจะสามารถกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ รวมทั้งมีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอบุคคลจะมีแรงจูงใจ เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจ พฤติกรรมในขั้นถัดไปคือ บุคคลจะประเมินความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 2 โดยจะประเมินว่าผลประโยชน์ที่ตนจะได้รับมีความคุ้มค่าหรือไม่ หากประเมินแล้วรับรู้ว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะได้รับผลประโยชน์ตามที่ตนเองคาดหวัง บุคคลจะไม่มีแรงจูงใจ แต่หากประเมินแล้วมีความคาดหวังว่ามีความเป็นไปได้สูงมากที่จะได้ผลประโยชน์ตามที่คาดหวังบุคคลจะมีแรงจูงใจ

2.3 ทฤษฎีความเท่าเทียม (Equity theories)

หลักการของทฤษฎีความเท่าเทียมกันคือ หลักความสมดุล (Balance) เป็นความสมดุลระหว่างค่าตอบแทนและผลการปฏิบัติงาน (Performance-based pay) และหลักความเท่าเทียมกัน (Equity) หมายถึงความเท่าเทียมกันในการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในตำแหน่งระดับเดียวกัน มีความรู้ความสามารถในระดับเดียวกัน รวมทั้งมีประสบการณ์การทำงานที่เท่ากัน ตลอดจนความเท่าเทียมกันในสิทธิและการแบ่งปันผลประโยชน์

2.4 ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Intention-goal theories)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าแรงจูงใจเบื้องต้นในการทำงาน เกิดจากความปรารถนาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ต้องการเวลา มีความสำคัญที่ชี้แนวทางของพฤติกรรมที่บุคคลต้องกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2543)

สรุปได้ว่าการสร้างแรงจูงใจจะทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงานได้ ดังนั้นการนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้ในการสร้างความพึงพอใจของบุคลากรสามารถนำมาใช้ได้โดยพิจารณาตามความเหมาะสมตามบริบทขององค์กร

6.4 องค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน

ความพึงพอใจในงาน มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดผลผลิตจากงาน งานพยาบาลเป็นงานหนึ่งที่ต้องอาศัยความพึงพอใจในงาน เป็นงานที่มีคุณค่ายิ่งต่อสังคมและต้องอาศัยความรับผิดชอบสูง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการดูแล นอกจากนั้นต้องอาศัยความมีใจรักงาน และมีความพึงพอใจในวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติและผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการในการให้บริการพยาบาลต้องอดทนอยู่เวรบ่ายเวรดึก ต้องมีความรับผิดชอบต่องาน และต้องมีคุณธรรมจริยธรรมสูง เพราะความผิดพลาดหมายถึงอันตรายต่อชีวิตผู้อื่น

ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ดังนี้

Slavitt et al. (1978 อ้างถึงใน พัชรี เจริญพร, 2546) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้านคือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึง เงิน หรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับจากการทำงาน
2. ความอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติและได้รับการยอมรับ

3. ความต้องการงาน หรือลักษณะงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน

4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและปฏิบัติงาน ทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลใช้ปฏิบัติและจะดำเนินต่อไป

5. ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงาน ทั้งในและนอกวิชาชีพระหว่างปฏิบัติงาน

6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย

Spector (1997) กล่าวว่า องค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน โดยมีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน หมายถึง ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความสามารถ โอกาสเรียนรู้และศึกษางานโอกาสทำงานให้สำเร็จ

2. ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน หมายถึง การมีโอกาสเลื่อนขึ้นไปยังตำแหน่งสูงขึ้น หรือได้รับมอบหมายงานที่สำคัญมากขึ้น

3. ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา หมายถึง ความต้องการรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร บทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ ระบบของงาน การปรับปรุงงานของตน อย่างมีระบบไม่สับสน มีแนวทางในการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน

4. ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความสำเร็จในการปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าหน่วยงาน ในการให้บริการที่มีคุณภาพ และความภาคภูมิใจเมื่องานประสบความสำเร็จ

5. ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในที่ทำงาน เช่น แสง เสียง บรรยากาศ

6. ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทั้งภายนอกและภายใน

7. ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน หมายถึง รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์การให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

8. ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูล หมายถึง เงินเดือน บำเหน็จ ตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการ สวัสดิการ การรักษาพยาบาล ที่พักอาศัย

9. ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน หมายถึง การเป็นที่ยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานทุกระดับ

Kettle (2001) กล่าวถึงองค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน มีดังต่อไปนี้

1. ค่าตอบแทน ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะเงินที่ได้รับเป็นค่าตอบแทนจากองค์กรเท่านั้นแต่รวมถึงค่าตอบแทนทางด้านจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในงานอีกด้วย

2. ลักษณะงาน รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อผู้ร่วมงานและองค์กร

3. คุณค่าในงาน เป็นความรู้สึกว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยโดยมีผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

4. ความมีอิสระในการดูแลผู้ป่วย สามารถมีอิสระในการปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างเต็มที่

Robbins (2001) กล่าวถึงองค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน ซึ่งพัฒนามากจาก McClelland's Theory ซึ่งกล่าวถึงความต้องการ 3 ประการ

1. ความต้องการความสำเร็จ (Need for achievement) หมายถึง ความต้องการที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของบุคคลที่ต้องการความสำเร็จมากกว่าการหวังผลตอบแทนเป็นรางวัล ต้องการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เคยทำมาก่อน จากการศึกษาวิจัยของ McClelland พบว่าผู้ที่ประสบผลสำเร็จสูงจะมีแนวทางในการทำงานที่แตกต่างจากคนอื่น ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ความสามารถ การให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น และหาสถานการณ์ที่สามารถกำหนดความท้าทายในระดับปานกลาง ชอบความท้าทายในการแก้ปัญหา ผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงจะทำงานได้ดีที่สุดเมื่อมองเห็นความเป็นไปได้ของความสำเร็จ 50-50 ไม่ชอบทำงานที่ไม่ท้าทาย ชอบทำงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และรู้สึกพึงพอใจในความสำเร็จของงานที่เกิดจากความพยายามในการกระทำ

2. ความต้องการด้านอำนาจ (Need of power) เป็นความต้องการให้มีผลกระทบอิทธิพล และควบคุมผู้อื่นได้ ผู้ที่ต้องการมีอำนาจจะมีความพึงพอใจในการทำงานที่ได้รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความพึงพอใจที่จะบริหารจัดการ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น และมีแนวโน้มที่จะชอบเรื่องศักดิ์ศรี

3. ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Need of affiliament) เป็นความต้องการการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ความรู้สึกอบอุ่นกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ชอบสถานการณ์ที่ต้องใช้ความร่วมมือมากกว่าการแข่งขัน และมีความเข้าใจร่วมกันในการทำงาน

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานเป็นสิ่งสำคัญในอันที่จะนำไปสู่คุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการสร้างความพึงพอใจให้กับทีมการพยาบาล ซึ่งจะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความยึดมั่นกับองค์การ ตลอดจนทำให้ตั้งใจและปฏิบัติงานเต็มความสามารถ เพิ่มคุณภาพของงานบริการทางการพยาบาลและผลผลิตทางการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของสลาวิทท์ และคณะ (Slavitt et al., 1978) มาเป็นกรอบในการศึกษาความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานกลุ่มวิชาชีพ ด้านบริการสุขภาพ ซึ่งทีมการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน และมีความสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในงานที่เป็นผลสะท้อนจากการที่ทีมการพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ก่อนนำไปใช้

6.5 ทีมการพยาบาล

6.5.1 ความหมายของทีมการพยาบาล

ทีมเป็นระบบการทำงานที่องค์การทั่วไปนำมาใช้ในการปฏิบัติงานภายใต้แนวคิดที่ว่า การปฏิบัติงานร่วมกันของสมาชิกที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้ความสามารถและบุคลิกภาพย่อมนำมาซึ่งประสิทธิผลขององค์การ (วราภรณ์ สุรัตนากร, 2547) โดยที่ทีมเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลกลุ่มเล็กๆ ที่มีทักษะที่เกื้อกูลกัน มีความผูกพันกัน มีวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกันและแสวงหาวิธีการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการทำงานนั้น (Katzenbach and Smith, 2002: 45) รวมทั้งบุคคลเหล่านั้นต้องมีการพึ่งพากันในการทำงาน มีความรับผิดชอบต่อผลงานร่วมกันและสมาชิกในทีมมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งกันและกัน (Cohen and Bailey, 1997 อ้างถึงใน Shortell and Kaluzny, 2005:159)

ทีมการพยาบาลเป็นทีมการทำงานภายในองค์การพยาบาลโดยมีการจัดกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลที่ต่างระดับความรู้ความสามารถมาปฏิบัติงานร่วมกันในรูปแบบการทำงานเป็นทีมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีอิสระในการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน มีการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน และมีการปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่วางไว้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม สมาชิกต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีหัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศงาน (วราภรณ์ สุรัตนากร, 2547: 25) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของทีมการพยาบาล ไว้ดังนี้

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ให้ความหมายทีมการพยาบาล ว่าเป็นการจัดกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลให้มาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สมาชิกทีมต้องปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีมและอยู่ภายใต้การนิเทศของหัวหน้าทีม โดยมีการปรับแผนการพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่องและทีมการพยาบาลต้องให้การพยาบาลสมบูรณ์แบบแก่ผู้รับบริการที่ตนได้รับมอบหมาย

วราภรณ์ สุรัตนากร (2547) ให้ความหมายทีมการพยาบาลว่า หมายถึงการจัดกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลต่างระดับความรู้ให้มาปฏิบัติงานร่วมกันในรูปแบบการทำงานเป็นทีมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีอิสระในการทำงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน มีการวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลและมีการปรับแผนการพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่วางไว้ ทีมการพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมในการปฏิบัติงาน สมาชิกทีมต้องปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย และอยู่ภายใต้การนิเทศของหัวหน้าทีม

สรุปทีมการพยาบาล หมายถึงกลุ่มของบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถต่างระดับกันมาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการช่วยเหลือกัน มีการวางแผนการพยาบาล มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย และมีการประเมินผลการทำงานร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่มอบหมายและนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันคือ คุณภาพการบริการ

7. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จิราพร สิมากร (2544) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คนและกลุ่มทีมสหสาขาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่าจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต (2545) ศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกที่ระบบสืบพันธุ์

ชนิดธรรมดาที่ได้รับการผ่าตัด 30 คน และบุคลากรพยาบาล 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลสูงกว่าก่อนใช้ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้

พิสมัย คุณาภรณ์ (2546) ทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยรับใหม่ จำนวน 40คน และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการผู้ป่วยรับใหม่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลปกติ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่

พรชนก จารุประกร (2547) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยา และกลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล ในกลุ่มทดลองที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พัชรี คงปลอด (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล โดยทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน และบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 20 คน พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Micheels et al. (1995) ศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ ต่อจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 78 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 35 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 43 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Goode (1995) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Case management ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย เอกสิทธิ์และความร่วมมือของผู้ให้บริการ

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยกลุ่มควบคุมใช้การดูแลผู้ป่วยตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้การดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแล (Care map) มีการวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยการประสานงานของผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ส่วนความร่วมมือแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพิ่มระดับความพึงพอใจ ความร่วมมือและเอกสิทธิ์วิชาชีพเป็นบางส่วน

Mary et al. (1997) ศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 107 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจในงาน รับรู้คุณภาพในการทำงาน และสามารถควบคุมการปฏิบัติงานได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลแบบทีม

Cook (1998) ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ต่างๆ จากการนำโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มักจะเป็นการลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยจำนวนวันนอนเป็นตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ ตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็จะลดลง พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ ลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

Wanda Anderson (1999) ศึกษาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างผู้จัดการผู้ป่วย จำนวน 302 คน จากโรงพยาบาล 139 แห่ง ของ American Hospital Association ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลทำให้ผู้ที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้รับการสนับสนุนในงาน จนเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

Chan et al. (2000) ศึกษาการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชนประเทศฮ่องกง เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพในการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แผนการดูแลทำให้บริการเป็นระบบที่ดีกว่าการให้บริการพยาบาลแบบเดิม ทำให้มีการติดต่อประสานงานตามแผนที่กำหนดไว้ เพราะมีการวางแผนล่วงหน้า หลีกเลี่ยงการทำงานซ้ำซ้อน เป็นการส่งเสริมแผนงานและเพิ่มความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เพิ่มเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล เพิ่มความเป็นวิชาชีพของพยาบาล เพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและพยาบาลเกิดความมั่นใจในตนเอง และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

Johnson, Blaisdell and Walker (2000) ศึกษาผลของการใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้ Clinical pathway ในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด สามารถลดปริมาณยาพ่นในขณะอยู่โรงพยาบาลและลดจำนวนวันนอน

Poole et al. (2001) ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่กลับมานอนรักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 16 คน ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

Young and Soeken (2005) ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาล ต่อระยะวันนอนโรงพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้การวิเคราะห์เมต้า ทบทวนการศึกษาทั้งหมด 12 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลลดจำนวนวันนอน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

Hopkins (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสร้างความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งการสร้างความร่วมมือในการรักษา และการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วย

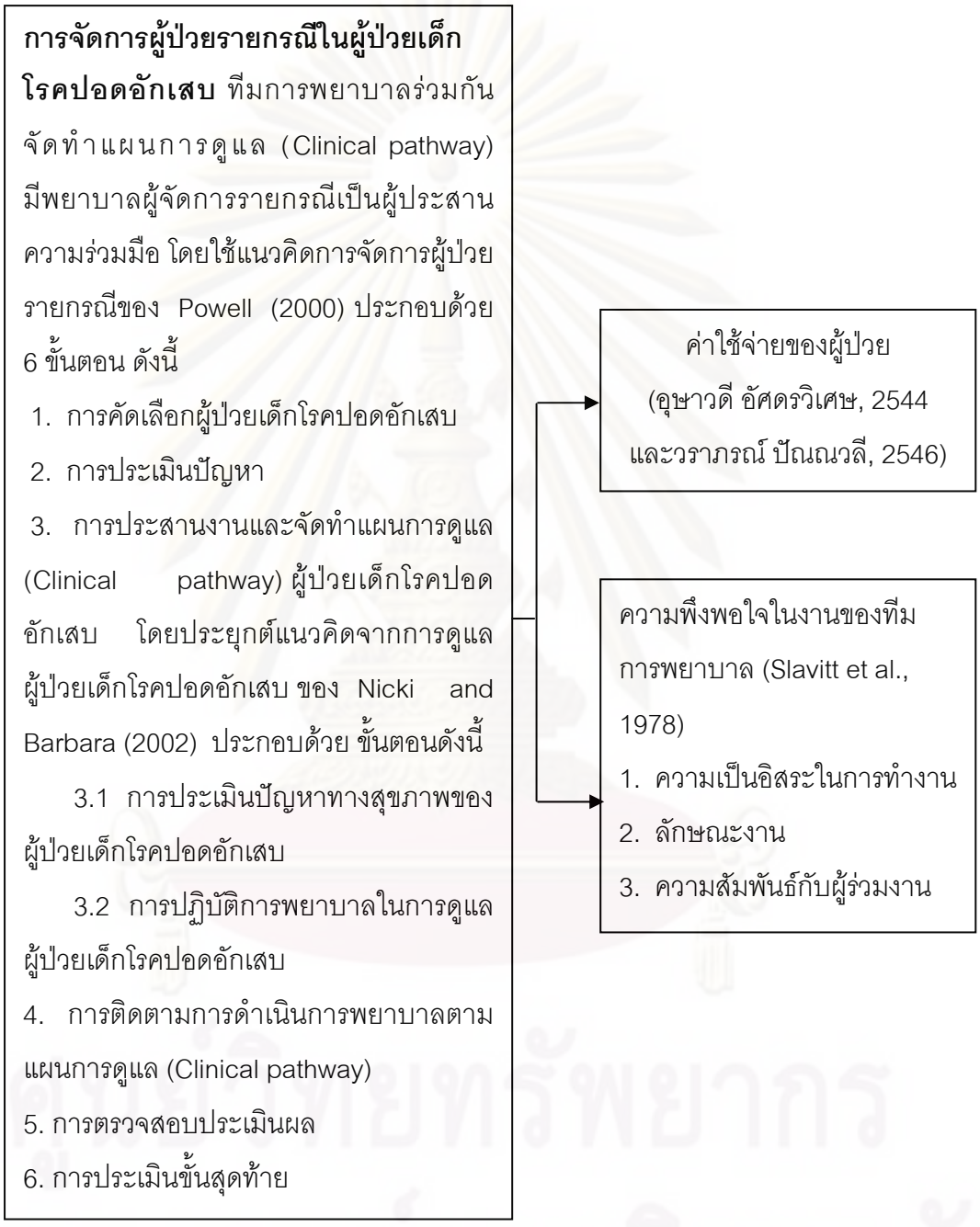
Thomas (2008) ศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในบทบาทของผู้จัดการรายกรณีในหน่วยงานอายุรกรรม ศัลยกรรมและหน่วยงานโรคหัวใจ โดยศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยในจำนวน 39,017 คน ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินการตามรูปแบบการจัดการรายกรณีโดยมีผู้จัดการรายกรณีที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตามระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) พบว่าในประเทศไทยมีการนำระบบนี้มาใช้กับผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย มีการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลง บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบนี้และผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในระบบนี้ถึงแม้ว่าในระยะหลังจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมากขึ้น แต่ก็ยังไม่พบรายงานการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่ามีผลต่อการ

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และความพึงพอใจของทีมการพยาบาล ซึ่งผลของการศึกษาที่ได้สามารถนำใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพต่อเนื่องและประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ ค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จำกัด ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ใช้รูปแบบที่เรียกว่า Two groups pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

O_1 X O_2

O_1 = จำนวนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O_2 = จำนวนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

X = การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและทีมการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คือผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 คน และกลุ่มหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 คน โดยใช้การจับคู่ (Matched pair) อายุ และ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชายหรือเพศหญิงที่อายุ 1 - 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และแพทย์รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

1.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ

1.3 บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 30 คน โดยกลุ่มก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 คน และกลุ่มหลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี 15 คน อายุ 1-3 ปี (ร้อยละ 73.3) อายุ 4-5 ปี (ร้อยละ 26.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มใช้การดูแลแบบปกติ (N=15)		กลุ่มใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=15)	
อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-3 ปี	11	73.3	11	73.3
4-5 ปี	4	26.7	4	26.7

2. กลุ่มทีมการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทจำนวน 10 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นทีมการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
2. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ขอถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการอบรมได้ครบ 16 ชั่วโมง
3. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

(ร้อยละ 90) และมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70) อายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย 30 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุสูงสุดคือ 50 ปี ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอยู่ระหว่าง 0-5 ปี (ร้อยละ 60) ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 7 ปี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยที่สุด 2 ปี สูงสุด 29 ปี ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก อยู่ระหว่าง 0-5 ปี (ร้อยละ 60) เฉลี่ย 5.8 ปี โดยระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กน้อยที่สุด 2 ปี สูงสุด 19 ปี (ตารางที่ 2)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลและประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (N=10)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$ = 30, SD= 7.33)		
20-30 ปี	8	80.0
31-40 ปี	1	10.0
41-50 ปี	1	10.0
สถานภาพสมรส		
โสด	7	70.0
คู่	3	30.0
วุฒิการศึกษา		
อนุปริญญา	1	10.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	90.0
ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล ($\bar{X}$ = 7, SD= 7.94)		
0-5 ปี	6	60.0
6-10 ปี	3	30.0
11-15 ปี	0	0.0
16-20 ปี	0	0.0
21-25 ปี	0	0.0
26-30 ปี	1	10.0
ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก ($\bar{X}$ = 5.8, SD= 5.05)		
0-5 ปี	6	60.0
6-10 ปี	3	30.0
11-15 ปี	0	0.0
16-20 ปี	1	10.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
   1.1 แผนการอบรม
   1.2 แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบกำกับการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
   3.1 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล
   3.2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการอบรม

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบไปด้วยเนื้อหาสาระที่ใช้ในการอบรมทีมการพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้แนวคิดของ Powell (2000) ร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

1.1.2 กำหนดเนื้อหาสาระของแผนการอบรมและกิจกรรมการอบรม วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถดังนี้

1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและอาการแสดงภาวะโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก

2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3) สามารถทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

1.1.3 เตรียมเนื้อหาในการอบรมตามวัตถุประสงค์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งแผนการอบรมประกอบด้วยวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการอบรม สื่อการสอน และการประเมินผล

1.1.4 กำหนดเนื้อหาในแผนการอบรมจำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับอบรมในวันที่ 1 เรื่อง “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ” ประกอบด้วยเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในความหมาย ความสำคัญ แนวคิด ขั้นตอนและกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี กำหนดวิธีการอบรมโดยใช้การบรรยาย อภิปราย จำนวน 6 ชั่วโมง และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 2 ชั่วโมง รวมเป็น 8 ชั่วโมง

ชุดที่ 2 ใช้สำหรับอบรมในวันที่ 2 เน้นเนื้อหากิจกรรม ให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาร่วมกันระดมสมองเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) จำนวน 4 ชั่วโมง และนำเสนอผลการระดมสมองร่วมกับการอภิปราย จำนวน 2 ชั่วโมง

1.1.5 จัดทำเอกสารประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาสาระตามแผนการอบรมและรายชื่อเอกสารอ้างอิงสำหรับอ่านเพิ่มเติม

1.1.6 ผู้วิจัยนำแผนการอบรมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมการอบรม และนำมาปรับแก้ไข

1.2 **แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ** (Clinical pathway)

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยรวบรวมแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ได้จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง และจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ พยาบาล แล้วนำมาปรับแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วจัดทำเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) และมอบให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ในขั้นตอนการทดลอง

2. **แบบกำกับการทดลอง**

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบกำกับการทดลอง เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้สำหรับตรวจสอบพฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ไปปฏิบัติครบถ้วนตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ มีลักษณะเป็นตารางระบุพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามรายการที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 17 รายการ และระบุสิ่งที่ได้จากการสังเกต ว่า “ปฏิบัติ “ หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยกำหนดให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่า กำหนดเกณฑ์สังเกต ดังนี้

“ ปฏิบัติ” หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้

“ ไม่ปฏิบัติ” หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้

“ หมายเหตุ” หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้โดยมีเหตุผลอื่นที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และเขียนอธิบายเหตุผล

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล**

ประกอบด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลและแบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ดังนี้

3.1 **แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล**

เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็ก มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจาก

แนวคิดความพึงพอใจในงานของ Slavit et al. (1978) มีมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความเป็นอิสระในการทำงาน ด้านลักษณะงานและด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน เป็นข้อคำถามในการวัดความพึงพอใจของทีมการพยาบาลตามแนวคิดของ Slavit et al. (1978) เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1) ด้านความเป็นอิสระในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ
2) ด้านลักษณะงาน จำนวน 7 ข้อ
3) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน		ระดับความพึงพอใจ
1	หมายถึง	ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (ร้อยละ 0-24)
2	หมายถึง	ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (ร้อยละ 25-49)
3	หมายถึง	ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (ร้อยละ 50-74)
4	หมายถึง	ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก (ร้อยละ 75-89)
5	หมายถึง	ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ร้อยละ 90-100)

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2541) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย		ความหมาย
1.00-1.49	หมายถึง	มีความพึงพอใจในงานระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	หมายถึง	มีความพึงพอใจในงานระดับพึงพอใจน้อย
2.50-3.49	หมายถึง	มีความพึงพอใจในงานระดับพึงพอใจปานกลาง
3.50-4.49	หมายถึง	มีความพึงพอใจในงานระดับพึงพอใจมาก
4.50-5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจในงานระดับพึงพอใจมากที่สุด

3.2 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาพยาบาลตั้งแต่รับรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ลักษณะเป็นข้อรายการเพื่อให้เติมข้อมูลในช่องว่างประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ เลขประจำตัวผู้ป่วยและวันที่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.2.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าการพยาบาล ค่าตรวจรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรคและค่าแม่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องและปรับแก้ไขเนื้อหา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา สำนวนภาษาและ ความเหมาะสมกับเนื้อหา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ซึ่งได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .85 และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 แผนการอบรม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.1.1 เพิ่มวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1.1.2 เพิ่มเนื้อหาในการอบรมเรื่องโรคปอดอักเสบ

1.1.3 เพิ่มเนื้อหาของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ปรับสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น จำนวน 3 ข้อ

หลังปรับแก้ไขแล้ว แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน มีจำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1) ด้านความเป็นอิสระในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ

2) ด้านลักษณะงาน จำนวน 7 ข้อ

3) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน จำนวน 7 ข้อ

2. **การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ จำนวน 15 คนและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จำนวน 15 คน เมื่อวันที่ 16ธันวาคม 2552 แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานเท่ากับ .88 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try out) และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ความพึงพอใจในงาน	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลองใช้	กลุ่มตัวอย่างจริง
	(N= 30)	(N= 10)
ความเป็นอิสระในการทำงาน	.83	.93
ลักษณะงาน	.81	.86
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	.88	.87
รวม	.88	.95

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแผนการอบรม แบบกำกับการทดลอง แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และแบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

2. ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทำการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย ดังนี้

2.1 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อขอทำการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย พร้อมกับส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประกอบการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย ซึ่งได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ให้ดำเนินการวิจัย

2.2 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและจัดทำโครงการอบรมกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยเด็ก

2.3 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายอาคาร สถานที่ โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดการอบรม โดยกำหนดวันที่ 22 ธันวาคม 2552 และวันที่ 24 ธันวาคม 2552 เป็นวันดำเนินการอบรม ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

2.4 ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบรายชื่อพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และนัดประชุมครั้งแรกในวันที่ 1 ธันวาคม 2552

3. คัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยวิจัย

คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งต้องอยู่ร่วมกับผู้วิจัยในการอบรมทั้ง 4 วัน โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และกระบวนการทดลองตลอดจนวิธีใช้แบบบันทึกกำกับการทดลองและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย

4. การเตรียมตัวผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรม ได้เตรียมตัวโดยการศึกษาเนื้อหาเรื่อง การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

จากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ และได้ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับทักษะจำเป็นสำหรับการเป็นวิทยากรที่ดี เช่น ทักษะการบรรยาย ทักษะการใช้อุปกรณ์ สื่อการอบรม และทักษะการทำกลุ่มสัมพันธ์

ขั้นตอนที่ 2 การทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง(Pre-test)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ จากแผนการเงินผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2552 ถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2552 ได้จำนวน 20 คนแรกก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่างทีมการพยาบาลก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล จำนวน 10 คน ในระหว่างวันที่ 21 ธันวาคม 2552 เพื่อประเมินความพึงพอใจในงานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ส่งแบบสอบถามที่ทำเสร็จแล้วกลับถึงผู้วิจัยโดยตรง โดยใส่แบบสอบถามคืนในซองปิดผนึกที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

ระยะที่ 2 การอบรม

1. ผู้วิจัยดำเนินการอบรมตามโครงการอบรมเรื่อง “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยแบ่งเป็นการอบรม 2 ครั้งๆ ละ 5 คน โดยครั้งแรกวันที่ 22-23 ธันวาคม 2552 และครั้งที่ 2 วันที่ 24-25 ธันวาคม 2552 ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โดยใช้แผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้ อบรมครั้งแรกวันที่ 22 ธันวาคม 2552 และครั้งที่ 2 วันที่ 24 ธันวาคม 2552 เวลา 8.00-16.00 น. เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาสาระประกอบด้วยพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบในเด็ก ระบาดวิทยา สาเหตุและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและควบคุมโรค การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ แนวคิด และหลักการ จัดการผู้ป่วยรายกรณี ลักษณะการจัดการผู้ป่วย

รายกรณี องค์ประกอบ และการดำเนินงาน ขั้นตอนและการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ข้อดีและข้อเสียของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปรายโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร จำนวน 4 ชั่วโมง และมีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 ชั่วโมง พร้อมกับการนำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมเหตุผลประกอบร่วมกับการอภิปรายร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างกลุ่ม จนได้ข้อสรุปเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จำนวน 1 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและอาการแสดงภาวะโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก

2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. สามารถทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

ชุดที่ 2 ใช้อบรมครั้งแรกวันที่ 23 ธันวาคม 2552 และครั้งที่ 2 วันที่ 25 ธันวาคม 2552 เวลา 8.00-16.00 น.เป็นการแบ่งกลุ่มระดมสมอง โดยนำเอาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยให้ทีมการพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา กิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้ ภาวะโภชนาการ รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกัน โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมกับการนำเสนอผลการระดมสมอง ร่วมกับการอภิปราย รวมเวลา 6 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถ ดังนี้

1. สามารถนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้

2. จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบร่วมกันของทีมการพยาบาลได้

3. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

บรรยากาศในการอบรมของทั้ง 2 กลุ่ม เน้นการสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้ารับการอบรมรู้สึกผ่อนคลาย เป็นกันเอง โดยจัดให้พักรับประทานอาหารว่างร่วมกัน และเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนมีส่วนร่วม คิดและร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการอบรมมีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันระหว่าง 2-29 ปี แต่กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกันและมีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

จากการประเมินผลการอบรมทั้ง 2 วันพบว่าผลการประเมินการอบรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินผลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =4.55) และกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะและความคิดเห็นดังนี้

1. ควรมีการจัดอบรมในโรคอื่นอีก เช่น โรคไข้เลือดออก
2. บรรยากาศสนุกสนานดี
3. มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

ระยะที่ 3 การนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ไปใช้ในสถานการณ์จริง

เป็นระยะที่กำหนดให้ทีมการพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ที่กำหนดร่วมกันในระยะที่ 2 ใช้จริงในหอผู้ป่วยเด็กโดยเป็นโดยผู้วิจัยมอบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ให้กับทีมการพยาบาลที่ผ่านการอบรม เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนกระบวนการ บทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถดำเนินการได้ถูกต้อง ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทีมการพยาบาลแจ้งให้ผู้จัดการรายกรณีทราบ เพื่อพิจารณาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยพิจารณาเกณฑ์อายุพร้อมทั้งกับประเมินสภาพผู้ป่วย
2. ผู้จัดการรายกรณีประสานกับทีมการพยาบาล และบิดา มารดาผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
3. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยมีผู้จัดการรายกรณีคอยกำกับ ติดตาม
4. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ผู้จัดการรายกรณีและทีมการพยาบาลร่วมกันประเมินและสรุปผลการดูแลรักษาผู้ป่วย

5. กำหนดประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เวลา 13.00-15.00 น. ที่ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ชั่วโมง

6. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับการกำกับการทดลองและใช้ใบกำกับการทดลอง เพื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในเด็ก (Clinical pathway) ได้ครบทุกขั้นตอน ครบถ้วน

หลังจากผู้วิจัยตกลงกับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ทีมการพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway ไปใช้จริง โดยมีแบบกำกับการทดลองเป็นเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของทีมการพยาบาล เกี่ยวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติลงในใบกำกับการทดลองทุกวัน ทุกเวร เพื่อช่วยให้มีการติดตามกำกับตามกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยจะมีการประชุมกลุ่มทุกวัน เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามทุกขั้นตอนหรือไม่ โดยกำหนดเกณฑ์ให้กลุ่มตัวอย่างต้องผ่านการปฏิบัติครบทุกขั้นตอนจึงถือว่าได้ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ใช้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2553 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ได้ทุกขั้นตอนตามเกณฑ์ คือ ร้อยละ 100 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มทดลองจริงเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553

จากการประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 8 ครั้ง ซึ่งการประชุมเน้นการสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง ผ่อนคลายและทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและสรุปความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการวิจัย ดังนี้

1. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ควรมีการขยายผลโดยการนำไปใช้ในกลุ่มโรคอื่น ในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทต่อไป

2. ควรมีการจัดอบรมให้กับสมาชิกทุกคนในหอผู้ป่วยเด็ก ที่โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา เกี่ยวกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เหล่านี้นำเสนอต่อผู้บริหารทางการพยาบาลในโอกาสต่อไป

สรุปผลการดำเนินการนำการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ไปปฏิบัติจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความสำคัญและปฏิบัติตาม มีความพึงพอใจในการนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เพราะมีความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมไม่เพิ่มภาระงานมากขึ้น มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ชัดเจนมากขึ้น และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 15 คน ตามแบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย จากแผนกการเงินผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โดยทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างด้วย อายุ กับกลุ่มก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล หลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แล้วผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) พร้อมกันทุกคนตั้งแต่วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 และได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบจำนวน 10 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองต่อกลุ่มตัวอย่าง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทดลอง และระยะเวลาการทดลอง
3. ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง
4. ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทดลองครั้งนี้ถือเป็นความลับ และจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม

5. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยที่เกิดจากการทดลอง สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยตลอดเวลา โดยผู้วิจัยให้ที่อยู่และวิธีการติดต่อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยสะดวก

6. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดหรือถอนตัวจากการทดลองได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียสิทธิ์ใดๆ ที่พึงมีพึงได้จากการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาลจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โดยนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจในงานก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon matched pairs signed- ranks test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon matched pairs signed- ranks test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ติดต่อประสานงานหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทำวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

1.2 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อเตรียมการจัดอบรม

1.3 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมการพยาบาลสำหรับการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม

1.4 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายอาคาร สถานที่เพื่อเตรียมสถานที่และกำหนดจัดอบรม

↓

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนทดลอง
2. ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล (Pre-test)

↓

2. ขั้นการทดลอง

ดำเนินการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ระยะที่ 1 การให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหา ประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ การรักษา การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิด และหลักการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ลักษณะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี องค์ประกอบ และการดำเนินงาน ขั้นตอนและการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปราย การระดมสมอง ตามแผนการอบรมจำนวน 2 ชุด จำนวน 12 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway)**ไปใช้ในสถานการณ์จริง** เป็นการนำเอาแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ที่ได้จากการระดมสมองและจากทีมสหสาขาวิชาชีพเด็ก ที่ได้จากระยะที่ 1 ไปปฏิบัติจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีการประชุมกลุ่ม อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง

↓

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการทดลอง

3.1 ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหลังทดลอง ในช่วงระยะเวลาทำการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3.2 ประเมินความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล (Post –test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ใช้รูปแบบที่เรียกว่า Two groups pretest-posttest design ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ตารางที่ 4-6)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (ตารางที่ 7)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยรวมและค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่าย	ก่อนการใช้การจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี (N=15)		หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=15)	
	จำนวนเงิน (บาท)	เฉลี่ย	จำนวนเงิน (บาท)	เฉลี่ย
1. ค่าห้อง	144,000.00	9,600.00	132,000.00	8,800.00
2. ค่าอาหาร	10,807.00	724.50	11,754.00	783.60
3. ค่าอุปกรณ์	42,113.00	2,807.50	37,682.00	2,512.10
4. ค่ายาและเวชภัณฑ์	258,868.00	17,257.90	27,877.00	15,191.80
5. ค่าการพยาบาล	55,160.00	3,677.30	52,680.00	3,512.00
6. ค่าตรวจรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์	53,800.00	3,586.70	52,800.00	3.520.00
7. ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค	105,668.00	7,044.50	68,282.00	4,552.13
8. ค่าแม่บ้าน	43,600.00	2,906.70	41,800.00	2,786.66
รวม	717,814.00	47,854.30	624,875.00	41,658.33

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ลดลงกว่ากลุ่มก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 47,854.30 บาท และ หลังใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 41,493.10 บาท

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำแนกเป็นรายคู่ (N=15)

คู่ที่	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ			
	ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	
	อายุ (ปี)	บาท	อายุ (ปี)	บาท
1	2	62,982.90	2	46,309.10
2	3	54,811.30	3	40,805.80
3	1	53,595.00	1	38,426.90
4	3	50,536.00	3	40,160.60
5	3	49,818.60	3	47,177.90
6	4	49,353.40	4	32,695.40
7	4	49,146.10	4	41,850.50
8	1	46,952.10	1	38,187.00
9	1	45,409.10	1	45,957.60
10	3	45,074.50	3	41,389.60
11	5	43,857.00	5	38,470.00
12	2	43,799.20	2	47,508.40
13	4	42,439.80	4	40,432.20
14	3	41,136.60	3	47,225.50
15	3	38,902.70	3	35,800.60
Mdn.		46,952.10		40,805.80
IQR		81,977.50		60,470.80

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่ามัธยฐาน (Mdn. = 40,805.80) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 46,952.10) โดยในกลุ่มก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 38,902.70- 62,982.90 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายกลุ่มหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 32,695.40 -47,508.40 บาท

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=30)

ค่าใช้จ่าย (บาท)	ก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=15)	หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=15)	Z	p-value
Mdn.	46,952.10	40,805.80	- 2.547	0.011
IQR	81,977.50	60,470.80		
Sum of ranks	44.00	1.00		
Mean ranks	5.50	1.00		

จากตารางที่ 6 พบว่าค่ามัธยฐาน ค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 40,805.80) น้อยกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 46,952.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำแนกรายด้าน (N=10)

ความพึงพอใจในงาน	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				Z	p-value
	Mdn.	IQR	Sum of ranks	ระดับ	Mdn.	IQR	Sum of ranks	ระดับ		
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	4.40	0.79	6.50	มาก	4.57	0.36	38.50	มากที่สุด	-1.90	0.047
ความเป็นอิสระในการทำงาน	4.00	0.79	6.00	มาก	4.57	0.14	39.00	มากที่สุด	- 1.96	0.049
ลักษณะงาน	3.57	1.04	0.00	มาก	4.50	0.36	28.00	มากที่สุด	- 2.38	0.018
รวม	3.57	0.81	3.50	มาก	4.67	0.25	41.50	มากที่สุด	- 2.25	0.024

จากตารางที่ 7 พบว่าค่ามัธยฐานความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวม (Mdn. = 4.67) อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 3.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ใช้รูปแบบที่เรียกว่า Two groups pretest-posttest design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 30 คน และทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และ ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ แผนการอบรม เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ชุด แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .85 และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .88

ดำเนินการทดลองหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานก่อนการทดลอง (Pre-test) และเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังจากนั้นได้ดำเนินการทดลองเป็นระยะ 2 ระยะคือ ระยะอบรมโดยอบรมตามแผนการอบรมเรื่อง "การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ" ใช้เวลาในการอบรม 4 วัน วันละ 8 ชั่วโมง และระยะการนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ไปปฏิบัติจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็ก โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) เป็นแนวทางปฏิบัติทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 12 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2553 และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ

ในงานของทีมการพยาบาลอีกครั้ง (Post-test) และเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ(Percentile) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon matched pairs signed- ranks test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. =40,805.8) น้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 46,952.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

2. ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Mdn. = 4.67) สูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Mdn. = 3.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. **ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ**

ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบน้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดและคุ้มค่า สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Spitzer- Lehmann (1994) ที่ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยี และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายภายในเวลาที่กำหนดภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative practice) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า Clinical pathway และมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้จัดการประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ใน

โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดแนวทางการดูแลจะทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาลและที่สำคัญคือสามารถประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ ดังนั้น จึงพบว่าค่าใช้จ่ายหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูง มีการตรวจทางห้องทดลองและต้องใช้อุปกรณ์และเวชภัณฑ์มาก ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูง เมื่อใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีแล้วพบว่าค่าใช้จ่ายลดลง โดยเฉพาะในรายการค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค และค่าอุปกรณ์ เนื่องจากมีการอบรมให้ทีมการพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในทิศทางเดียวกัน ทำให้ไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อีกทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญและสนับสนุนให้โครงการอบรมเกิดขึ้น ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้เกิดคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตาม กำกับ ช่วยเหลือให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามปกติกิจกรรมการดูแลรักษาเป็นไปตามการประเมินอาการของแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งจะหมุนเวียนเปลี่ยนกันไปแต่ละเวร การสั่งการตรวจรักษาบางครั้งอาจเกินความจำเป็น เพราะขาดการประสานงานกัน ซึ่งเมื่อมีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ซึ่งทีมการพยาบาลได้ร่วมกันเขียนกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับหนึ่งว่าสิ่งที่ได้บรรจุไว้นั้นเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการตามที่กำหนดไว้ หากต้องการตรวจวินิจฉัยที่มากกว่านั้นจะต้องมีเหตุผลที่เหมาะสมประกอบด้วยเสมอ ทำให้ทีมสหสาขาปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ จึงทำให้มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์การดูแลร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิด ของ Powell (2000) นั่นคือทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงานกันมากขึ้น และให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway) ที่กำหนดไว้ ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่านอกจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงแล้วยังทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงด้วย ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ลดลงนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cook (1998) Micheels et al. (1995) และ Chan et al. (2000)

นอกจากนั้นทีมการพยาบาลใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ในการทำกิจกรรมการพยาบาลจะมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ในแต่ละขั้นตอน เช่น การให้คำแนะนำในการ

ปฏิบัติตัวและการดำเนินของโรค และมีการสอนการเคาะปอดเพื่อให้มีการไอเพื่อเอาเสมหะออกมา และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านก็มีการอธิบายพร้อมทั้งให้ใบคำแนะนำในการปฏิบัติตัวโรคปอดอักเสบทุกราย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคได้เร็ว ประกอบกับการที่ให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกับทีม มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย และเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง สามารถกลับบ้านตามระยะเวลาที่กำหนดได้ โดยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การประสานงานในทีมเป็นไปด้วยความสะดวก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลดลง

2. **ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล**

ผลจากการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างหลังจากการที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า เนื่องจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้ทีมการพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็ก ทุกคนสามารถใช้ความคิดอิสระในการกำหนดกิจกรรมการทำงาน โดยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และวางแผนในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานในหอผู้ป่วยเด็กเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการให้ความช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทำให้บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

เนื่องจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Powell (2000) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเน้นที่ว่าทีมสหสาขา ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการประเมินผล การวางแผนดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม ประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่องาน และมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน ความก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสารและผู้ร่วมงาน และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของ Slavitt et al. (1978) ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยกล่าวถึงส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล ได้แก่ความเป็นอิสระในการทำงาน ลักษณะงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานงาน พบว่า ความพึงพอใจในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานงานภายหลังจากที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากทีมการพยาบาลมีการอบรมเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และได้รับเอกสารประกอบการอบรม ทำให้ทีมการพยาบาลได้รับความรู้ ทำให้ทีมการพยาบาลพึงพอใจ ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ทำให้มีการร่วมมือกันทำงานเป็นทีม มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ความสามารถของทีมการพยาบาล ทุกคนยอมรับความรู้ความสามารถของทีมการพยาบาล มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้บรรยากาศในการทำงานอบอุ่นและเป็นมิตรในทีม เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาในระหว่างปฏิบัติงาน และสามารถพูดคุยขอคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชา ในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากการพูดคุยและแลกเปลี่ยน และยอมรับความคิดเห็นนี้ทำให้ทีมการพยาบาลเกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในการทำงานซึ่งยอมรับจากผู้ร่วมงาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจและพึงพอใจในงาน สอดคล้องกับ Slavitt et al. (1978) ที่กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมและเกิดความร่วมมือในการทำงาน มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเชื่อถือไว้วางใจ และบรรยากาศในการทำงานที่ดี ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ดังนั้นผลการวิจัยสรุปได้ว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีน้อยกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครองได้มากที่สุด สร้างความประทับใจและพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมั่นใจว่าบริการที่ได้รับคุ้มค่า ราคาเหมาะสม มั่นใจในบริการ นำมาซึ่งความมั่นใจและภาคภูมิใจในวิชาชีพและความพึงพอใจในงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

1. **ข้อเสนอแนะในการทำผลงานวิจัยไปใช้**

1.1 ควรนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่นที่ต้องมารับการรักษาบ่อยๆ เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายลงและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ปกครอง และลดการใช้ยาและเวชภัณฑ์ของประเทศไทย

1.2 การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบส่งผลให้ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงควรนำไปใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์และโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา เพื่อให้ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในงานและเป็นการธำรงรักษาให้คนคงอยู่

1.3 หากนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในผู้ป่วยเด็ก ควรมีการปรับใช้ในเรื่องสื่อการสอน เช่น เพิ่มหุ่นตุ๊กตาเด็ก

2. **ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

2.1 ควรมีการการศึกษาการนำการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง เช่น โรคไต โรคเบาหวาน

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล การรับรู้คุณค่าของการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **ระบบงบประมาณแบบSPBB และแนวทาง**

กฤษณา นราพันธ์. (2544). **ผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน แบบการจัดการรายผู้ป่วยต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤษดา แสวงดี. (2547). **รายงานการสำรวจสถานการณ์ด้านกำลังคนทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

การคำนวณต้นทุน ผลผลิตของส่วนราชการ. ม.ป.ท. (เอกสารอัดสำเนา).

คณะกรรมการเวชระเบียน โรงพยาบาลสมิติเวช. (2551). **รวบรวมข้อมูลการรายงานสถิติผู้ป่วย ปี2551**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมิติเวช. (อัดสำเนา)

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. **แผน 10 ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง**. [ออนไลน์]. 2550 แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th. [2552, พฤศจิกายน 25]

จงจิตร ทองเครือ. (2546). **การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วไต ในโรงพยาบาลขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิราพร สิมากร.(2544). **ผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ความพึงพอใจของพยาบาลและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราภรณ์ ศรไชย. (2543). **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2546). การบริหารงานสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน. **เอกสารวิชาการหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต** (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริหารมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: พีเอ็นการพิมพ์.

ณัฏฐพันธ์ เขจรนันท์. (2545). **TQM กลยุทธ์การสร้างองค์การคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซเปอร์เน็ท.

ณัฏฐิมล โลพันธ์ศรี. (2543). **ผลของการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบยึดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐนุกูล ผกาภรณ์รัตน์. (2542). **ผลการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดาและความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลเลิศสิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธวัช สุนทรจารย์. **โรคปอดอักเสบในเด็ก**. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://www.mnrh.in.th/site_data/mykku_hos/message. [2552, กรกฎาคม 25]

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **การบริหารการพยาบาล**. นนทบุรี: ประชุมช่าง.

นิพิฐ พิรเวช. **สุขภาพคนไทย 2549**. [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport. [2552, พฤศจิกายน 25]

เนาวรัตน์ สารทลาลัย. (2547). **ผลของการพัฒนาการทำงานเป็นทีมต่อความพึงพอใจในในงานของบุคลากรการพยาบาล หน่วยงานห้องคลอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2551). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูต. (2541). **สถิติเพื่อการวิจัย คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์. (2541). **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2544). **จิตวิทยาบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมิติเวช. (2551). **รวบรวมข้อมูลการรายงานความยึดมั่นผูกพันองค์กร ปี2551**. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมิติเวช. (อัดสำเนา)

พนิดา ศรีสันต์. (2549). **ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

พรชนก จารุประกร. (2547). **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ ไตรภัทร. (2544). **การใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร: กรณีศึกษาสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2544). **การพยาบาลเด็ก เล่ม 2**. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

พัชรี คงปลอด. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรี เจริญพร.(2546). **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิสมัย คุณาภรณ์. (2546). **ผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต. (2545). **ผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยงยุทธ เกษสาคร. (2547). **ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ปัณณรัชต์.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรวดี รุ่งจตุรงค์. (2547). **การวิเคราะห์ต้นทุน**. คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. (อัดสำเนา)

เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). Case Management. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 nd national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนสปาร์ค กรุงเทพมหานคร.
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วราภรณ์ ปัณณวลี. (2546). **การศึกษาต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วย**. เชียงใหม่: เอกสารประกอบการสอน วิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์.

วราภรณ์ สุรัตนากร. (2547). **การวิเคราะห์องค์ประกอบของทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิผล โรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิธร วีรเวทวัฒน์. (2547). **ผลของการมีส่วนร่วมในการสร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลต่อความพึงพอใจในการทำงานของทีมการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย.

ศุวัชรีย์ งูพิมาย. (2543). **ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของบุคลากร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). **เอกสารคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.). (2543). Case Management. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). คุณค่าการพยาบาล. **วารสารพยาบาล**. 43(2): 99-111.

สมชาติ โตรักษา. (2546). **กลยุทธ์การบริหารโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนายั่งยืน.** กรุงเทพมหานคร: พี. เอ็น. การพิมพ์.

สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และดวงมณี โกมารทัต. (2544). **การบัญชีต้นทุน 2**. กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ-ฮิล อินเตอร์เนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพร์ส.

สมบูณ ขัตติยะสุวงศ์. (2543). **การบริการของโรงพยาบาลตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมยศ นาวีการ. (2545). **การบริหารแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ.

สมฤดี ชัยวีระวัฒนะ. **ปอดบวม ภัยร้ายใกล้ตัวเด็กเล็กที่ถูกลืม** [ออนไลน์]. (2551). แหล่งที่มา: http://thainews. Prd.go.th/Influenza/index.php.[2553, มกราคม 24]

สร้อยตระกูล ติวยานนท์. (2545). **พฤติกรรมองค์การ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สัมฤทธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2545). **การคลังสาธารณสุข: แนวคิดและแผนจัดการ 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุนี ชลาภิรมย์ และคณะ. (2535). **การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา.** รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมการแพทย์.

สุพัตรา มะปรางหวาน. (2546). **อนาคตภาพองค์การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ในช่วงพุทธศักราช 2550-2554**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภรี สุวรรณจุฑะ,หฤทัย กมลาภรณ์และอรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์. (2547). **โรคระบบทางเดินทางเดินอากาศหายใจ-ในวัยทารกและวัยเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เม็ดทราย.

เสริมศรี สันตติ. (2545). หน่วยที่ 8 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ. **เอกสารการสอนชุดวิชา 51207 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น**, หน้า 235-340. นนทบุรี:

หฤทัย กมลาภรณ์ และคณะ. (2550). **การบำบัดรักษาทางระบบหายใจเด็ก: สำหรับแพทย์และพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2540). **คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อัญชัญ ไพบูลย์. (2545). **ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาทร ริ้วไพบูลย์. (2544). **การวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ(Cost analysis in health care)**. กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2544). **การจัดการทางการพยาบาลต่อคุณภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 โรงแรมเอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

American Nurses' Association. (1988). **Nurse case management**. Missouri: American Nurses' Association.

Ball, J., and Bindler, R. (1992). **Pediatric nursing caring for children**. 3 rd ed. Norwalk: Appleton & Lange.

Bower, K. A. (1992). **Case management by nurses**. Washington: American Nurses.

Campbell, D.T. (2002). **Experimental and quasi-experimental designs**. New York: Houghton Miffin.

Carol, L. I. (1997). Critical pathways: Effectiveness in achieving patient outcomes. **Journal of Nursing Administration** 27(6): 16-23.

Carl, F. D. (1997). **Nelson textbook of Pediatric**. Philadelphia: W.B. Saunders.

Chan, S. C. W., et al. (2000). An evaluation of the implement of case management versus a routine community care organization for patient with chronic schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing** 31 (1): 144-156.

Charles, G. P. (2002). **Nelson textbook of pediatric**. Philadelphia: W.B. Saunders.

Coeur, M. S. (1996). **Case management practice guideline**. St. Louis: Mosby.

Cohen, E. L., and Cesta, T. G. (1993). **Nursing case management : From concept to evaluation.** Missouri: Mosby-Year Book.

Cook, T. H. (1998). The effectiveness of inpatient case management fact or fiction. **Journal of Nursing Administration** 28(4): 36-45.

Elaine, L., and Toni, G. (1993). **Nursing case management : From concept to evaluation.** St. Louis: Mosby.

Ellis, J. R., and Nowlis, E. A. (1995). **Nursing : A human needs approach.** 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Flarey, D. L. (1995). **Redesigning nursing care delivery : Transforming our future.** Philadelphia: J.B. Lippincott.

Ganong, J. M., and Ganong, W. L. (1980). **Nursing management.** 2nd ed. London: An Aspen Publication

Goode, M. (1995). Impact of care map and case management on patient satisfaction and staff satisfaction, collaboration, and autonomy. **Nursing Economics** 19(6): 337-348

Hackman, R., & Oldham, G. R. (1980). **Work design.** Massachusetts: Addison-Wesley.

Hopkins, M., and Ramsundar, N. (2006). Which factors predict case management services relate to client outcomes?. **Psychiatric Rehabilitation Journal** 29 (3): 219-230.

Ireson, C. L. (1996). Critical pathway : Effectiveness in achieving patient outcomes. **Journal of Nursing Administration** 27 (6):16-22.

Johnson, K. B., Blasdell, C. J., and Walker. (2000). Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. **Pediatrics** 106: 1006-1012.

Kathleen, A. (1992). **Case management by nurses.** Maryland: American Nurses Publishing.

Katzenbach, J. K., and Smith, D. K. (2002). **The wisdom of team: Creating the high performance organization.** 3rd ed. New York: McGraw-Hill.

Kettle, J. L. **Factor affect job satisfaction in the registered nurse** [Online]. 2001. Available from: http://juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Kettle.htm [2009, July 27]

Kids Health Organization. **Pneumonia** [Online]. 2004. Available from: http://www. Kids Health. Org/pneumonia.html. [2009, July 23]

Kumar P., McKean, M. C. (2004). Evidence based prediatrics: Review of BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in children. **Journal of Infection** 48 (2): 134-138.

Marilyn, J., David, W. (2009). **Essentials pediatric nursing**. 8th ed. St. Louis: Mosby.

Mary, R., Lynn B. K. (1997). Effect of case management on the nursing contex-perceived quality of care, work satisfaction and control over practice. **Journal of Nursing Scholarship** 29(3): 237-241

Michall, L., Boyd, Barbara, F., Alice, W., and Catherine, A. (1996). Community-based case management for chronically ill older Adults. **Nursing Management**. 27(11): 31-32

Micheels, T. A., Wheeler L. M., Hays, B. J. (1995). Linking quality and cost effectiveness: Case management by an advanced practice nurse. **Clinical Nurse Specialist**. 9(2): 107-111.

Nicki, L., Pott., and Barbara, L., Mandleco. (2002). **Pediatric nursing : Care for children and their families.** New York: Delmar Thomson Learning.

Poole, P. J., et al. (2001). Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease. **Respirology** 6 (1): 37-42.

Powell, S. K. (1996). **Case management : A practice to success in manages care.** Philadelphia: Lippincott-Raven.

Powell, S. K. (2000). **Case management : A practice guide to success in managed care**. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Robbins, S. P. (2001). **Organizational behavior.** 9th ed. New jersey: Prentice-Hall.

Robbins, S. P. (2003) .**Organizational behavior.** 10th ed. New jersey: Prentice-Hall.

Sheder, K., et al. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. **Journal of Nursing Administration** 31 (4): 210-216.

Shortell, S. M., and Kaluzny, A. D. (2005). **Health care management organization design and behavior.** 4 th ed. New York: Delmar Thomson Learning.

Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. G., and Hease, A. M. (1978) Nurse's satisfaction with their work situation. **Nursing Research** 27: 114-120.

Spector, P. E. (1997). **Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequence**. London: SAGE.

Spitzer, L. R. (1994). Nursing management desk reference: Concepts, skills and nurse satisfaction . **Journal of Nursing Administration** 19(11): 21-27.

Swansburg, R. C., and Swansburg, R. J. (2002). **Management and leadership for nurse managers**. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Terri Kyle. (2008). **Essentials of pediatric nursing** . Philadelphia: Lippincott.

Thelan, L. A., Urder, l. D., Lough, M. E., and Stacy, K. M. (1998). **Critical care nursing : Diagnosis and management**. 3 rd ed. St. Louis: Mosby.

Virt, R.G., and George W. (1983). Inflation and the behavior of secterial price. **Business Economics** 18 (5): 47-53.

Thomas P. L. (2008). Case manager role definitions: Do they make an organizational impact?. **Professional Case Management** 3: 61-67.

Wanda Anderson – Loftin. (1999). Nurse case managers in rural hospitals. **Journal of Nursing Administration** 29(2): 42-49.

Wise, Y. (1995). **Leadership and managing in nursing.** St. Louis: Mosby.

Wolk, James, L., and Sullivan, William, P. (1994). The managerial nature of case management: **Social Work** 39(3): 152-160.

Wolf, G. A., and Orem, C. A. (1994). **Nursing management desk reference concepts skill & strategies.** Philadelphia: W.B. Sander.

World Health Organization. (1998). **WHO classification of ARIC, case management chart 1998**. Switzerland: WHO Publication.

Young, K. J., and Soeken, K. L. (2005). A meta analysis of the effect of hospital based case management on hospital length of stay and readmission. **Nursing Research** 57 (4): 255-264.

Zander, K. (1988). Nursing case management : Strategic management of cost and quality outcomes. **Nursing Administration** 18(5): 23-30.

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อ	ตำแหน่ง
1. แพทย์หญิงสมสิริ สกลสัตยาทร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
2. รองศาสตราจารย์พันตำรวจตรีหญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	ข้าราชการบำนาญ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. พันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร	หัวหน้าสำนักงานวิชาการกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์	ผู้จัดการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
5. พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการพยาบาล) โรงพยาบาลวิภาวดี
6. นางสาวสมนึก โสตถิกิจกุล	หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2379

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL
www.samitivejhospitals.com
133 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0-2711-8181, 0-2392-0011 แฟกซ์: (66) 0-2391-1290
133 SUKHUMVIT 49, KLONGTAN NUA, VADHANA, BANGKOK 10110, THAILAND. TEL. 0-2711-8181, 0-2392-0011 FAX: (66) 0-2391-1290

ที่ สผ.385/2552 24 ธันวาคม 2552

เรื่อง ตอบรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้มีความประสงค์ขอให้คุณบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย นั้น โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ยินดีต้อนรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหัวข้อดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์โรคชัย จารุศิริพิพัฒน์)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

สำนักกรรมการผู้จัดการ
โทร. 0-2711-8627

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2218

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญท่านและขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

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

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านและนางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ ผู้จัดการหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและอนุมัติให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
SAMITIVEJ SUKHUMVIT HOSPITAL
www.samitivejhospitals.com
133 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 0-2711-8181, 0-2392-0011 แฟกซ์: (66) 0-2391-1290
133 SUKHUMVIT 49, KLONGTAN NUA, VADHANA, BANGKOK 10110, THAILAND. TEL. 0-2711-8181, 0-2392-0011 FAX: (66) 0-2391-1290

ที่ สผ.356/2552 23 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง อนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้แจ้งเชิญดิฉัน และคุณนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" ของนางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มานั้น ดิฉันยินดีร่วมเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว และอนุมัติให้คุณนิษฐ์อร วชิรสวัสดิ์ ร่วมเป็นผู้ตรวจสอบในครั้งนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสมสิริ สกลสัตยาทร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

สำนักกรรมการผู้จัดการ
โทร. 0-2711-8626

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2218

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

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

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ที่ ศธ 0512.11/ 2218

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

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

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการพยาบาล) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ที่ ศธ 0512.11/ 2218

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร หัวหน้าสำนักงานวิชาการกองออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการกองออร์โธปิดิกส์ และพันตรีหญิง ธมนพัชร์ สิมากร
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๔๒๑๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๙ พฤศจิกายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น

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

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสมนึก โสตถิกิจกุล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสมนึก โสตถิกิจกุล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2380

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 15 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2380

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 15 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชุกูล โทร. 0-2218-9823
ชื่อนิสิต	นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง โทร. 08-1710-1615

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยเด็ก 3R โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110

(ที่บ้าน) 48 หมู่ 7 แขวงบางแค เขตบางแค กทม. 10160

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02 -7118313 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-4542208

โทรศัพท์มือถือ 081-7101615 E-mail : sriarun1@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

4. โครงการนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

5.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบและทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจำนวน 30 คน และทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

5.2 การดำเนินการทดลอง เริ่มด้วยขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมการทดลองโดยดำเนินการตามขั้นตอน คือ จัดทำโครงการอบรม เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เตรียมเครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลอง โดยผู้วิจัยทำเรื่องขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อขอทำการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และพิจารณาขอจริยธรรมในการวิจัย โดยการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และประสานงานกับผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งต้องอยู่ร่วมกับผู้วิจัยในวันจัดการอบรม ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกระบวนการทดลองตลอดจนวิธีใช้แบบกำกับการทดลองและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยหลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากรายงานสถิติหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

5.3 ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะฝึกอบรม ผู้วิจัยดำเนินการฝึกอบรมตามโครงการการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ตามแผนการอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 2 วัน ตามแผนการอบรมชุดที่ 1 และชุดที่ 2 และผู้วิจัยนำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้กลุ่มทดลองใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยเด็ก ในขั้นการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยเด็ก

ระยะที่2 ระยะทดลองฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงการนำการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก และ แจกแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พยาบาลผู้จัดการ

รายกรณีและทีมการพยาบาล ที่ผ่านการอบรม เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนกระบวนการ บทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถดำเนินการได้ถูกต้อง

5.4 การประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังกลุ่มทดลองใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติจริง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล (Post-test)

6. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง ที่อยู่ หอผู้ป่วยเด็ก3R โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โทรศัพท์ 081-7101615 ได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรอง ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล

7. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

โครงการจัดการอบรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการจัดการอบรมเรื่อง
“การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
(Case Management in Children with Pneumonia)”

หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบัน เป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการปฏิรูปสาธารณสุข โดยเฉพาะการมีเป้าหมายในการจัดบริการพยาบาลที่เน้นคุณภาพบริการ คุณภาพการดูแลภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมประกอบกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายโรงพยาบาลพยายามจะจัดการกับระบบบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนการบริการ ปรับปรุงคุณภาพการดูแล จึงมีผลกระทบกับงานบริการ จำเป็นที่จะต้องค้นหารูปแบบบริหารจัดการ ในเรื่องที่จะควบคุมและกำกับดูแลให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ลดค่าใช้จ่าย สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า รูปแบบหนึ่งของการดูแลที่เป็นที่น่าสนใจในปัจจุบันคือ ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งสามารถช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสุขภาพเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการทำให้เกิดคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์สูงสุดกับผู้ใช้บริการเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรอื่นๆ บริการพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างคุณภาพบริการสุขภาพ ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดระบบนี้ จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยนำมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการการในดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงได้จัดให้มีการอบรมบุคลากรเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมการพยาบาล (Clinical pathway) ได้
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชุกูล

วิทยากร

นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จำนวน 10 คน

ระยะเวลาการฝึกอบรม

ฝึกอบรมวันละ 6 ชั่วโมง ในวันที่ 22 -25 ธันวาคม 2552 เวลา 8.00-16.00 น.

สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วิธีดำเนินการ

1. บรรยายเนื้อหาภาคทฤษฎี สลับการอภิปรายและซักถาม เพื่อให้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. แบ่งกลุ่ม การระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปจัดทำแผนการดูแล(Clinical pathway) ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้
3. ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ไปปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีได้

การประเมินผลโครงการ

1. สังเกตจากความสนใจในการเข้าร่วมโครงการของทีมการพยาบาล
2. การร่วมอภิปรายและข้อคิดเห็นของทีมการพยาบาล
3. ทีมการพยาบาลเข้าใจและสามารถอธิบายขั้นตอนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้
4. เกิดการพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

ประเมินผล

แบบประเมินผลการอบรม

งบประมาณ

1. อุปกรณ์เครื่องเขียน จำนวน 10 ชุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำหนดการจัดอบรมเรื่อง
เรื่อง "การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ"
วันที่ 22-25 ธันวาคม พ.ศ. 2552
ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วันที่ 22 ธันวาคม และ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ภาคเช้า

08.00 – 08.45 น.	ลงทะเบียน และรับเอกสาร
08.45 – 09.00 น.	แนะนำโครงการจัดอบรม โดย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง
09.00 – 09.15 น.	พิธีเปิดการสัมมนา โดย คุณศศิธร เลิศล้ำ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
09.15 – 10.00 น.	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
10.00 – 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 – 12.00 น.	บรรยายเรื่อง " การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ" โดย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน

ภาคบ่าย

13.00 – 14.00 น.	บรรยายเรื่อง " การจัดการผู้ป่วยรายกรณี" โดย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14.00 – 14.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.15 – 15.15 น.	บรรยายเรื่อง " การจัดการผู้ป่วยรายกรณี" (ต่อ)
15.15 – 15.45 น.	เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
15.45 – 16.00 น.	วิทยากรแจ้งกำหนดการอบรมในวันที่ 2 และปิดการอบรมวันที่ 1

วันที่ 23 ธันวาคม และ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ภาคเช้า

08.00 – 08.45 น.	ลงทะเบียน และรับเอกสาร
08.45 – 09.00 น.	กล่าวคำทักทายและและเปิดการอบรมวันที่ 2 โดย นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง
09.00 – 9.20น.	วิทยากรทบทวนเนื้อหาวันที่ 1 และชี้แจงรายละเอียดของใบงานที่ 2 และจัดกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมระดมสมอง
9.20– 10.00 น.	ให้กลุ่มระดมสมอง
10.00 – 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 – 12.00 น.	ระดมสมอง (ต่อ)
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน

ภาคบ่าย

13.00 – 14.00 น.	กลุ่มที่ 1 เสนอผลงาน
14.00 – 14.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.15 – 15.15 น.	กลุ่มที่ 2 เสนอผลงาน
15.15 – 15.45 น.	สรุปแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ทั้ง 2 กลุ่มร่วมระดมสมอง
15.45 – 16.00 น.	วิทยากรสรุปการอบรมและนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมประจำสัปดาห์ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ และปิดการอบรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการอบรม (ชุดที่ 1)

เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

วิธีการอบรม การบรรยาย อภิปราย ระดมสมอง กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ

วิทยากร นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ผู้รับการอบรม พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 1 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

วันและเวลา วันที่ 22 ธันวาคม และ 24 ธันวาคม 2552 เวลา 08.00 - 16.00 น.

สถานที่ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและอาการแสดงภาวะโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็ก
2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
3. สามารถทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้ารับการอบรมจะสามารถ

1. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบได้ถูกต้อง
2. อธิบายการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้
3. อธิบายหลักการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้
4. วางแผนร่วมกับทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้
5. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้
6. ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับทีมการพยาบาลได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
นำเข้าสู่เนื้อหา	**บทนำ** ทีมการพยาบาลเป็นกำลังหลักสำคัญในระบบสุขภาพทั้งในการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการบริการเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสังคมท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว จากผลการศึกษาพบว่าทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชนและเป็นบุคคลากรกลุ่มใหญ่ในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เพียงแต่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้นแต่ยังต้องรับผิดชอบในการประสานงานและจัดการเครื่องมือ เวชภัณฑ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	- วิทยากรนำเข้าสู่เนื้อหาการอบรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย		
1. อธิบายความหมายของโรคปอดอักเสบได้	ปอดอักเสบเป็นการอักเสบของเนื้อปอดชั้นในสุด ซึ่งทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุด(terminal respiratory bronchiole) และถุงลมปอด (alveoli) เต็มไปด้วย exudate ทำให้ปอดไม่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ ปอดอักเสบพบในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่มารับการตรวจ	- วิทยากรถามผู้เข้ารับการอบรมว่าปอดอักเสบคืออะไร โดยสุ่มถามผู้เข้ารับการอบรม 1-2 คน	- Power point ความหมายของโรคปอดอักเสบ	- ผู้เข้ารับการอบรมบอกความหมายของปอดอักเสบในเด็กได้ถูกต้อง

แผนการอบรม (ชุดที่ 2)

เรื่อง แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

วิธีการอบรม แบ่งกลุ่ม ระดมสมองและอภิปราย

ผู้อบรม นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ผู้เข้ารับการอบรม พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และ ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 1 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

วันและเวลา อบรมวันที่ 23 ธันวาคม และ 25 ธันวาคม 2552 เวลา 08.00 - 16.00 น.

สถานที่ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล อาคาร 3 ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถดังนี้

1. สามารถนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบร่วมกันของทีมการพยาบาลได้
2. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้
3. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการอบรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้	ผู้วิจัยจัดกลุ่มให้ผู้เข้าอบรมระดมสมองในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ในการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยให้จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา กิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้ ภาวะโภชนาการ รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกัน โดยกำหนดกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน	- วิทยากรแบ่งผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน - วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมดำเนินการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการอบรมวันที่ 1 โดยมีวิธีดังนี้ 1.ช่วยกันกำหนดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล หลังจากนั้น กำหนดกิจกรรมที่ทำให้ กับผู้ป่วยในแต่ละวัน 2. สรุปเป็นแผนการดูแล	- กระดาษขาว A4 - ปากกาเคมี - เครื่องฉายแผ่นใส - ใบงานที่ 2 - ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 1	

แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (Clinical pathway)

หัวข้อ	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันกลับบ้าน
ผลที่คาดหวัง	- ผู้ปกครองและบุตรพร้อมที่จะอยู่โรงพยาบาล - ผู้ปกครองมีความเข้าใจการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล - ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวล - ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ - ผู้ป่วยได้รับยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ - ผู้ป่วยที่มีไข้ ได้รับการพยาบาลเรื่องการลดไข้	- ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา -ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและตรงตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน - ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการรักษา	- ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ - อาการไอลดลง - หายใจ ได้ตามปกติ - อัตราการหายใจปกติ - รับประทานอาหารได้ดีขึ้นและน้ำหนักตัวไม่ลดลง - ผู้ปกครองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพ	-ไม่มีไข้ - อาการไอลดลง - ผู้ปกครองพร้อมที่จะดูแลบุตรเมื่อกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม	- ผู้ป่วยพร้อมกลับบ้านได้

หัวข้อ	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันกลับบ้าน
การประเมิน/การส่งปรึกษา	- ประเมินอาการผู้ป่วย - ซักประวัติ - ตรวจร่างกาย - Record vital signs และ Oxygen Sat ทุก 4 ชม.	- ประเมินสภาพผู้ป่วย - Record vital signs และ Oxygen Sat ทุก 4 ชม.	- ประเมินสภาพผู้ป่วย - Record vital signs และ Oxygen Sat ทุก 4 ชม. -สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้	-ประเมินสภาพผู้ป่วย - Record vital signs และ Oxygen Sat ทุก 4 ชม. - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้	- มีความพร้อมกลับบ้าน - สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้
.....	.....	.....	.....	.....	.....
ขั้นตอน/แผนการจำหน่าย	.....	.....	.....	.....	.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบกำกับการทดลอง

แบบกำกับการทดลองโดยการสังเกต
การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ชื่อผู้สังเกต.....

ชื่อผู้ได้รับการสังเกต พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก

คำชี้แจง เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท กรุณาบันทึกพฤติกรรมที่พบเห็นโดยใส่เครื่องหมาย √ ลงในว่างทางขวามือท้ายข้อรายการโดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้

หมายเหตุ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อรายการที่กำหนดไว้โดยมีเหตุผลอื่นที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และเขียนอธิบายเหตุผล

พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1. แสดงท่าทีต้อนรับและยินดีให้บริการ			
2. แนะนำตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง			
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง			
4. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง			
.....			
17. ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองพร้อมทั้งให้ใบคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โรคปอดบวม			

แบบบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ชื่อ .....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....
วันที่รับ.....เวลา.....จำหน่ายวันที่.....เวลา..... รวมเวลา.....วัน
แพทย์ผู้รักษา.....

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
1.	ค่าห้อง	
2.	ค่าอาหาร	
3.	ค่าอุปกรณ์	
4.	ค่ายาและเวชภัณฑ์	
5.	ค่าการพยาบาล	
6.	ค่าตรวจรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์	
7.	ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค	
8.	ค่าแม่บ้าน	
	รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ประเมินผลการอบรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

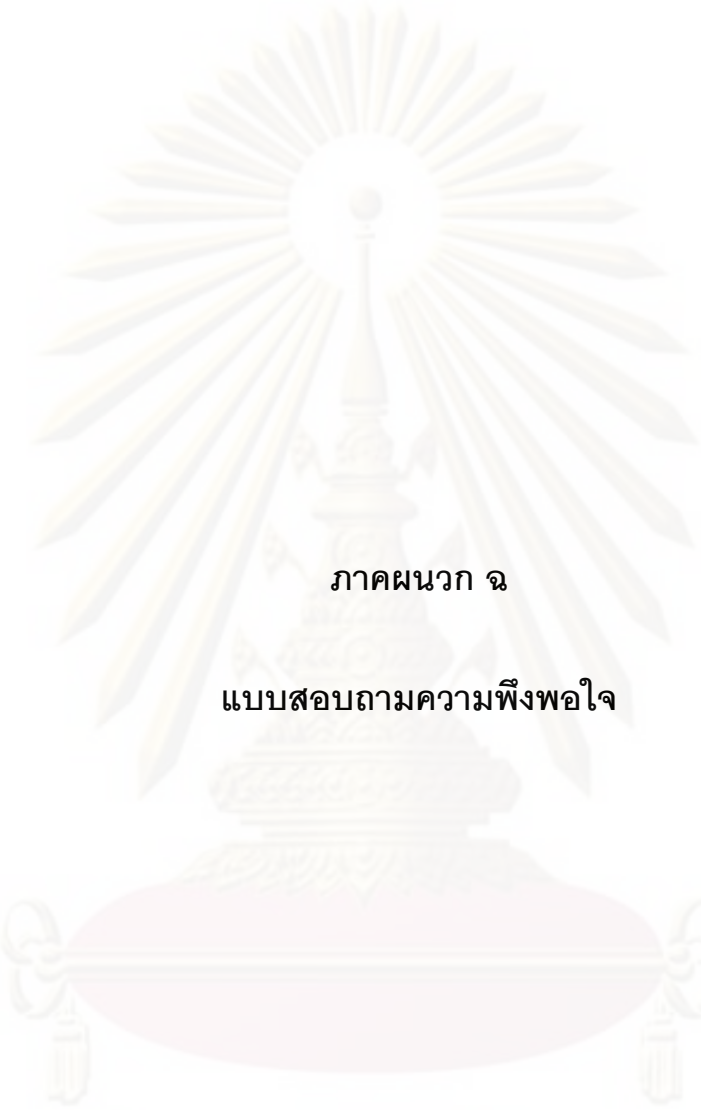
แบบประเมินการอบรม
เรื่อง "การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ "
วันที่ 22 ธันวาคม 2552 และ 24 ธันวาคม 2552
ณ. ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น1 อาคาร 3 โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท

รายการประเมิน	ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม(N=10)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
เอกสารประกอบการอบรมมีเนื้อหาสมบูรณ์ ครบถ้วน	4.90	0.91	มากที่สุด
ด้านผู้ประสานงานการอบรม	4.80	0.75	มากที่สุด
การติดต่อประสานงานเพื่อการเข้าอบรม	4.80	0.75	มากที่สุด
การบริการและอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่	4.80	0.75	มากที่สุด
ด้านความพร้อมและความเหมาะสมในด้านต่างๆ	4.57	0.64	มากที่สุด
ด้านหลักสูตร	4.50	0.52	มากที่สุด
เนื้อหาการฝึกอบรม	4.50	0.52	มากที่สุด
สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.50	0.52	มากที่สุด
เนื้อหาสาระสอดคล้องกับหัวข้อบรรยาย	4.50	0.52	มากที่สุด
เนื้อหาหลักสูตรเหมาะสมกับเวลา	4.50	0.52	มากที่สุด
ด้านวิทยากร	4.50	0.52	มากที่สุด
ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ	4.50	0.52	มากที่สุด
มีเทคนิคและมีวิธีการฝึกอบรมที่ใช้ในการถ่ายทอด	4.50	0.52	มากที่สุด
มีความพร้อมในการถ่ายทอด	4.50	0.52	มากที่สุด
เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและซักถาม	4.50	0.52	มากที่สุด
การตอบคำถามชัดเจน	4.50	0.52	มากที่สุด
การรักษาเวลา	4.50	0.52	มากที่สุด
โสตทัศนูปกรณ์และเครื่องเสียง	4.40	0.45	มาก
ห้องประชุมและรูปแบบการจัดที่นั่งอบรม	4.40	0.45	มาก
รวม	4.55	0.45	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

1. ควรมีการจัดการอบรมในโรคอื่นอีกเช่น โรคไข้เลือดออก
2. บรรยากาศสนุกสนานดี
3. มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

แบบสอบถามความพึงพอใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อประกอบวิทยานิพนธ์ เรื่อง“ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน “ ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล จำนวน 21ข้อ

โปรดอ่านคำอธิบายและคำแนะนำการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจก่อนตอบ

1. ไม่ต้องเขียน ชื่อ-นามสกุล ของท่านลงในแบบสอบถาม
2. ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้
3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
4. แบบสอบถามชุดนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นของท่านไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดแต่อย่างใดทั้งสิ้น
5. ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างสูงในการทำวิจัยครั้งนี้
6. คำตอบของท่านทุกข้อจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ
7. ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์และผลการวิจัยที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อของท่าน

ขอแสดงความนับถือ

บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่าง ( ) และเติมข้อความตามความเป็นจริงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
   - ( ) โสด
   - ( ) คู่
   - ( ) หม้าย หย่า
   - ( ) แยกกันอยู่
3. วุฒิการศึกษาของท่าน
   - ( ) ประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร.....
   - ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า.....
   - ( ) ปริญญาโท สาขา.....
4. ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล.....ปี
5. ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็ก.....ปี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของทีมการพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องทางขวามือท้ายข้อรายการว่างที่เห็นว่าตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ร้อยละ90-100)

4 หมายถึง ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก (ร้อยละ75-89)

3 หมายถึง ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง (ร้อยละ50-74)

2 หมายถึง ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย (ร้อยละ25-49)

1 หมายถึง ข้อรายการนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด (ร้อยละ0-24)

รายการ	**ระดับความพึงพอใจ**				
	5	4	3	2	1
ความเป็นอิสระในการทำงาน 1.ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย					
2. ท่านสามารถตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้อย่างอิสระภายในขอบเขตของวิชาชีพ					
.....					
ลักษณะงาน 8.ท่านได้ใช้ความถนัด และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเต็มที่					
9.ท่านชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก จนไม่คิดจะย้ายไปทำงานที่หน่วยงานอื่น					
.....					
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน 15. ท่านและเพื่อนร่วมงานต่างให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย					
16.เพื่อนร่วมงานยอมรับในความรู้ ความสามารถในการทำงานของท่าน					
.....					
21.บรรยากาศในการทำงานระหว่างท่านกับผู้ร่วมงานอบอุ่นและเป็นมิตร					

ภาคผนวก ช

ภาพแสดงกิจกรรมต่าง ๆในการทำวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรยากาศวันอบรม

ตัวแทนฝ่ายการพยาบาลเปิดงาน

การบรรยาย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทำกิจกรรมกลุ่ม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแสดงความคิดเห็น

ความคิดเห็น

การประชุมกลุ่มย่อย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวแทนกลุ่มสรุปแผนการดูแล

ผู้บริหารร่วมแสดงความคิดเห็น

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุศรา ศรีอรุณเรืองแสง เกิดวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2509 สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2532 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาบริหารการพยาบาล (ภาคนอกเวลาราชการ) ปี พ.ศ.2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย