



ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือ
และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ



อารีรัตน์ วรพิมล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือ
และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ



อารีรัตน์ วรพิมล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF USING NURSING MANAGEMENT MODEL THAT INTEGRATES
COLLABORATION AND RISK MANAGEMENT CONCEPTS IN
URINARY TRACT INFECTIONS ADVOCACY ROLE AS
PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES**



AR-REERUT VORAPIMOL

**A Thesis Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)**

Graduate Education, Saint Louis College, Thailand

Academic Year 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความ
เสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาท
การปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556



อารีรัตน์ วรพิมล

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุญจี, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ, ค.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร. สมศรี สุขเมธ, S.P.C., Dr.P.H.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

เรือโทหญิง ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ อนุสันติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ ผู้วิจัยรู้สึกในความรู้ณา และขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูง

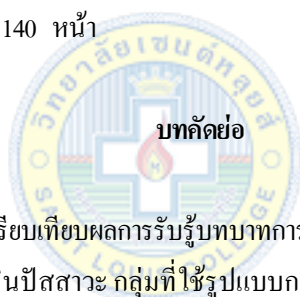
ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ที่ท่านได้ให้คำแนะนำจนทำให้เกิดความคิดริเริ่มในการทำวิจัยโดยใช้แนวคิดทางการบริหารมาใช้กับงานวิจัยนี้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาวิชาชีพ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาเพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บุญชัย วิวัฒน์วิชกุล ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา คุณณลินี พสุคันธภัก รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณ คุณขวัญจิตต์ ประเสริฐทรง หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และพยาบาลทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยความตั้งใจร่วมกันทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี รวมไปถึงผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

สิ่งที่เกิดขึ้นจากคุณค่าของงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิประสาทวิชา และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

อารีรัตน์ วรพิมล

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 100301021; สาขาการบริหารการพยาบาล: พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: อาริรัตน์ วรพิมล
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF USING NURSING MANAGEMENT MODEL THAT INTEGRATES COLLABORATION AND RISK MANAGEMENT CONCEPTS IN URINARY TRACT INFECTIONS ADVOCACY ROLE AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ อนุสันติ, ค.ศ.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ศ.
คำสำคัญ	: ความร่วมมือ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การจัดการความเสี่ยง การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
จำนวนหน้า	: 140 หน้า



บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อและเปรียบเทียบระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งเป้าหมายลดความเสี่ยง วางแผนปฏิบัติการพยาบาลลดความเสี่ยง ประเมินผล และสื่อสาร 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Bandman & Bandman (2005) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน หาความเที่ยงภายในด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยรวมในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ACADEMIC CODE : 100301021; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S. (NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : AR-REERUT VORAPIMOL

TITLE OF THESIS : EFFECT OF USING NURSING MANAGEMENT MODEL THAT INTEGRATES COLLABORATION AND RISK MANAGEMENT CONCEPTS IN URINARY TRACT INFECTIONS ADVOCACY ROLE AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES

THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SUWANNA ANUSANTI, Ph.D.

THESIS CO-ADVISOR : ASST. PROF. MALEEWAN LERTSAKORNSIRI, Ph.D.

KEY WORDS : COLLABORATION URINARY TRACT INFECTION PREVENTION RISK MANAGEMENT ADVOCACY ROLE AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES

: 140 PAGES

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to compare nurses' perception of role value in practice of infection risks between the implementation of participative management model and the task-oriented model and to compare the nurses' levels of awareness in the experimental group before and after the treatment. Thirty professional nurses were divided equally into 2 groups - the experiment group and the control group. The collaboration and risk management concepts in urinary tract infections model was implemented by the experimental group while the task-oriented model was used by the control group. Based on Bandman & Bandman's concepts, the researchers developed two sets of research instrument which were; risk management concepts in urinary tract infections checklist and a questionnaire on perception of professional nursing role in protecting patients against urinary tract infection. These two instruments were audited for content validity by four experts and the questionnaires were tested for internal reliability whose Cronbach's Alpha Reliability coefficient was 0.83. Wilcoxon Signed Rank Test and Mann-Whitney U test were used for data analysis.

The research results revealed the following: 1) The mean score of the experimental group was higher than the control group after the treatment in terms of the awareness of the nurse's role in protecting the patients. It was statistically significant at 0.05. 2) After the treatment, the mean score of the awareness of the nurse's role in advocacy the patients in the experimental group was higher than that before the treatment. It was statistically significant at 0.05

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	9
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ.....	12
2.2 ความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ.....	13
2.3 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง.....	15
2.4 บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยง.....	18
2.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องผู้ป่วย.....	22
2.6 แนวคิดความร่วมมือ.....	27
2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	36
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	47

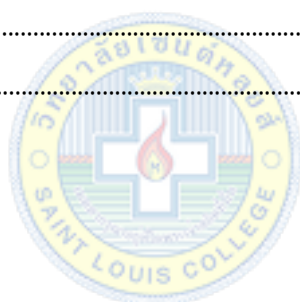
สารบัญ (ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	48
3.5 การรวบรวมข้อมูล.....	51
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
ส่วนที่ 1 ศึกษาค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการ จัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการ พยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ.....	57
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพ ก่อน และหลังทดลอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด ความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ.....	74
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิด การจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการ พยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ.....	79
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
5.1 สรุปการดำเนินการวิจัย.....	90
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	94
5.3 อภิปรายผลการวิจัย.....	97
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	102
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก.....	109
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก (ต่อ).....	
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	112
ค โครงการอบรมวิชาการ เรื่อง แนวคิด และแนวปฏิบัติในการจัดการความร่วมมือทางการ พยาบาลในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาล วิชาชีพสถาบันประสาทวิทยา.....	115
ง ตัวอย่างคู่มือแนวคิดและแนวปฏิบัติในการจัดการความร่วมมือทางการพยาบาลในการปกป้อง ผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพสถาบันประสาท วิทยา.....	120
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ประวัติผู้วิจัย.....	140



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง.....	39
2 ร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามอายุ สถานภาพ เพศ ประสิทธิภาพการทำงาน.....	55
3 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้านก่อนทดลอง.....	57
4 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ.....	58
5 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	62
6 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายชื่อหลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	63
7 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยรวม และจำแนก ตามรายด้าน.....	68
8 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง จำแนก ตามรายชื่อ.....	69
9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยรวม และจำแนกรายด้าน.....	74
10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ.....	75
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายด้าน.....	79
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ.....	80
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน.....	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ.....	85



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	34
2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	53



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข พ้นจากความทุกข์ทรมาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยยึดหลักความเป็นวิชาชีพ ที่มีค่านิยมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีอิสระในการทำงาน และมีเอกสิทธิ์ยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพที่ได้รับความเชื่อถือ จึงเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังให้เป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะรับการรักษาและการดูแล นับว่าเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถช่วยรับรองและคุ้มครองรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบระมัดระวังป้องกันมิให้เกิดการปฏิบัติที่จะทำให้เกิดความเสียหายกับผลประโยชน์ของผู้ป่วยจากสมาชิกทีมสุขภาพ หรือระบบการดูแลสุขภาพ (Annas, 1992, p. 261)

พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความใส่ใจเป็นพิเศษในการปกป้องผู้ป่วยจากความเลี่ยงหรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายในเรื่องที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตามรอบปฏิบัติงาน การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ถ้าบุคลากรมีความมุ่งมั่นและความพยายามในการปกป้องอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่ผู้ป่วยได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรกระบบประสาท (Rosenthal, et al., 2010, p 101) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ต้องได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและอาจลุกลามเป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิต เพิ่มอัตราการตายสูงขึ้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะยังเป็นสาเหตุการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไปยังบุคลากรผู้ดูแลและผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งการดูแลและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังในกรณีที่ต้องสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากติดเชื้อ บ่อยครั้งที่เกิดความผิดพลาดขึ้นอันเกิดจากสาเหตุการละเลยหรือไม่ตระหนัก (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2548, น. 4) ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้น ปัญหาความผิดพลาดของมนุษย์ร้อยละ 80 เป็นการล้มเหลวจากการปฏิบัติและ

การตัดสินใจ การปกป้องผู้ป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติผิดพลาดโดยวิธีที่ดีที่สุด คือ การเพิ่มความตระหนักให้กับบุคลากรผู้ดูแลด้านสุขภาพ และยิ่งเป็นการดีที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาล นั่นคือความร่วมมือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ยังมีความร่วมมือมากเท่าใดก็ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเท่านั้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2546, น. 3) พยาบาลในฐานะเป็นผู้ดูแลสุขภาพมีหน้าที่จะต้องเปิดเผย พูดคุย และดำเนินการรักษาพยาบาลแบบรอบรัดที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย พยาบาลต้องกล้าที่จะปกป้องผู้ป่วยเมื่อพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติกรทำให้เกิดความเสี่ยงหรือเกิดความเสียหาย ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล ความเคยชินกับการปฏิบัติงานในรูปแบบเดิม การไม่มีเวลาเพียงพออันเนื่องมาจากบุคลากรมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน จะพบว่าพยาบาลมักไม่ได้แย่งเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพ แนวทางการปกป้องผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมหรืออาจเนื่องจากการสนับสนุนไม่เพียงพอ ขาดความรู้และเวลา การกลัวถูกลงโทษ และความรู้สึกตนเองไม่เก่งเท่ากับแพทย์ (Kelly's, 2011, p. 332-333) สำหรับการศึกษาของศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ (2544, น. 70-94) พบว่าการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการปฏิบัติผิดพลาดของพยาบาลวิชาชีพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล และประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ตัวพยากรณ์ที่สามารถทำนายการป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลลำดับแรก คือ การปกป้องผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นบทบาทหลักของวิชาชีพที่ปรากฏอยู่ในจรรยาบรรณวิชาชีพ หากพยาบาลรับรู้บทบาทด้านการปกป้องผู้ป่วยเป็นอย่างดี ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังมุ่งมั่นต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความรับผิดชอบและตื่นตัวเพื่อการกระทำหรือปฏิบัติอย่างเหมาะสม ระมัดระวังป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย

ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดำเนินการรูปแบบคณะกรรมการ มีการประชุมปีละ 3-4 ครั้ง หรือเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนมีพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นแกนนำสำคัญในการกำหนดนโยบาย วิธีการ และมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการทำงานในเชิงรับ คือ มีการเฝ้าระวังและมีการปฏิบัติการป้องกันหลังเกิดเหตุการณ์การติดเชื้อขึ้นแล้ว หรือพบการติดเชื้อที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเกินเกณฑ์ควบคุมทำให้เกิดการสูญเสียแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่าย หรืออาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไปแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทในการปกป้องผู้ป่วยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของพยาบาล บุคลากรทีมดูแลสุขภาพทุกคนต้องทำงานร่วมกันโดยใช้เวลาด้วยกัน แบ่งปันข้อมูลใช้ความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่รวมทั้งการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพต่อเนื่องทันต่อเหตุการณ์ และร่วมกันธำรงไว้ซึ่งการรักษามาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ด้านการป้องกันการติดเชื้อ

เชื่อระบบทางเดินปัสสาวะหรือทำหน้าที่ปกป้องผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถร่วมกันในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเริ่มการค้นหาปัจจัยเสี่ยง ใช้เวลาร่วมกันวิเคราะห์ ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย วางแผน และแก้ปัญหาที่เป็นความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลที่ไม่เหมาะสมการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน การปฏิบัติผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งเนื่องจากความเร่งรีบรวบรัด เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดความบกพร่อง การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การจัดการความเสี่ยงดำเนินการตามลำพังไม่มีการใช้เวลาร่วมกันในการค้นหาข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงแล้วนำมาแลกเปลี่ยนความรู้ แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ หรือการประชุมปรึกษา และการตรวจเยี่ยมในรูปแบบที่เป็นความร่วมมือกัน เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน นำมาร่วมคิดวิเคราะห์ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนลักษณะกิจกรรมการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยง การคิดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะแต่ละรายและยังพบว่าพยาบาลไม่ได้แสดงบทบาทการปกป้องผู้ป่วยเมื่อพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานที่อาจเกิดความเสี่ยง โดยการเข้าร่วมเป็นตัวแทนผู้ป่วยที่ได้ใช้ความพยายามในการคิดและร่วมกันปฏิบัติในสิ่งที่ช่วยกันปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการคิดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะและคงรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จร่วมกัน จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าการสนับสนุนให้มีความร่วมมือในกระบวนการจัดการความเสี่ยงการคิดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อปกป้องผู้ป่วยด้วยการสนับสนุนกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญ คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ จะสามารถทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติได้รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการป้องกันความเสี่ยงตามบทบาทของตนเอง และปฏิบัติการปกป้องผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นบทบาทหลักที่ปรากฏอยู่ในจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลระบุไว้ว่าการปกป้องผู้ป่วย เป็นการกระทำเพื่อปกป้องผลประโยชน์และทำให้ประโยชน์ของอีกฝ่ายเพิ่มขึ้นหรือการป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยได้รับการปกป้องผลประโยชน์ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ (Bandman & Bandman, 1995, p. 17)

ความร่วมมือทางการพยาบาล เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่แตกต่างกันที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน มุ่งมั่นทำงานร่วมกันด้วยความกระตือรือร้นและความพยายามอย่างเต็มที่ โดยใช้เวลาร่วมกันในการแสดงถึงความรู้ สติปัญญาที่มีความเป็นอิสระทางความคิด มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งการทำงานร่วมกันดังกล่าวจะต้องทำงานร่วมกันด้วยความสบายใจ ชื่นชมการทำงานซึ่งกันและกัน ทุกคนจะทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือยังใช้เป็นแนวทางหลักในการแก้ปัญหาให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในทุกรูปแบบทั้งทางด้านการศึกษา การวิจัย และการบริหารองค์กร เพื่อสนองตอบต่อความต้องการทำให้เกิดแนวทางใหม่ในระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นปัญหาของทีมบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาปฏิบัติที่

แตกต่างกัน ร่วมมือกันแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย โดยเฉพาะในเรื่องการปกป้องผู้ป่วยที่เป็นหน้าที่หลักในจรรยาบรรณวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งการปกป้องผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และต้องมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ (ศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2544, น. 45) จำเป็นต้องอาศัยการมองรอบด้านหลายมุมมอง จากผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมกันรับผิดชอบปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไม่ให้เกิดความเสี่ยง หรือจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยส่งผลถึงการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ การจัดการกับความเสี่ยงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วย ลดการสูญเสียทางการเงินและถนอมทรัพย์สินขององค์กร การจัดการความเสี่ยงเป็นการควบคุมความเสี่ยงที่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดความถี่และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดการเกิดอุบัติเหตุ อันได้แก่การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากร ส่งผลให้ลดความสูญเสียทางด้านสุขภาพ การเงิน การฟ้องร้องคดีความ ปัจจุบันองค์กรทางด้านสุขภาพ มีการกระตุ้นบุคลากรให้ตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานโดยการประเมินบริการที่มีอยู่แล้วและบริการใหม่ รวมถึงแนวปฏิบัติและกระบวนการที่ครอบคลุม การให้คำปรึกษาในเรื่องความเสี่ยงทางด้านวิชาชีพ (Tomey, 2004, p. 482) นอกจากนี้ยังช่วยให้ระบบการรายงานคงอยู่เพื่อใช้ระบุแนวโน้มและรูปแบบแนวปฏิบัติที่อาจจะทำให้เกิดความเสี่ยง และเป็นการหามาตรการที่จะป้องกันรักษาระบบมีการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้สามารถระบุความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงได้ ลดผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด การจัดการการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นไม่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะที่รุนแรงและวิกฤต สิ่งเหล่านี้สามารถทำได้โดยการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยง รวมทั้งสามารถบ่งชี้ได้ว่าระดับความเสี่ยงเป็นขั้นปฐมภูมิ (ป้องกันได้) ขั้นทุติยภูมิ (ค้นหาหรือแยกให้เร็วที่สุด) ขั้นตติยภูมิ (จัดการการดูแลรักษาตามความเจ็บป่วย) วิธีค้นหาจึงเป็นเครื่องมือที่ดีในการกำหนดกลุ่มเสี่ยง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 115)

การรับรู้บทบาทวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นการรับรู้ว่างานที่ทำนั้นมีความสำคัญมีประโยชน์จึงจะทำให้พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เข้าใจในบทบาทของตนที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลปกป้องผู้ป่วยตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล สิ่งนี้เป็นตัวชี้วัดความเป็นวิชาชีพ ดังที่กล่าวว่าพยาบาลให้การดูแลด้วยความเคารพความเป็นมนุษย์ เพื่อปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่มีความปลอดภัย มีความรับผิดชอบ และมีความน่าเชื่อถือในการตัดสินใจ หรือปฏิบัติการแทนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปกป้องตนเองได้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้พยาบาลต้องเป็นผู้ให้คำปรึกษาร่วมกิจกรรม ซึ่งทำให้เกิดองค์ความรู้ทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงมาตรฐานทางการแพทย์ หาวีธีปกป้องและธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของพยาบาล กล้ายืนยันความถูกต้อง นอกจากนี้ต้องร่วมมือกับวิชาชีพ

เพื่อจะทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้รูปแบบความร่วมมือตามแนวคิดของ Sullivan (1998) ที่บูรณาการแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) และคาดว่าจะมีผลต่อบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้ออยู่ในระดับใด
- 2) การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อหรือไม่
- 3) การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังที่รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.4.1 แนวเหตุผลการวิจัย

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ต่อสู้กับการคุกคามของโรคได้อย่างดีที่สุด พยาบาลที่มีความมุ่งมั่นผูกพันในการปฏิบัติงาน แสดงความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบต่อผลผลิตทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย โดยเฉพาะปัญหาที่สามารถแก้ไข หรือป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาล จากการศึกษาของสมหวัง คำนชัชวິจิตร (2546) พบว่าการสอดใส่สายสวนปัสสาวะจะมีอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้น 8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสวนสายสวนปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและเป็นสาเหตุของการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยรายอื่นๆ (Perry, 2012, p. 60) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนอย่างจริงจังในการปฏิบัติ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยต้องเน้นในเชิงป้องกันเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงต้องมีการค้นหาความเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการรักษา และเมื่อพบความเสี่ยง บุคลากรทีมสุขภาพทุกคนต้องช่วยกันคิดค้นหาวิธีในการกำจัดความเสี่ยงนั้นอย่างรอบครอบ มีการส่งต่อข้อมูลกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อปฏิบัติการลดความเสี่ยงปกป้องผู้ป่วยจากสถานการณ์ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และร่วมตัดสินใจเมื่อพบว่ามีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ร่วมงานพร้อมเข้าไปมีส่วนร่วมในการปกป้อง ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาในการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ไม่พบว่ามีกระบวนการประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ อย่างจริงจังสม่ำเสมอในกิจกรรมประจำวันที่เกิดขึ้น ทำให้มีการค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไม่ครอบคลุม และไม่ปรากฏในการวางแผนการพยาบาลเพื่อกำจัดหรือลดความเสี่ยง ส่งผลให้ไม่พบการปฏิบัติการพยาบาลในเชิงป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยการใช้ความร่วมมืออย่างจริงจัง

พยาบาล เป็นกลุ่มผู้ให้บริการที่มีจำนวนมากที่สุดและผู้ป่วยให้การยอมรับนับถือในระดับหนึ่งว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในแต่ละวันพยาบาลมีโอกาสเห็นความบกพร่องของการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย (บรรพต ดันธีรวงศ์, 2552. น. 263) แต่การปฏิบัติด้านการป้องกันการติดเชื้อเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย

แต่ละรายให้เกิดความปลอดภัย ควรได้มีการปฏิบัติในเชิงปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยง คือ การประเมินภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยทุกรายที่ต้องได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะเพื่อทราบถึงโอกาสที่เป็นภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย หลังจากนั้นพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ หรือพฤติกรรมแสดงถึงความเป็นวิชาชีพในการลดความเสี่ยงนั้น ซึ่งการยึดบทบาทวิชาชีพและการปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้ความคิดหาเหตุผลในเชิงวิชาชีพ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติทุกคน นำมาแสดงออกร่วมกัน การผสมผสานความรู้ ความเชี่ยวชาญของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อด้านการป้องกันการติดเชื้อ ความเชี่ยวชาญของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านการบริหารงานและความเชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลปฏิบัติการ จะทำให้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะได้มีมุมมองที่ครอบคลุมการปฏิบัติการปกป้องผู้ป่วยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการสร้างความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพทางการพยาบาล ในการจัดการกับความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การรับรู้ เห็นประโยชน์ ถึงการพัฒนาปรับปรุงและแก้ปัญหา ให้สามารถลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องไม่หยุดยั้งในการเฝ้าการทำงานร่วมกัน และสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาเพื่อลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ และจากการศึกษาของ Patterson (2007) ความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติร่วมกันมีเจตนาที่จะปรับปรุงการเข้าถึงผู้ป่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ และเกิดความพึงพอใจในงาน อำนวยความสะดวกในการทำงาน ส่งผลให้มีการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีการกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความเข้าใจ ตระหนักในบทบาทของตน และเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลให้มีบทบาทที่เพิ่มขึ้น ขยายบทบาทของตนเองก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง จากการศึกษาของ Sayre & Marie (2010) ที่สนับสนุนการปรับปรุงความปลอดภัยโดยการทำงานร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการพูดคุยระหว่างพยาบาลด้วยกัน และการพูดคุยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาของศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ (2544) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการปฏิบัติผิดพลาดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภาคตะวันออก คือ การรับรู้บทบาทในการปกป้องผู้ป่วย การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลและประสบการณ์การทำงาน สำหรับผลการวิจัยของ นิธิวดี อังเรขพาณิชย์ (2550) พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 56.10 มีการปฏิบัติตามบทบาทการพยาบาลด้านการปกป้องผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ขึ้นอยู่กับการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจ เมื่อเกิดการขัดแย้ง การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน และการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมจะส่งผลถึงสัมพันธภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พัทธรา เกียรประภากุล (2550) พบว่าการร่วมมือปฏิบัติตามบทบาทการพยาบาลตามหน้าที่ การประเมินความเสี่ยงร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทำให้มีการกระตุ้นซึ่งกันและกัน มีการแสดง

ถึงพฤติกรรมมีส่วนร่วมในบทบาทการป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดการรับรู้คุณค่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อของตนเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยมีแนวคิดพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการป้องกันการติดเชื้อในเชิงรุกด้วยวิธีการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยมุ่งมั่นที่จะศึกษาแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) นำมาบูรณาการแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) และศึกษาผลการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของ Bandman & Bandman (1995) โดยแนวคิดความร่วมมือเป็นความร่วมมือของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติ เสริมพลังกัน คือ ใช้เวลาร่วมกันเสริมความรู้เหตุผล ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ การทำงานด้วยความมุ่งมั่นร่วมกันทำให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ นำมาซึ่งความตระหนักในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1.4.2 สมมติฐานการวิจัย

1) ค่าระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน หลังทดลองในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือ และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

2) ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน หลังทดลองในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบนี้

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง ชุดของกิจกรรมการจัดการการพยาบาลที่สร้างขึ้นเป็นคู่มือการปฏิบัติ อธิบายเป็นขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความร่วมมือของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย โดยร่วมกันตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล ค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนสายสวนทวารอย่างอิสระ นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับผลการค้นหาความเสี่ยงเพื่อกำหนดความเสี่ยงร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและนำมาสื่อสาร

รายงานผู้เกี่ยวข้อง มีการประชุมปรึกษาทางพยาบาลกรณีผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อนรุนแรง และตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) และการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การตรวจเยี่ยมทางพยาบาล เป็นการค้นหาข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากประวัติการเจ็บป่วย เวชระเบียน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย อาการอาการแสดง และแผนการรักษา ร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร่วมกันรับผิดชอบประเมินความครบถ้วนโดยใช้การแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำมาระบุความเสี่ยง วางแผนการพยาบาล ที่แสดงถึงการลดความเสี่ยง เพื่อปกป้องผู้ป่วยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทบทวนการปฏิบัติ ตามแผนเพื่อประเมินถึงความครบถ้วนของการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบ นำมาปรับปรุงร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จัดทำรายงานบันทึกและสื่อสารส่งต่อข้อมูล

กิจกรรมที่ 2 การประชุมปรึกษาทางพยาบาล เป็นการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โดยนำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ซับซ้อน หรือมีปัญหารุนแรงมาประชุมปรึกษาทางพยาบาล สมาชิกแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามทักษะความเชี่ยวชาญยอมรับและเคารพความคิดของกันและกัน สนับสนุนกันเพื่อก่อให้เกิดการฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติ ที่แสดงถึงการลดความเสี่ยง หรือปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมที่ 3 การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์ สรุปแนวทางปฏิบัติเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ หมายถึง การจัดการทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ โดยมีกิจกรรม คือ

- 1) พยาบาลวิชาชีพซักประวัติเพื่อประเมินการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคโดยวิเคราะห์อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย
- 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ ประเมินและบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ส่งต่อข้อมูลตามรอบเวร และรายงานเมื่อพบเกิดการติดเชื้อให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อทราบ

3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เมื่อพบการติดเชื้อ ให้คำแนะนำในการหาข้อสรุปว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจริงหรือไม่ ถ้ามีการติดเชื้อเกิดมากขึ้นกว่าปกติมีการค้นหาสาเหตุ กรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อตรวจสอบหาวิธีการป้องกันหรือลดการติดเชื้อ

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (Advocacy of Nursing Role) ในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึกความคิดการกระทำของพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยจากสถานการณ์ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงการติดเชื้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ด้านการติดตามปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง และ ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง

1) **ด้านการป้องกันความเสี่ยง** หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึก ความคิด การกระทำของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการค้นหาข้อมูลปัจจัยที่จะก่อให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนสายสวนปัสสาวะ โดยร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ วิเคราะห์ระบุความเสี่ยงโดยใช้ความรู้พิจารณาเหตุผลร่วมกัน ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการปฏิบัติการพยาบาลปกป้องผู้ป่วย และรายงานสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

2) **ด้านการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง** หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึก ความคิด การกระทำของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เพื่อประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างเหมาะสมที่จะสามารถป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีพบไม่มีการปฏิบัติที่เหมาะสม แนะนำโดยการใช้ความรู้ เหตุผลการปฏิบัติด้วยความเคารพซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มีการเสนอความคิดเห็นที่แตกต่าง และหาข้อสรุปที่ชัดเจน

3) **ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ** หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึก ความคิด การกระทำ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลตามผู้ป่วยสมควรจะได้รับ หรือเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากการกระทำของบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลต้องเข้าไปปฏิบัติการปกป้องไม่ให้มีความเสี่ยงกับผู้ป่วย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) สามารถใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและในระบบอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้มีระบบการป้องกันการติดเชื้อในเชิงรุก และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในการปฏิบัติงาน
- 2) ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแล ด้วยความร่วมมือกันในการค้นหาข้อมูลความเสี่ยง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ความรู้เหตุผลจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดประสบการณ์ และมีการสื่อสารจากบันทึกรายงานในเรื่องความเสี่ยง
- 3) สร้างความสำคัญของบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 4) สร้างแนวคิดวิธีการพยาบาลรูปแบบใหม่นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล



บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง ผลการใช้อยู่รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และเปรียบเทียบผลการใช้อยู่รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันประสาทวิทยา ก่อนและหลังการใช้อยู่รูปแบบ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำสิ่งที่ได้และสอดคล้องกับเนื้อหา มาใช้กับเอกสารและรายงานการวิจัยโดยมีสาระสำคัญดังนี้

- 2.1 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 2.2 ความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 2.3 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง
- 2.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยง
- 2.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องผู้ป่วย
- 2.6 แนวคิดความร่วมมือ
- 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง

2.1 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2.1.1 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI)

เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 2 ของการติดเชื้อทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยระบบประสาท (Rosenthal, et al., 2010, p. 101) จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในประเทศที่กำลังพัฒนาในหออภิบาล โดย The International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) ศึกษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศ 173 แห่งทั่วโลกในปี ค.ศ. 2003 – 2008 พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อลำดับที่ 2 รองจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 6.30 /1000 วัน

ของการสวนคาสายสวนปัสสาวะ และเป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยสัลยกรรมประสาทเฉลี่ย 13.90 /1000 วันของการสวนคาสายสวนปัสสาวะ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2554) นอกจากนี้การติดเชื้อยังมีความสัมพันธ์กับการสวนคาสายสวนปัสสาวะและกิจกรรมการรักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่สวนคาสายสวนปัสสาวะมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 40-45 จากการติดเชื้อทั้งหมดร้อยละ 3 นำไปสู่สาเหตุของการติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายเนื่องจากการต้องมีการตรวจวินิจฉัย และให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษา ทั้งยังเป็นแหล่งรวมเชื้อโรคที่สามารถแพร่ไปสู่บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วย

2.1.2 ช่องทางที่เชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะมีได้ 4 ทาง คือ

- 1) เชื้อจุลชีพเข้าสู่ทางปลายสายสวนปัสสาวะขณะที่ใส่สายสวน เนื่องจากละเมิดเทคนิคปลอดเชื้อขณะสวนปัสสาวะ เชื้อแปดเปื้อนบริเวณสายสวนปัสสาวะ หรือการทำลายเชื้อบริเวณรูเปิดของท่อปัสสาวะไม่ดีพอ เชื้อบริเวณรูเปิดของท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ
- 2) เชื้อจุลชีพเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะบริเวณเยื่อหุ้มท่อปัสสาวะกับสายสวนด้านนอก
- 3) เชื้อจุลชีพเข้าสู่ทางรอยต่อระหว่างสายสวนปัสสาวะกับถุงปัสสาวะ
- 4) เชื้อจุลชีพเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะบริเวณส่วนปลายถุงปัสสาวะ

2.2 ความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Risk of Urinary Tract Infection)

ขั้นตอนแรกที่น่าไปสู่การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ มีเชื้อจุลชีพเจริญอยู่ที่ทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ถึงแม้ว่าการเจริญของเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังจากการใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ก็มีปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยหลายประการที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1) ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่

- 1.1) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ นิ่ว การอุดตันของท่อทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะเองได้
- 1.2) การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ได้แก่ เบาหวาน มะเร็ง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- 1.3) ผู้สูงอายุ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสื่อม ภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย
- 1.4) ผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากอวัยวะสืบพันธุ์มีเชื้อจุลชีพเจริญมากกว่าเพศชาย ประกอบกับรูเปิดกระเพาะปัสสาวะอยู่ใกล้กับทวารหนัก และท่อปัสสาวะของเพศหญิงสั้นกว่าเพศชาย
- 1.5) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่มีการบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง (Seaback, 2006)

2) ปัจจัยที่เกิดจากภายนอก ปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่ระบบทางเดินปัสสาวะที่สำคัญที่สุด คือ การสวนปัสสาวะ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะยิ่งสูงขึ้นถ้ามีการคาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น (Burke & Riley, 1996, p. 139-153) การสวนคาสายสวนปัสสาวะจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะไว้นานขึ้น

2.1) การใส่สายสวนปัสสาวะ มีอัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 0–12 ครั้งต่อ 1000 วัน คาสายสวนปัสสาวะ ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 1 วัน และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะ 10 วัน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ การสวนปัสสาวะโดยระบบปิดจะช่วยยืดระยะเวลาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น และหากจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะต้องรีบถอดสายสวนปัสสาวะออกโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

2.2) สายสวนและสายต่อระบายปัสสาวะหักพังงอ กดทับ ดึงรั้ง หรือหย่อนเกินไปทำให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้ไม่สะดวก

2.3) ถุงรองรับปัสสาวะไม่เป็นระบบปิด และไม่อยู่ในระดับต่ำกว่าตำแหน่งกระเพาะปัสสาวะ และอยู่กับพื้น

2.4) มีน้ำปัสสาวะมากกว่า 3/4 ของถุงน้ำปัสสาวะ และไม่ได้เทตามที่กำหนด

2.5) ไม่ได้เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะตามกำหนดเวลาตามความเหมาะสม หรือเมื่อมีการรั่วซึม อุดตัน หลุด หรือภายในถุงมีความขุ่นไม่สามารถสังเกตลักษณะปัสสาวะได้ดี ก่อนถอดสายต่อของถุงรองรับปัสสาวะออกจากสายสวนปัสสาวะไม่มีการเช็ดบริเวณข้อต่อด้วยแอลกอฮอล์ 70% และไม่สื่อสารวันที่เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะ

2.6) ไม่ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและรอบรูเปิดท่อปัสสาวะด้วยน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

2.7) เทปัสสาวะโดยใช้หลักการปลอดเชื้อ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในประเทศไทย จากการสำรวจอัตราสูงในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ สมหวัง คำนชัยวิจิตร (2546) พบว่าสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญในลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 24.20 ของการติดเชื้อทั้งหมด ในการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสวนคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลา 7 ถึง 71 วัน ความเสี่ยงของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่สายสวนปัสสาวะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอดใส่สายสวนปัสสาวะ 8 เท่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉพาะที่ระบบทางเดินปัสสาวะเพียงอย่างเดียว มีค่าใช้จ่ายยา

ด้านจุลชีพตั้งแต่ 293.40 บาท ถึง 25,560.00 บาท เชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อยคือ เชื้อจุลชีพ *Pseudomonas Aeruginosa*, *Proteus Mirabilis* และ *Klebsiella Pneumoniac*

นอกจากนี้ ยังพบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยโรคระบบประสาท เป็นผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางรายมีการบาดเจ็บบริเวณไขสันหลังมีผลโดยตรงต่อการรับรู้สีกและการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจการควบคุมของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ การสื่อสารของเส้นประสาทที่ถูกตัดขาดระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับศูนย์กลางรีเฟล็กซ์การขับปัสสาวะ เป็นสาเหตุให้กระเพาะปัสสาวะและหลอดทางเดินปัสสาวะทำหน้าที่ผิดปกติไป เกิดกระเพาะปัสสาวะพิการทำให้ไม่สามารถควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ (Seaback, 2006, p. 128) ผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (สมหวัง ด้านชัยจิตร, 2544, p. 41) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีความพิการและต้องได้รับการกายภาพบำบัด ปัสสาวะเป็นระยะเวลานานเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้บ่อยที่สุด จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในประเทศที่กำลังพัฒนาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยหน่วยงาน The International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) ศึกษาในประเทศ 173 แห่ง ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2003–2008 พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อลำดับที่ 2 รองจากแผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 6.30 /1000 วันของการใช้สายสวนปัสสาวะ และเป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเฉลี่ย 13.90 /1000 วันของการใช้สายสวนปัสสาวะ (Rosenthal, et al., 2010, p. 101) ส่วนใหญ่เกิดจากการกายภาพบำบัดปัสสาวะในหอผู้ป่วยหนัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบเป็นร้อยละ 40-50 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 3 จะกลายเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือด แม้ว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีแค่ร้อยละ 10-15 ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น การติดเชื้อนี้ก็ถือว่าสำคัญเนื่องจากเป็นตัวแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพจึงควรมีความพยายามที่จะลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ

2.3 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง

2.3.1 ความเสี่ยง (Risk) เป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะประสบหรือเผชิญในชีวิตประจำวัน ทั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงาน การดำเนินงานเพื่อกำจัดภาวะเสี่ยงให้หมดไป จึงเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก แต่สิ่งสำคัญทุกคนต้องมีความตระหนักถึงหน้าที่บทบาทของตนเองในการกำจัดหรือควบคุมความเสี่ยงเหล่านั้นให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย มีผู้ให้ความหมายความเสี่ยงไว้ ดังนี้

Young (1988) กล่าวถึงความเสี่ยงว่าจะถูกออกแบบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการความเสี่ยง วัตถุประสงค์ของระบบอาจมีหลากหลาย การจัดการความเสี่ยงเติบโตอย่างต่อเนื่องในองค์กร และองค์กรพอที่จะทำให้ภาพพจน์ทางบวกในด้านความรับผิดชอบต่อสังคม

Wilson (1999; อ้างใน อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2543) กล่าวถึงความเสี่ยงว่าเป็น แนวโน้มของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการและไม่คาดหวัง อาจเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี อันตรายต่อทรัพย์สิน องค์กร และบุคคล

Crowther (2004) กล่าวว่า การจัดการกับความเสี่ยงเป็นระบบที่ต้งขึ้นมา เพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยในที่ทำงานและทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

Tomey (2004) กล่าวว่า การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและนำไปใช้ของกลยุทธ์ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วย ลดการสูญเสียทางการเงิน และถนอมทรัพย์สินขององค์กร การจัดการความเสี่ยงเป็นการประเมินเกี่ยวกับความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความเสี่ยงสามารถป้องกันได้ โดยการลดความถี่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โอกาสเกิดก็จะลดลง

Sullivan & Decker (2005) กล่าวว่า การจัดการความเสี่ยง คือ ระบบที่เน้นไปยังการระบุ การประเมินและการปฏิบัติเพื่อแก้ไขให้ถูกต้องกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ความเสี่ยงที่สามารถนำไปสู่การบาดเจ็บของผู้ป่วย บุคลากร และคนที่มาเยี่ยม การจัดการความเสี่ยงจะเน้นไปที่ตัวปัญหา แต่การจัดการคุณภาพจะเน้นที่การป้องกัน การจัดการความเสี่ยงเป็นระบบที่ถูกวางแผนเพื่อป้องกันการสูญเสียและควบคุมความเสียหายที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคม การจัดการความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะระบุ วิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยง หลังจากนั้นก็เพื่อพัฒนาแผนที่จะลดความถี่และความรุนแรงของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การจัดการความเสี่ยงเป็นระบบที่ทำงานอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อการตรวจเยี่ยม การให้การศึกษา และการปฏิบัติ

Carroll (2006) กล่าวว่า การจัดการความเสี่ยงเป็นการพัฒนาจากคณะกรรมการผู้บริหาร โดยจัดตั้งกลยุทธ์ออกแบบเพื่อระบุเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กร แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อย่างสมเหตุสมผล

อรพินท์ จันทรปัญญาสุกุล (2553) กล่าวสรุปการจัดการความเสี่ยงไว้ว่า เป็นโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่แน่นอน สิ่งที่เป็นอันตรายหรือคุกคาม ซึ่งจะส่งผลหรือสร้างความเสียหายหรือลดโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

สรุปได้ว่า การจัดการความเสี่ยง เป็นระบบการดำเนินงานในปกป้องหรือป้องกันที่พัฒนาขึ้นมาด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องที่แสดงความมุ่งมั่นที่จะลดอันตราย ความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และยังก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทด้วย

ความรับผิดชอบร่วมกันอย่างเคร่งครัด จริงจัง จะสามารถทำให้เกิดความปลอดภัยในที่ทำงานและทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

2.3.2 ระบบการจัดการความเสี่ยง

ระบบการจัดการความเสี่ยง เกี่ยวข้องกับทุกแผนกในโรงพยาบาลหรือองค์กร เป็นระบบที่จะต้องครอบคลุมทั้งองค์กร โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร และได้รับความร่วมมือจากทุกแผนก รวมถึงหัวหน้าบุคคล และหัวหน้าพยาบาล ระบบการจัดการความเสี่ยง (Sullivan & Decker, 2005, p. 187) ประกอบด้วย

- 1) ระบุความเสี่ยง คือ ระบุความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น อาจเป็นอุบัติเหตุการบาดเจ็บ หรือการสูญเสียทางการเงิน การสื่อสารทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการจากทุกแผนกการตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญในการระบุปัญหา
- 2) ทบทวนระบบควบคุม เป็นการติดตามข้อมูลต่างๆ ทบทวนระบบที่ควบคุมองค์กรที่มีอยู่ในปัจจุบัน การตรวจสอบการรายงานการประชุมของคณะกรรมการ การร้องเรียนด้วยวาจาแบบสอบถามผู้ป่วย ประเมินความสมบูรณ์ และกำหนดระบบเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญในการควบคุมการจัดการความเสี่ยง
- 3) ระบุความถี่ ความรุนแรง สาเหตุ ประเภทความเสี่ยงโดยทั่วไป กรณีเฉพาะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือผลเสียกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติ จำเป็นจะต้องประเมินความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ
- 4) ทบทวนและประเมินความปลอดภัย โดยการทบทวนและประเมินความปลอดภัยของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและระบบใหม่ๆ
- 5) การตรวจเยี่ยม การปฏิบัติตามแนวทางหรือหลักการ เป็นการดูแลเรื่องกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การยินยอม และการให้การรักษา
- 6) ลดความเสี่ยง โดยการกำจัดและลดความเสี่ยงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- 7) ทบทวนการทำงานคุณภาพอื่นเพื่อกำหนดความรับผิดชอบที่อาจเกิดขึ้นและนำไปสู่ความสูญเสีย เสนอแนวทางป้องกันหรือแก้ไข ตัวอย่างของคณะกรรมการดังกล่าว เช่น การติดเชื้อ การควบคุมทางการแพทย์ ความปลอดภัย ยา การควบคุมการพยาบาล และกำลังการผลิต
- 8) ระบุความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และการศึกษาส่วนบุคคล
- 9) ประเมินผลการจัดการต่อระบบการจัดการกับความเสี่ยง
- 10) การรายงาน โดยจัดทำรายงานเป็นระยะๆ เสนอต่อผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และคณะกรรมการ

การจัดตั้งระบบการจัดการความเสี่ยง ต้องเริ่มจากผู้มีอำนาจ คือ คณะกรรมการบริหารจะต้องสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และกำหนดให้ผู้บริหารจัดการตั้งระบบ หลังจากนั้นผู้บริหารจะจัดตั้งคณะกรรมการการจัดการความเสี่ยง ซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผนโดยรวม และตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อบริหารระบบในแต่ละวัน

2.3.3 การประเมินการจัดการความเสี่ยง (Evaluating Risk Management)

การระบุและการลดความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการควบคุมอย่างใกล้ชิด และการวิเคราะห์ รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่มีข้อความคำนิยาม จะต้องมีการพูดคุยกัน ระบบการจัดการความเสี่ยงต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ผู้จัดการพยาบาลต้องจำกัดการใช้รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการลดความเสี่ยงเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อการลงโทษ เป็นนโยบายที่จะต้องมีการเน้น และปฏิบัติ

ระบบการจัดการความเสี่ยงต้องการทรัพยากร ในกรณีที่มีการลดงบประมาณระบบนี้อาจจะเป็นระบบแรกที่ถูกตัด แต่วัตถุประสงค์ของการจัดการความเสี่ยง คือ ลดการสูญเสีย ดังนั้นจะต้องใช้เงินเพื่อเก็บระบบนี้ไว้ แต่การที่จะให้ต้นทุนจะต้องใช้เวลาและยากที่จะประเมินว่าจะสูญเสียอะไรบ้าง ถ้ากิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกับความเสี่ยงไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติ หลายองค์กรเชื่อว่าระบบการจัดการความเสี่ยงคุ้มค่ากับการลงทุน ประโยชน์เพิ่มเติมของระบบการจัดการความเสี่ยงอาจรวมถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเชิงบวกต่อองค์กรของบุคลากร แพทย์ ผู้มีส่วนได้เสีย และชุมชน ระบบการจัดการความเสี่ยงจะเป็นวิธีการที่ชัดเจนในการตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วย สถานพยาบาล แพทย์ และพยาบาลที่มีมุมมองไม่ดีจากสื่อในอดีต เป็นตัวกำหนดให้องค์กรต้องรับผิดชอบและมีการจัดการความเสี่ยง สนองตอบต่อข้อกำหนดเหล่านี้ เพราะการจัดการความเสี่ยงจะช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และลดความสูญเสียทางกฎหมาย การเป็นตัวแทนเป็นคุณลักษณะที่เด่นของวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมที่สุด

2.4 บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยง

พยาบาลเป็นแผนกหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการจัดการความเสี่ยง ผู้บริหารทางการแพทย์ในระดับหัวหน้าจะต้องมีส่วนในระบบนี้แบบเต็มตัว ทัศนคติของหัวหน้าจะมีอิทธิพลกับบุคลากร และการมีส่วนร่วมที่จะต้องนำระบบไปใช้ ความเสี่ยงในด้านการดูแล แบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ

- 1) ความผิดพลาดในการดูแลรักษา
- 2) ความซับซ้อนในการวินิจฉัยหรือการรักษา
- 3) การพลัดตกหกล้ม

- 4) ความไม่พอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา
- 5) การปฏิเสธการรักษา หรือการปฏิเสธที่จะเซ็นยินยอมให้การรักษา

2.4.1 บทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Role of Infection Control Nurse in Prevention of Nosocomial Infection)

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจนผู้ป่วยหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยเดิมที่เป็นอยู่ หากพยาบาลขาดความระมัดระวัง ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อ และเกิดการติดเชื้อจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นทั้งที่ปัญหาโรคเดิมได้รับการบำบัดไปแล้ว

1) บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.1) บทบาทในการป้องกัน (Protective Aspects) ต้องดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างระมัดระวัง ดูแลมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย จากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่น สำนึกบุคลากรผู้ดูแล รวมทั้งสิ่งแวดล้อม บุคลากรต้องทราบว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มีวิธีการแพร่กระจายอย่างไร และระยะติดต่อของโรคนานเท่าไร รู้วิธีการในการแยกผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถตัดสินใจในการแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (Disinfection and Sterilization) อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยต้องได้รับการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์การแพทย์ไปสู่ผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วย (Patient Care) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในกรณีที่จำเป็นต้องสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย จะต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ ใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ มีการเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันทาน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยเหล่านี้ มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อและเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูง จะต้องให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection Surveillance) เป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย ควบคุมกำกับและประเมินคุณภาพการบริการผู้ป่วย ช่วยในการค้นหาความผิดปกติ หรือการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล ช่วยให้สามารถควบคุมและแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งลดการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ควรมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Control) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล หากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลไม่เหมาะสม

1.2) บทบาทในการให้ความรู้และให้คำแนะนำ (Teaching & Supervision Aspects) การให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจถึงการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นผู้แพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยและญาติจะต้องทราบว่าโรคที่ป่วยนั้นสามารถแพร่กระจายได้อย่างไร สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องปฏิบัติมีอะไรบ้าง รวมทั้งเหตุผลที่ต้องปฏิบัติตาม เนื่องจากผู้ป่วยและญาติที่มาให้การดูแลผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยได้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจะตระหนักถึงความสำคัญ และร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างชัดเจน การให้ความรู้แก่บุคลากรในหอผู้ป่วยควรพิจารณาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละกลุ่ม การให้ความรู้ควรดำเนินการเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและพิจารณารูปแบบการให้ความรู้ตามกลุ่มบุคลากร

1.3) บทบาทในการประสานงาน (Coordinating Aspects) หากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งเชื้อสามารถแพร่กระจายได้ขณะผู้ป่วยรับการรักษาที่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล บุคลากรในหอผู้ป่วยจะต้องติดต่อประสานงานให้หน่วยงานอื่นทราบล่วงหน้า และแจ้งให้ทราบถึงวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

1.4) บทบาทในการบริหารจัดการ (Managing Aspects) ให้การดูแลภายในหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นเพียงพอกับความต้องการ เพื่อมิให้เกิดปัญหาในการทำลายเชื้อเพราะหากอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ไม่มีเพียงพอ อาจมีผลให้การทำลายเชื้ออุปกรณ์ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การบริหารจัดการให้หอผู้ป่วยมีการจัดเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เป็นระเบียบ พร้อมใช้งานได้ทันทั่วทั้ง มีอุปกรณ์ในการล้างมือที่เหมาะสมมีผ้าเช็ดมือเพียงพอ แม้ว่าบุคลากรอาจจะไม่ได้มีตำแหน่งหน้าที่ในการบริหาร แต่การเสนอแนะให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อพัฒนาหน่วยงานของตน เป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคน

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ได้ผล นอกจากจะต้องอาศัยความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลแล้ว ยังจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การทำให้บุคลากรปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรพยาบาล

2) บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการกระทำหรือการแสดงผลกิจกรรมของบุคคลที่เป็นไปตามความคาดหวังตามตำแหน่งในอาชีพหรือตำแหน่ง ซึ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานนั้น พยาบาลวิชาชีพจะต้องแสดงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นที่กำหนดขึ้นจากกรอบแนวคิดทางการพยาบาล คือ คน สภาพแวดล้อม ภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาล การปฏิบัติบทบาทวิชาชีพยังต้องควบคุม และกำหนดตัวกฎหมายประกอบโรคศิลป์และจรรยาวิชาชีพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยปกป้องสิทธิของผู้ป่วย พัฒนาสังคม และสร้างเสริมความรู้สึกรักภาคภูมิใจในวิชาชีพ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

2.1) บทบาทผู้ประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย โดยการซักประวัติให้ครอบคลุมอาการสำคัญ ตรวจร่างกาย เพื่อหาความบกพร่องจากการเจ็บป่วย บันทึกผลการตรวจอย่างละเอียดวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลต่อเนื่อง รายงานการส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้มีความต่อเนื่องการรักษาพยาบาล

2.2) บทบาทผู้ร่วมงาน มีหน้าที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรอื่นๆ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย แพทย์ และทีมการพยาบาล มีการกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิทยาการความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล

2.3) บทบาทครู โดยการนำวิธีการสอนไปใช้ในการแนะนำผู้ป่วย ครอบครัว และทีมพยาบาลโดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4) บทบาทประสานงาน ตรวจสอบความครบถ้วนของแผนการรักษาพยาบาลกำหนดความต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยโดยร่วมงานกับทีมสุขภาพ และครอบครัว

2.5) บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา และตามแผนการพยาบาลโดยแนะนำวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกัน มีการประเมินผลและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา

2.6) บทบาทการช่วยเหลือ ประเมินปัญหาผู้ป่วยและหาวิธีการแก้ปัญหาแลกเปลี่ยนความรู้ทางการพยาบาล เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้อายุขัยเพื่อการตัดสินใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2.7) บทบาทการพัฒนางานและการประเมินผล คือ ทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยการประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

2.8) บทบาทการทำวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีการนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถอ่านผลงานการวิจัยต่างๆ นำมาใช้ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ปัจจุบันพยาบาลมุ่งปฏิบัติงานเพื่อรับนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงเน้นการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดย 1) การป้องกันระยะแรกเพื่อช่วยลดภัยจากการเจ็บไข้ ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ 2) การป้องกันระยะที่ 2 เมื่อเกิดการคุกคามจนถึงเจ็บไข้ เพื่อให้ทุเลาไม่เกิดโรคแทรกซ้อนสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม 3) การป้องกันระยะที่ 3 เพื่อการฟื้นฟูสภาพให้ดำรงชีวิตในบทบาทผู้ป่วยเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2536)

2.5 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องผู้ป่วย

Bandman & Bandman (1995) กล่าวว่า พยาบาลรับบทบาทในการดูแลความสนใจของผู้ป่วย บางครั้งพยาบาลยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลปกป้องผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานภาพที่ไม่สามารถปกป้องตนเองได้และอยู่ระหว่างต้องต่อสู้กับความเป็นและความตาย เมื่อมีหลายบทบาทเช่นนี้ พยาบาลก็จะเป็นผู้บำบัดและผู้ที่มีบุคลิกเข้มแข็งในระหว่างภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพ พยาบาลคิดว่าตนเองเป็นมนุษย์ที่เท่ากันกับผู้ป่วย มีความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นบุคคลที่จะเอาคุณค่าและความชอบของตนไปใส่ในผู้ป่วย ผู้ทำหน้าที่แทนจะต้องให้ความเคารพผู้ป่วย พยาบาลผู้ที่เข้าใจบทบาทเหล่านี้ จะส่งเสริมปกป้อง ความสนใจ และสิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ถ้าเป็นไปได้ พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยสบายและปราศจากความเจ็บปวดให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่ากรณีใดๆ พยาบาลต้องยอมรับว่าหน้าที่แรกของตนเอง คือ ปกป้องและดูแลสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย พยาบาลให้การสนับสนุนและปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

2.5.1 รูปแบบของการปกป้องผู้ป่วย

รูปแบบของการปกป้องผู้ป่วยของ Bandman & Bandman (1995) มี 3 รูปแบบ ดังนี้คือ

รูปแบบที่ 1 เสนอแนะโดย Abrams เรียกว่า “Civil disobedience” ความไม่เชื่อฟังของประชาชน ในรูปแบบนี้พยาบาลตระหนักถึงการปกป้องผู้ป่วยว่าขัดแย้งกับผู้มีอำนาจและเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ผลลัพธ์ของการไม่ปฏิบัติตามรูปแบบนี้ทำให้พยาบาลเป็นฝ่ายต่อสู้ คือ ต้องแสดงให้เห็นว่าการกระทำของพยาบาลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง คือ พยาบาลจะต้องสร้างสมมติฐานที่น่าเชื่อถือซึ่งขัดแย้งกับแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ สิ่งนี้อาจเป็นอันตรายกับความมั่นคงของงานที่ทำ

รูปแบบที่ 2 เปรียบการปกป้องผู้ป่วยว่า พยาบาลเป็นเหมือนคนที่ต่อสู้กับผู้ร้าย ผู้ที่ต้องต่อสู้กับระบบดูแลสุขภาพ รูปแบบนี้พยาบาลในฐานะผู้ปกป้องผู้ป่วยจะต้องต่อสู้กับผู้มีอำนาจและจะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับรูปแบบที่ 1

ทั้ง 2 รูปแบบข้างต้นมารวมกันโดยวางตำแหน่งศัตรู ฝ่ายตรงข้ามหรือปัญหาในตำแหน่งที่ผิดกับกลุ่มคนที่ผิดประเภท ปัญหาไม่ใช่ของพยาบาล ปัญหา คือ สิทธิของผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจ

โดยระบบซึ่งไม่ใส่ใจกับเรื่องนี้ และโดยระบบแล้วจะไม่มีใครปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยความร่วมมืออย่างจริงจัง

รูปแบบที่ 3 ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แทนที่จะเป็นความขัดแย้งระหว่างอาชีพและสุขภาพควรจะมีความเป็นพันธมิตรโดยธรรมชาติระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และแพทย์ ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือโรคในมุมมองนี้ ผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจะมีบทบาทในฐานะที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพมากกว่า 2 รูปแบบ ข้างต้น เพื่อปกป้องความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงการเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ทำงานกับผู้อื่น เพื่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องการความเคารพจากผู้ดูแลสุขภาพในทีมด้วย

พยาบาลในฐานะผู้ปกป้องผู้ป่วย และสมาชิกของทีมสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบที่ 3 นี้ ซึ่งพยาบาลจะมีจุดยืนในความเป็นวิชาชีพ รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่จะทำให้พยาบาลเป็นผู้ปกป้อง เพราะสามารถที่จะพูดแทนผู้ป่วยได้เพราะความเป็นวิชาชีพ ดังนั้นการวิจัยนี้จะยึดถือบทบาทในการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลตามรูปแบบที่ 3 ของ Bandman & Bandman (1995) สำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วย และสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยได้รับผลกระทบจากแนวปฏิบัติที่ผิดกฎหมายไม่มีจรรยาบรรณ

บทบาทของการปกป้องที่กล่าวไว้ในข้อนี้ คือ ข้อผูกมัดพื้นฐานของพยาบาลที่จะต้องดูแลผู้ป่วยและให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วย พยาบาลถูกคาดหวังให้ตื่นตัวกับการปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพหรือตัวระบบซึ่งขัดกับหลักจรรยาบรรณหรือผลประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย การทำเช่นนี้ได้ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับกฎหมายของรัฐและนโยบายขององค์กรรวมถึงการให้ความกระจ่างว่าจรรยาบรรณคืออะไร กระบวนการของการทำให้ถูกต้อง เริ่มต้นด้วยคนที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ถ้าจำเป็นช่องทางที่เกี่ยวกับองค์กรและขั้นตอนที่กำหนดไว้แล้วถูกคาดหวังให้ใช้ เพื่อยุติการเพิ่มเติมและจะต้องมีการจัดทำมาตรฐาน

บทบาทของผู้ปกป้องผู้ป่วย คือ ข้อผูกมัดหลักของพยาบาล คือ ดูแลผู้ป่วยให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วย ดังนั้นในการเป็นผู้ปกป้องผู้ป่วยพยาบาลจะต้องตื่นตัวและปฏิบัติอย่างเหมาะสม ในส่วนที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ ที่ไร้ความสามารถ ไม่มีจรรยาบรรณ หรือผิดกฎหมาย โดยทีมผู้ดูแลสุขภาพหรือระบบดูแลสุขภาพหรือการกระทำใดๆ ของบุคคลอื่นซึ่งเป็นอคติกับผลประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย การปกป้องผู้ป่วยอาจจะถูกแสดงออกได้หลายวิธี วิธีการหนึ่ง คือ การนำเสนอข้อเท็จจริงโดยอาศัยการประเมินอย่างรอบคอบและเป็นระบบเพื่อใช้เป็นข้อโต้แย้งที่จะเข้าข้างผู้ป่วย ในบางกรณีพยาบาลในฐานะผู้ปกป้องผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นจะต้องมีการทำเอกสารอย่างรอบคอบและมีกลไกที่มีอยู่

Fry & Johnstone (2008) กล่าวว่า การสนับสนุน (Advocacy) หมายถึง การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะไม่สามารถหรือไม่เต็มใจที่จะปกป้องสิทธิของตนในการรักษาพยาบาลในความหมายนี้ หมายความว่า ผู้สนับสนุนผู้ป่วยหรือตัวแทนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะต้องพูดในนามของผู้ป่วย เหมือนกับที่ทนายความพูดแทนลูกค้าของตนในศาล การสนับสนุนนี้อาจจะถูกใช้เพื่อบรรยาย ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล มีการตีความหลายอย่างในเรื่องนี้ แต่การตีความอันหนึ่ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน คือ เป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบของการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ในระบบการดูแลสุขภาพพยาบาลจะแจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงสิทธิของเขา ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจสิทธิของเขา รายงานสิ่ง ผิดปกติและปฏิบัติเพื่อป้องกันสิ่งนั้น โดยสรุปจะหมายถึงการที่พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้แก้ต่างในเรื่อง สิทธิของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ อีกประการหนึ่งคือ พยาบาลซึ่งช่วยเหลือผู้ป่วยจะพูดคุยเกี่ยวกับ ความต้องการความสนใจ และทางเลือกที่ไปในทำนองเดียวกันกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจะไม่ใช้ความคิดของตนในการให้ผู้ป่วยตัดสินใจแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยศึกษาข้อดีและข้อเสียของ ทางเลือกในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีที่สุด เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้พยาบาลต้อง สนับสนุนสวัสดิการของผู้ป่วยก่อนที่จะจะไม่สบายหรือก่อนที่จะสมาชิกในครอบครัวจะตัดสินใจแทน

แนวคิดการปกป้อง ยังเป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อเป็น แนวทางปฏิบัติ ดังนี้คือ

(1) การปกป้องผู้ป่วย (Rights Protection Model) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ปกป้องผู้ป่วย ภายในขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ และแจ้งผู้ป่วยให้เข้าใจถึงผู้ป่วยและทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจ รายงานการละเลยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยและพยาบาลหาทางป้องกันไม่ให้เกิด การละเลยอีกต่อไป

(2) การเคารพการตัดสินใจบนพื้นฐานของค่านิยม (Values-Based Decision Model) พยาบาล ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาของตนเอง และช่วยให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง โดย ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการความสนใจของตนเอง และ ค้นพบทางเลือกที่ไม่ขัดต่อความเชื่อหรือค่านิยมของผู้ป่วย พยาบาลไม่เข้าไปตัดสินใจให้ผู้ป่วย แต่จะ พยายามจะชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

(3) ความนับถือความเป็นบุคคล (Respect- for Personal Model) พยาบาลมองว่าผู้ป่วยเป็น เพื่อนมนุษย์คนหนึ่งซึ่งความถูกต้องที่จะได้รับความเคารพ ในฐานะที่เป็นผู้ปกป้องพยาบาลจะต้อง ยอมรับความถูกต้องการปฏิบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย และทำการปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเป็นส่วนตัว และทางเลือกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำการเลือกได้พยาบาลจะเป็นผู้ปกป้อง ผลประโยชน์แทนผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้บอกเอาไว้ก่อนที่จะป่วยหรือโดยสมาชิก ในครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน

กรณีไม่มีผู้ใดกล่าวถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตน พยาบาลต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้อง ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องปกป้องระหว่างที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ รับผิดชอบต่อสังคมและวิชาชีพของตน

2.5.2 Advocacy:

Day (2006) กล่าวว่า Advocacy คือ การสนับสนุนเหตุที่สำคัญอย่างจริงจังหรือพูดแทนคนอื่น พยาบาลรับบทบาทเป็นผู้ปกป้องและให้การสนับสนุนโดยเน้นไปที่การปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติที่ไม่ได้มาตรฐานของพยาบาลคนอื่นๆ หรือสมาชิกของทีมดูแลสุขภาพ คำกล่าวจากสมาคมพยาบาลอเมริกัน (ANA) สามารถจะตีความได้ว่า สถานพยาบาลเป็นสถานที่อันตรายซึ่งผู้ป่วยต้องการพยาบาลให้การปกป้อง โดยการประเมินอย่างจริงจังเกี่ยวกับการปฏิบัติของคนอื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย และตัดสินใจเรื่องความปลอดภัย ความมีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วย

Hood (2010) กล่าวถึง บทบาทของการสนับสนุนผู้รับบริการ พยาบาลใช้อำนาจผ่านทางความเป็นผู้ให้บริการแนวคิดของการพิทักษ์สิทธิ อาจมีได้หลายแบบ ต่อไปนี้เป็นการอธิบายแนวคิดการพิทักษ์สิทธิผ่านลักษณะสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ การพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Mutuality) การอำนวยความสะดวก (Facilitation) และการปกป้อง (Protection)

ความหมายของการสนับสนุน คือ พยาบาลเชื่อในหลักการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และมีความเชื่อในสิ่งต่อไปนี้

(1) ผู้ให้บริการมีสิทธิในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับพยาบาล บนพื้นฐานของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เคารพกัน มีส่วนร่วมกันทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร และความรู้สึก ตลอดจนการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

(2) พยาบาลมีหน้าที่ที่จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อบรรลุความต้องการ

(3) ผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง

(4) พยาบาลมีหน้าที่ช่วยในการขับเคลื่อน และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เพื่อบรรลุการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

2.5.3 การเกื้อกูลกัน (Mutuality)

หมายถึง การที่พยาบาลและผู้ให้บริการร่วมมือกันในการที่จะระบุสถานะสุขภาพ ทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และพยาบาลหาหนทางไปสู่เป้าหมายนั้น โดยพยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลและเข้าถึงข้อมูล ปัจจัยสำคัญ 2 ประการของหลักของ Mutuality คือ การเคารพกัน (Respect) และการแบ่งปันกัน (Sharing Respect) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีสิทธิในการตัดสินใจหรือค้นหาความหมายเพิ่มเติม (Sharing) หมายถึง ผู้ให้บริการมีการเปิดเผยข้อมูล ความต้องการ ความคาดหวังต่างๆ ในขณะที่พยาบาลก็มีการจัดหาข้อมูลและบริการต่างๆ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เข้าใจผู้อื่นสามารถถ่ายทอดออกมาว่ากับเป็นเรื่องของตัวเอง มีความสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึก การพึ่งพิงซึ่งกันและกัน

2.5.4 การปกป้อง (Protection)

การสนับสนุนผู้ป่วยถูกเชื่อมโยงเข้ากับสมมติฐานว่าพยาบาลมีความรับผิดชอบที่จะปกป้องผู้ป่วย ตั้งแต่สมัย Nightingale พยาบาลถูกเรียกร้องให้ปกป้องผู้ป่วยจากอันตราย ในทางปฏิบัติพยาบาลถูกเรียกร้องให้สำรวจบทบาทของตนเองในการปกป้องผู้ป่วยที่จะอยู่หรือตาย Bandman & Bandman (1995) กล่าวว่าพยาบาลมักจะประสบปัญหาด้านจรรยาบรรณเมื่อทำงานกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือต้องพิการตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแพทย์และสมาชิกในครอบครัวต้องการให้มีการรักษาแบบประคับประคอง หรือละเว้นการใช้นาครการช่วยชีวิต Bandman & Bandman สรุปว่าศีลธรรมมักจะสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่มากกว่าจะปล่อยให้ผู้อื่นตัดสินใจว่าชีวิตของผู้ป่วยควรจะยุติ นอกจากนี้ในบางกรณีพยาบาลสามารถจะปกป้องความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะยุติชีวิตได้อย่างถูกกฎหมาย

บางครั้งความต้องการที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ปกป้องเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลระบุความต้องการที่จะเปลี่ยนสภาพ หรือสถานการณ์ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เพียงพอหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพต้องรับบทบาทความเป็นผู้นำในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลสุขภาพ รักษาปกป้องผู้ป่วย การตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพ ปกป้องผู้ป่วยจากสถานการณ์ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดความขัดแย้ง เมื่อสังเกตว่ามีสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย พยาบาลอาจจะต้องยอมเสี่ยงเพื่อปกป้องผู้ป่วย เมื่อพยาบาลปกป้องผู้ป่วยนั้นหมายความว่าพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะต้องต่อสู้กับแรงบีบคั้นขององค์กร รวมถึงแรงบีบคั้นที่เกิดจากคำรักษาพยาบาล หรือการกีดกัน

จากการศึกษาของ พาศนา บุญยะมาน (2553) พบว่าปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยไม่เข้าใจระบบบริการและผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดต้องการพยาบาลในการทำหน้าที่แทน โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการปกป้องผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประเมินตนเองว่ามีความตระหนักในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 100 แต่พบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ปกป้องผู้ป่วยได้ดีต้องเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์อย่างมาก เพราะการที่พยาบาลจะเข้าไปปกป้องผู้ป่วยอาจมีผลกระทบทำให้เกิดความขัดแย้งได้จากการขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความเชื่อถือ และขาดความไว้วางใจจากผู้ปฏิบัติงานหรือแม้แต่ผู้ป่วยเอง และยังได้อธิบายถึงบทบาทการปกป้องผู้ป่วยในการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนเป็นคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าการปกป้องผู้ป่วยต้องมีความครอบคลุมในทางปฏิบัติ พยาบาลจะต้องมีความรู้และเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพอย่างจริงจัง มีการติดต่อสื่อสาร คำนึงทางจริยธรรม และต้องรับรู้ มุ่งมั่นต่อบทบาทในการปกป้องผู้ป่วย และปฏิบัติบทบาทให้สอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพเพื่อคุ้มครองผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย ความสามารถปฏิบัติได้ดี และสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้บทบาทและความเชื่อในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เช่น ภาวะสุขภาพของพยาบาลเอง วุฒิภาวะโดยรวม ค่านิยมทั้งส่วนบุคคลและวิชาชีพ นโยบายของหน่วยงาน และความกดดันต่างๆ ซึ่งอาจมีอยู่ในสถานการณ์ ตลอดจนขวัญ กำลังใจ และแรงจูงใจทั้งจากภายในตนเองและหน่วยงาน การรักษามอบหมายพยาบาล ซึ่งกำหนดโดยวิชาชีพ วิชาการบรรณของวิชาชีพ โดยแสวงหาความรู้ให้กว้างลึก ฝึกปฏิบัติความรู้ให้เกิดทักษะในงาน และแสวงหาธรรมะในชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บ่งถึงความต้องการรักษาไว้ซึ่งสิทธิในการดำเนินชีวิต

2.6 แนวคิดความร่วมมือ

ปัจจุบันการรักษามีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคลากรในองค์กรมีแนวคิดที่จะดำเนินการลดค่าใช้จ่ายขององค์กร และของผู้ป่วยในการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ทำให้มีการร่วมมือกันระหว่างพยาบาล สหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล หรือระหว่างโรงพยาบาล เพื่อจะสามารถลดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ การใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพและช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งความร่วมมือกันภายในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลถือว่าเป็นวิธีการที่ดีที่จะนำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วย การเป็นผู้นำในโรงพยาบาล การให้การศึกษา และการทำงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ความร่วมมือกันของให้บริการจะทำให้เกิดความรู้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับประโยชน์มากขึ้นด้วย นับว่าเป็นรางวัลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ให้บริการความร่วมมือ เป็นการใช้สติปัญญาร่วมกัน และเป็นหุ้นส่วนที่จะ

แบ่งปันสติปัญญาในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่เกี่ยวกับการแบ่งปันอำนาจที่เกิดในการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน ในด้านความรู้ความเชี่ยวชาญลักษณะเป็นกระบวนการของความเคารพกันในเรื่องความแตกต่างของความคิดเห็น และทัศนคติ เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่ช่วยเหลือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน (Sullivan, 1998)

แนวคิดความร่วมมือ ได้ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวางในความสำเร็จและการรับรู้บทบาทความร่วมมือเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน การทำงานร่วมกัน ความร่วมมือของทุกฝ่ายจะเป็นหนทางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และต่อเนื่อง ปัจจุบันมีปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และในด้านการขาดแคลนบุคลากรทาง การพยาบาลทำให้ภาระงานที่หนักขึ้น บุคลากรไม่พึงพอใจในงานส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาคุณภาพ การดูแล ความร่วมมือเป็นปัจจัยร่วมในการกระจายตัวของการดูแล เป็นผลที่ช่วยลดปัญหาทางด้าน สุขภาพ แนวคิด Collaboration มีความหมายคล้ายกับแนวคิดอื่นอัน ได้แก่ Partnership, Joint Participation, Coalition ในภาษาไทยมีการใช้คำหลากหลาย เช่น การทำงานร่วมกัน ความร่วมมือ การประสาน ความร่วมมือ การร่วมประสาน ร่วมมือร่วมพลัง (Nolte, 2004) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า ความร่วมมือ

2.6.1 “ความร่วมมือ” (Collaboration)

คำจำกัดความในพจนานุกรม มาจากภาษาลาตินที่แปลว่าทำงานร่วมกัน แต่โดยปกติแล้ว ความร่วมมือจะถูกมองว่าเป็นกระบวนการ การแลกเปลี่ยนข้อมูล กิจกรรม แบ่งปัน และพัฒนา ความสามารถขององค์กร หรือบุคคลเพื่อประโยชน์ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันโดยมีผู้กล่าวไว้ ดังนี้

Gray (1989) กล่าวว่า Collaboration เป็นกระบวนการซึ่งฝ่ายต่างๆ มองปัญหาต่างกัน แต่สามารถที่จะมาศึกษาความแตกต่างนั้นในเชิงสร้างสรรค์ และหาทางออก เพื่อข้ามพ้นวิสัยทัศน์ ที่จำเป็น และสอดคล้องกับระบบการดูแลสุขภาพ

Wolff, et al., (2005) กล่าวว่า Collaboration เป็นการส่งเสริมความสามารถของผู้อื่นเพื่อ ผลประโยชน์ร่วมกัน และเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยการแบ่งปันความเสี่ยง ทรัพยากร และ ความรับผิดชอบ

Sullivan (1998) กล่าวถึงความร่วมมือว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องมีในระบบการดูแลสุขภาพ และให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการ การเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ในการแบ่งปันอำนาจ (Power Sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ซึ่งกันและกัน เพื่อการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ที่มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ นำไปสู่ความสำเร็จในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน

สรุปได้ว่า ความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กันเป็นความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกทางบวก ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความเคารพยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

แก้ปัญหาด้วยสติปัญญา ความรู้ ความชำนาญ และตัดสินใจร่วมกัน มีความพยายามในการทำงานอย่างสุดความสามารถ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันตามหน้าที่ความรับผิดชอบโดยสนับสนุนและปกป้องผลประโยชน์ของผู้อื่น และความร่วมมือสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระบวนการความร่วมมือ เป็นกระบวนการที่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้และยังก่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) และให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ในการแบ่งปันอำนาจ (Power Sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) เพื่อปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นร่วมกันอธิบายเพิ่มเติมได้ ดังนี้

1) การแบ่งปันอำนาจ (Power Sharing)

การแบ่งปันอำนาจ เป็นการแสดงความสามารถในด้านความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมความร่วมมือของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความรู้ความสามารถที่แตกต่างกัน มีความเคารพซึ่งกันและกัน มีความสำคัญเท่ากันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกัน ร่วมมือกันในการแสดงความคิดเห็นตามบทบาทอิสระของแต่ละบุคคล (Autonomy) ด้วยความรับผิดชอบ (Accountability) เกิดการเสริมพลัง (Empowered) กัน อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

1.1) ความเป็นอิสระ (Autonomy) ความมีอิสระในการตัดสินใจตามความรู้ความสามารถและทักษะ และมีการปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความมีอิสระในการตัดสินใจ สังเกตตามความเหมาะสมในขอบเขตอำนาจภายใต้หลักการและความรับผิดชอบในกิจกรรมที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์

1.2) ความรับผิดชอบ (Accountability) เป็นการแสดงออกถึงความพยายามอย่างมุ่งมั่น ตั้งใจ ปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ยอมรับผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นร่วมกัน แก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

1.3) การเสริมพลัง (Empowerment) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ช่วยเหลือกันพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกรักของบุคคล การช่วยเหลือให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตได้โดยการช่วยเหลือกัน

2) ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership)

หุ้นส่วน คือ บุคคลที่ทำงานร่วมกัน มีความสัมพันธ์แบบแบ่งปันกัน มีความสบายใจ ชื่นชมการทำงานซึ่งกันและกัน ทุกคนจะทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ สนับสนุนและปกป้องผลประโยชน์ของผู้อื่น มีการสื่อสารแบบเปิดเผย มีความเคารพและไว้วางใจกัน ความแตกต่างเกี่ยวกับความคิดเห็นจะถูกเจรจาต่อรองภายในบริบทของความร่วมมือ ด้วยความซื่อสัตย์ในการแก้ปัญหาลดความขัดแย้ง ทำให้ทุกฝ่ายพอใจ อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

2.1) การทำงานร่วมกัน (Working Together) เป็นการปฏิบัติภารกิจร่วมกัน มีความรับผิดชอบ และมีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จร่วมกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน กรณีมีข้อขัดแย้งมีการเจรจาต่อรองจนเกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย และยังเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุผลการจัดการที่ต่างกันมีความเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลมีความคิดหาแนวทางการแก้ไขที่สร้างสรรค์

2.2) การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังที่เกิดจากความร่วมมือของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจ เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ สมาชิกทุกคนร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน และทุกคนรับทราบ ยอมรับ เข้าใจ ตลอดจนยึดเป็นแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันเสมอ

2.3) การสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสพการณ์ ความรู้ และความคิดเห็นรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างสมาชิกแบบสองทางอย่างต่อเนื่อง รับฟังและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม เกิดความเสมอภาคและอิสระ มีข้อสรุปที่มีความชัดเจนเหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการจัดการปัญหา หรือความขัดแย้ง เพิ่มอำนาจการตัดสินใจร่วมกัน มีความสัมพันธ์กัน และสร้างความร่วมมือกันมากขึ้น

2.4) สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership Relationship) เป็นความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคย ทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ร่วมกัน เกิดบรรยากาศแบบ “หุ้นส่วน” ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน ได้แก่ บุคลิกภาพของผู้ที่ร่วมมือกัน การสร้างเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน กำหนดบทบาทและยอมรับข้อตกลงร่วมกัน มีการสนับสนุนจากผู้นำ และมีกระบวนการแก้ปัญหาร่วมกันที่ชัดเจน

2.5) ความไว้วางใจ (Trusting) เป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในความรู้ความสามารถของบุคคลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการทำงานให้ผลของงานบรรลุเป้าหมาย ทำด้วย ยอมรับในคุณค่า (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence) ของผู้ร่วมงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความร่วมมือเป็นกระบวนการที่มีการทำงานร่วมกันของคนตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าที่มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน มีความพยายามร่วมกันอย่างเต็มที่ ที่จะใช้สติปัญญาความรู้ความสามารถอย่างอิสระและมีความเท่าเทียมกันในการตัดสินใจด้วยทัศนคติที่ดีต่อกัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบสร้างสรรค์ในการดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาด้วยความรับผิดชอบ มีการสร้างสัมพันธภาพโดยการสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน เกิดความไว้วางใจในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้วางใจร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ และช่วยเหลือสร้างเสริมคุณค่าแห่งตนส่งผลการทำงานมีคุณภาพ

แนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) มีการรายงานของโรงพยาบาลที่ใช้ดำเนินการความร่วมมือ ร้อยละ 41 คาดว่าน่าจะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 58 ถ้ามีความสัมพันธ์ของ

ความร่วมมือในเชิงบวกและยังทำให้พยาบาลมีความผูกพันองค์กร เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ทำให้ช่วยลดลง และจากการศึกษาของ Sayre & Marie (2010) สนับสนุนการปรับปรุงความปลอดภัยโดยทำงานร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการพูดคุยระหว่างพยาบาลด้วยกัน และการพูดคุยกับผู้ป่วยจะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการวัดทั้งทางด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ นำมาเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดของการใช้ความร่วมมือ จากการศึกษาการประยุกต์ใช้วิธี Collaborative Quality Improvement ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของ อะเกื้อ อุณหเลขกะ (2553) การประยุกต์ใช้วิธีการ Collaboration ในการลดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล 50 แห่งของประเทศไทย ปี 2552-2553 พบว่าอัตราการติดเชื้อลดลงจาก 9.2 เป็น 8.2 ต่อ 1,000 วัน ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบผลความสำเร็จในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจประกอบด้วยผู้บริหาร บุคลากรในหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่ต้องให้ความร่วมมือกันสนับสนุนซึ่งกันและกัน สามารถลดการติดเชื้อลงได้

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง

การบูรณาการ หมายถึง การทำสิ่งที่ยากพร้อมให้สมบูรณ์ขึ้นโดยการเติมสิ่งที่ยังขาดอยู่เข้าไป สิ่งที่เคยเติมเข้าไปนี้มีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลกับสิ่งที่ยังขาดอยู่ และแต่ละสิ่งต่างทำหน้าที่ของตนภายใต้เป้าหมายเดียวกัน แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันแต่ก็เป็นไปอย่างสอดคล้องเหมาะสมไม่ขัดแย้งกัน (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546, น. 2)

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 2 ของการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่สายสวนปัสสาวะ (Longo, et al., 2009, p. 1821) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหา และมีข้อมูลที่แสดงถึงความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้ป่วย และยังเป็นผู้ใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (พัชรา เกียรประภากุล, 2550, น. 2) พยาบาลยังเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาโดยมีความร่วมมือในการทำงานทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการทำงานร่วมกัน การทำงานในลักษณะความร่วมมือกัน คือ การพัฒนาความรู้ และความชำนาญทางคลินิกในระดับสูงหลายด้าน ทั้งการใช้สติปัญญาร่วมกันเพื่อใช้ความชำนาญส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญกลุ่มในการแก้ปัญหาสำคัญ เกิดความไว้วางใจหรือความเชื่อใจขึ้น ทำให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของผู้ร่วมงานในการทำงานในรูปแบบความร่วมมือ (Sullivan, 1998, p. 19) โดยเฉพาะการดำเนินการตามระบบการจัดการความเสี่ยงที่กำหนดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรม

การพยาบาล พยาบาลจะช่วยกันป้องกัน ระบุแนวโน้มการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ทำมีระบบการวิเคราะห์ ทบทวน ควบคุม กำกับ และประเมินผล (Sullivan & Decker, 2005 , p. 500-501) นั่นคือพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องตระหนักรู้ และนำมาศึกษาเพื่อแสวงหาแนวทางที่จะสามารถจัดหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้กับผู้ป่วย และแสดงบทบาทในเรื่องการจัดการต่อความเสี่ยงให้เด่นชัดนั่นเอง แนวทางปฏิบัติก็จะเกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงก็จะลดน้อยลงได้ (วิภา จันทรสมโกชน, 2549, น. 56)

ดังนั้น เมื่อพยาบาลผู้เกี่ยวข้องมีความร่วมมือกันในการทำงาน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน มีการสื่อสารที่ดี มีแนวปฏิบัติและขั้นตอนที่เป็นมาตรฐาน มีกลไกที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้พยาบาลกลุ่มนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะช่วยกันทำงาน และรับรู้ถึงบทบาทการสนับสนุนปกป้องผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังส่งเสริมพัฒนาส่วนบุคคลให้มีการพึ่งพากันระหว่างสมาชิกทำให้เกิดความไว้วางใจกัน เชื่อมถ้อยกัน ร่วมมือกันรับผิดชอบในการทำงาน มีความหลากหลายและความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยจะเป็นตัวกำหนดเนื้องาน การพึ่งพาระหว่างกันด้วยการให้ความร่วมมือกันในการจัดการกับภาวะซับซ้อนของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการจัดการความเสี่ยงที่ปกป้องผู้ป่วยด้วยการกำจัดความเสี่ยงหรือการลดความเสี่ยง (Risk Reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งอาจจะเกิดขึ้น หากพยาบาลสามารถค้นพบความเสี่ยงต่างๆ ได้รวดเร็ว ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นโดยไม่ให้เข้าสู่ภาวะที่รุนแรงและวิกฤต สามารถบ่งชี้ได้ว่าระดับความเสี่ยงเป็นขั้นปฐมภูมิ (ป้องกันได้) ขั้นทุติยภูมิ (ค้นหาหรือแยกให้เร็วที่สุด) ขั้นตติยภูมิ (จัดการการดูแลรักษาตามความเจ็บป่วย) วิธีค้นหาจึงเป็นเครื่องมือที่ดีในการกำหนดประชากรกลุ่มเสี่ยง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 115) กิจกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงได้ คือ การสร้างความตระหนักให้ผู้ปฏิบัติมีความคิด ความรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจากการกระทำของบุคลากรที่ขาดความรู้ ซึ่งทักษะในการจัดการความเสี่ยงจะทำให้เกิดขึ้นได้โดยการฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ของบุคคล และบรรยากาศการปฏิบัติงานในองค์กร เป็นปัจจัยที่ทำให้การติดตามป้องกันความเสี่ยงหรือการปกป้องผู้ป่วย สอดคล้องกับการวิจัยของ (ศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2544, น. 45) พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติผิดพลาดของพยาบาลวิชาชีพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลและประสบการณ์การทำงาน นอกจากนี้ การร่วมเป็นตัวแทนผู้ป่วยเมื่อพบมีการละเลยการปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความร่วมมือกันของพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ ที่จะต้องปฏิบัติด้วยความพยายาม มุ่งมั่นปกป้องซึ่งเป็นหน้าที่หลักในจรรยาบรรณวิชาชีพทางการพยาบาล ต้องมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ ด้วยวิธีการการค้นหาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ระบุความรุนแรง ความถี่ ของความเสี่ยงมีดังเป้าหมาย วาง

แผนการดำเนินการร่วมกันตัดสินใจในการป้องกันความเสี่ยง มีการสื่อสารเพื่อเป็นการสนับสนุนการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้เกิดความเสี่ยง

การปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล จะต้องปรากฏตามแนวทางแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นเอกลักษณ์ มีความเฉพาะในวิชาชีพด้วยความรับผิดชอบต่อการประกอบวิชาชีพ จะสอดคล้องอยู่ในคุณภาพบริการที่มีคุณภาพ นั่นคือพยาบาลพึงรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานสูงสุดในการให้การพยาบาลอันพึงทำได้ในความเป็นจริงของแต่ละสภาพการณ์ มีสัมพันธภาพที่ส่งเสริมความร่วมมือกับผู้ร่วมงานและพึงกระทำการอันสมควร เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อเห็นว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ร่วมงานหรือบุคคลอื่นใดก็ตาม พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุน และปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงนั้น





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) สร้างรูปแบบการจัดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในสถาบันประสาทวิทยา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท โรงพยาบาลเฉพาะทาง ระดับตติยภูมิ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นกลุ่มควบคุม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยาเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะการทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทเหมือนกันและเป็นเครือข่ายเดียวกัน มีระบบการบริหารการพยาบาลในรูปแบบเดียวกัน กอปรกับสถาบันประสาทวิทยา มีหอผู้ป่วยหนักด้านสัลยกรรมประสาทเพียงหอผู้ป่วยเดียว ไม่สามารถมีกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ และโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นกลุ่มควบคุม

1) กลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ระดับ ตติยภูมิให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาทโดยใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

2) **กลุ่มทดลอง** คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ระดับตติยภูมิ ให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาทโดยใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาแนวความคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

3.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์
- 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาทและได้ผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมาแล้ว
- 3) ยินดี และเต็มใจให้ความร่วมมือในครั้งนี้

3.1.4 เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษาวิจัยที่ไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่ทำการศึกษา (ลาออก ย้ายออก เปลี่ยนหน้าที่)
- 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาทและไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมาก่อน
- 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1) คู่มือการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาแนวความคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสร้างขึ้นตามแนวความคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) โดยศึกษาจากคำราเอกสาร งานวิจัย นำมาพัฒนาจัดทำ และมีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยผลการตรวจสอบมีการเพิ่มในส่วนของแผนภูมิขั้นตอน การความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2) โครงการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติงานในรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาแนวความคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามแนวความคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005)

3.2.2 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bandman & Bandman (1995) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันความเสี่ยง 2) ด้านการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย และ 3) ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 5 ระดับ

3.2.3 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือทดลอง

1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.1) รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

(1) รวบรวมศึกษาปัญหาและสภาพของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

(2) ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัย บทความวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง นำมาคัดแปลงและสร้างรูปแบบขึ้นโดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและวัตถุประสงค์ในการใช้รูปแบบ และการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้างานหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ โดยมีการทำงานร่วมกัน การใช้ความรู้ความสามารถอย่างสมเหตุสมผลด้วยความมุ่งมั่นพยายามอย่างสุดความสามารถ ในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วิเคราะห์ ตัดสินใจร่วมกัน ด้วยความรับผิดชอบ ตามรูปแบบการบูรณาการแนวคิดความร่วมมือ Sullivan (1998) และแนวคิดการจัดการความเสี่ยง (Sullivan & Decker, 2005) จากนั้นนำแนวคิดความร่วมมือ และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จัดทำเป็นตารางแสดงการบูรณาการแนวคิดและกิจกรรมการปฏิบัติ ดังตารางที่ 1 และจากตารางนี้ จึงนำมาสร้างเป็นรูปแบบแนวคิดความร่วมมือบูรณาการแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอยู่ในตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน พฤติกรรม ผลลัพธ์ที่ต้องการ และสิ่งที่ใช้ประกอบเครื่องมือ (ตามเอกสารแนบท้าย)

(3) กำหนดวัตถุประสงค์ในการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วิธีการใช้คู่มือ คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ แนวคิดความร่วมมือ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แนวคิด

การจัดการความเสี่ยง บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมการดำเนินการซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล โดยการค้นหาข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกันด้วยความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้วยความรับผิดชอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการระบุความเสี่ยง และความรุนแรง วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงตามแผนที่วางไว้ ประเมินถึงการปฏิบัติตามแผน ปัญหาอุปสรรคปรับปรุง บันทึกและการสื่อสารส่งต่อข้อมูล 2) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล โดยนำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ซับซ้อนหรือมีปัญหารุนแรงมาร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ก่อให้เกิดการฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติที่แสดงถึงการลดความเสี่ยง และ 3) การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล เป็นการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำข้อมูลที่ได้มาร่วมวิเคราะห์ สรุปแนวทางปฏิบัติเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามขั้นตอนในคู่มือ



ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง

แนวคิดความร่วมมือ Sullivan 1998	แนวคิดการจัดการความเสี่ยง Sullivan & Decker 2005	การบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมการปฏิบัติ
1. การแบ่งปันอำนาจ (Power Sharing) การแสดงความสามารถในด้าน ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม ความร่วมมือของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความรู้ความสามารถที่แตกต่างกัน 1.1 ความเป็นอิสระ (Autonomy) เป็น การกระทำให้เกิดอิสระในการ ตัดสินใจตามความรู้ทักษะ โดยไม่ต้อง ให้บุคคลอื่นตัดสินใจแทนภายใต้ หลักการและความรับผิดชอบ	1. การระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (Identifies Potential Risks) อุปสรรค การบาดเจ็บหรือการสูญเสียทางด้าน การเงิน การสื่อสารทั้งแบบเป็น ทางการและไม่เป็นทางการ หรือจาก อุปกรณ์ที่เป็นสิ่งสำคัญในการระบุ ปัญหา	1.ขั้นตอนการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ พยาบาลอย่างอิสระ 1.1 การค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดย อิสระตามความรู้ความสามารถ และ หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับ มอบหมายตามหน้าที่ความรับผิดชอบ อย่างเต็มกำลังความสามารถของตน	1. กิจกรรมการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์พยาบาล 1.1 การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.2 ค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยจากประวัติอาการ อาการแสดง ด้วยทักษะความรู้ความสามารถอย่างอิสระ 1.3 การวางแผน ดำเนินการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 1.4 ค้นหาข้อมูลความเสี่ยง วิเคราะห์ประเมิน ระบุความเสี่ยง วางแผนการปฏิบัติการป้องกันและ ลดความเสี่ยง 1.5 ตั้งเป้าหมายผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอ ผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติโดยให้ความ เป็นอิสระในการตัดสินใจ วางแผนการปฏิบัติลด ความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

แนวคิดความร่วมมือ Sullivan 1998	แนวคิดการจัดการความเสี่ยง Sullivan & Decker 2005	การบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมการปฏิบัติ
1. การแบ่งปันอำนาจ (Power Sharing) (ต่อ) 1.2 การเสริมพลัง (Empowered) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ช่วยพัฒนาศักยภาพ มีความช่วยเหลือให้บุคคลมีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถโดยการเสริมความรู้การสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และความคิดเห็นระหว่างผู้ชำนาญการ ผู้ปฏิบัติงานในการประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วย 1.3 ความรับผิดชอบ (Account-ability) เป็นลักษณะของบุคคลที่แสดงถึง ความมุ่งมั่นต่อบทบาทหน้าที่และยอมรับผล การปฏิบัติ งานรวมถึงการปรับปรุงแก้ไข	2. ทบทวนระบบควบคุม ติดตามข้อมูลต่างๆ (Reviews Current) 3. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Analysis Risks) ความถี่ ความรุนแรงและสาเหตุของประเภทของความเสี่ยงทั่วไป Analysis of the frequency, severity, and causes of general categories and specific type of incidents causing	1. ขั้นตอนการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ 1.2 การแบ่งปันอำนาจการดูแลผู้ป่วย โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ เสริมความรู้กัน ตั้งเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติ การพยาบาลลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้วยความมุ่งมั่นส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพตนเองและผู้ร่วมงานด้วยความตั้งใจช่วยเหลือกันแก้ไข	1. กิจกรรมการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ (ต่อ) 1.6 การวิเคราะห์ ตัดสินใจ ระบุปัจจัยเสี่ยงโดยการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ ห้วหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติโดยทุกคนแสดงถึงความมุ่งมั่น ให้งานให้ประสบความสำเร็จด้วยการส่งเสริมกันและกัน 1.7 แลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดเป้าหมาย แผนการพยาบาล และการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและประเมินผล

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

แนวคิดความร่วมมือ Sullivan 1998	แนวคิดการจัดการความเสี่ยง Sullivan & Decker 2005	การบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมการปฏิบัติ
2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) 2.1 ทำงานร่วมกัน (Working Together) ค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยง วิเคราะห์และตัดสินใจระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) 2.2 การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) 2.3 การสื่อสาร (Communication) มีการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกเกี่ยวกับข้อมูลและปัญหา ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผย ข้อขัดแย้งที่มีมีการเจรจาต่อรอง 2.4 สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership Relationship) 2.5 ความไว้วางใจ (Trusting) เชื่อถือในความรู้ความสามารถของบุคคลอื่น	4. กำจัดหรือลดความเสี่ยงให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (Eliminates or reduces risks as much as possible) 5. ทบทวนและประเมินความปลอดภัย (Reviews and Appraisals Safety) 6. ดูแลเรื่องกฎหมาย หรือกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความยินยอมและการให้การรักษา (Monitor Law and Codes Related to Patient Safety, Consent, and Care) 7. การตรวจเยี่ยม การปฏิบัติตามแนวทางหรือหลักการ (Monitors Laws) ดูแลเรื่องกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	1. ขั้นตอนการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ (ต่อ) ร่วมกันปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ลดปัจจัยเสี่ยงให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ รวมทั้งรับผิดชอบรับผลการปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันรวมถึงการปรับปรุง และสื่อสารข้อมูล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมาย แนวทางที่ตั้งไว้ร่วมกัน	1. กิจกรรมการตรวจเยี่ยมทางการแพทย์ (ต่อ) 1.8 ประเมินผลการปฏิบัติการลดความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการ 1.9 สื่อสารระหว่างสมาชิกอย่างเปิดเผย และเป็นทางการเพื่อการส่งต่อข้อมูลให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ที่แสดงให้เห็นถึงการลดความเสี่ยง 1.10 จัดการประชุมปรึกษาการให้การพยาบาล (Nursing Care Conference) โดยประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่กำหนดด้วยความรู้ความสามารถของบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

แนวคิดความร่วมมือ Sullivan 1998	แนวคิดการจัดการความเสี่ยง Sullivan & Decker 2005	การบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมการปฏิบัติ
2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) 2.1 ทำงานร่วมกัน (Working Together) ค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยง วิเคราะห์และตัดสินใจระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) 2.2 การกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) 2.3 การสื่อสาร (Communication) มีการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกเกี่ยวกับข้อมูลและปัญหา ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างเปิดเผย ข้อขัดแย้งที่มีมีการเจรจาต่อรอง 2.4 สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership Relationship)	8. ระบุความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และการศึกษาส่วนบุคคล (Identifies Needs for Patient, Family, and Personal Education) 9. ประเมินผลระบบการจัดการความเสี่ยง (Evaluates the Results of a Risk Management Program) 10. ทำรายงานเป็นระยะต่อผู้บริหาร (Provides Periodic Reports to Administration)	2. ขั้นตอนการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2.1 กำหนดกรณีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงซับซ้อนที่เข้าจัดการประชุมปรึกษาเพื่อจัดให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของสมาชิกเกิดความไว้วางใจเชื่อถือในความรู้ ความสามารถของกันและกัน 2.2 ร่วมวิเคราะห์ อภิปรายปัญหา ความมุ่งมั่นต่อบทบาทหน้าที่ของตน ในการทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยง 2.3 สรุปหาแนวทางปฏิบัติแก้ปัญหา และยอมรับแนวคิดการปรับปรุงแก้ไข	2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2.1 นำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อนหรือมีปัญหารุนแรงหากเกิดการติดเชื้อ เข้ามาทำการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ให้สมาชิกในทีมได้ร่วมวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหา และประเมินการปฏิบัติการแก้ปัญหา 2.2 แลกเปลี่ยนความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ความคิดเห็นระหว่างผู้ชำนาญการ ผู้ปฏิบัติงาน 2.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางแก้ไข

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือและ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

แนวคิดความร่วมมือ Sullivan 1998	แนวคิดการจัดการความเสี่ยง Sullivan & Decker 2005	การบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับ แนวคิดการจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมการปฏิบัติ
2. ความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) (ต่อ) 2.5 ความไว้วางใจ (Trusting) เชื่อถือใน ความรู้ความสามารถของบุคคลอื่น		2. ขั้นตอนการประชุมปรึกษาทางการ พยาบาล (ต่อ) 2.4 การบันทึกทางการพยาบาลที่ แสดงให้เห็นถึงการลดความเสี่ยงการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (ต่อ) 2.4 บันทึกรายงานการแก้ปัญหา และสื่อสารกับ ผู้เกี่ยวข้อง

1.2) โครงการอบรมความรู้ในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พร้อมคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนตามแนวคิดที่กำหนดไว้ โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ให้ความรู้โดยการอบรมในวันที่ 18 มิถุนายน และ 21 มิถุนายน 2556 ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 15 คน โดยผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

(1) เขียนโครงการอบรมให้มีความสอดคล้องกับคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ผู้วิจัยสร้างไว้ก่อนหน้านี้ จากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(2) นำเสนอโครงการอบรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้อง

(3) ปรับปรุงโครงการตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

(4) เสนอกลุ่มภารกิจบริการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการอบรม

(5) จัดอบรมตามกำหนดในวันที่ 18 และ 21 มิถุนายน 2556 เวลา 9.00-12.00 น. และ 8.30 - 12.00 น. ตามลำดับ

(6) ผู้วิจัยได้จัดให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองทุกคนฝึกการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นเวลา 10 วัน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนให้หอผู้ป่วยได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยคนละ 1-2 ราย จนสามารถปฏิบัติตามรูปแบบตามที่กำหนด ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย จนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทดลองจัดทำเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

2.2) แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตามแนวคิดของ Bandman & Bandman (1995) โดย

เครื่องมือมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบ่งเป็น 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

- (1) ด้านการป้องกันความเสี่ยง 10 ข้อ
- (2) ด้านการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย 10 ข้อ
- (3) ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย 9 ข้อ

จากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- คะแนน 5 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด
- คะแนน 4 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมาก
- คะแนน 3 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพปานกลาง
- คะแนน 2 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพน้อย
- คะแนน 1 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนที่ได้ ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เป็น 5 ระดับ โดยใช้สูตรดังนี้ (ยูดี ภาษา และคณะ, 2540, น. 145) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}}$$

และได้เกณฑ์การประเมินระดับรายชื่อ (1-5) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21-5.00	มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด
3.41-4.20	มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมาก
2.61-3.40	มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพปานกลาง
1.81-2.60	มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพน้อย
1.00-1.80	มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด

3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อรายการ และการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางการปฏิบัติทางการพยาบาล การศึกษา และการบริหารการพยาบาล จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทดลองโดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 4 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือกรณีที่มีความคิดเห็นหรือ

ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำความคิดและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตาม ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาโดยผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือได้ผล ดังนี้

1.1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ คู่มือปฏิบัติงานการใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 4 ท่าน เห็นด้วยกับคู่มือการปฏิบัติงาน โดยได้แนะนำให้ปรับปรุงแก้ไขการใช้ภาษาและรวบข้อความที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันให้เหมาะสม และถูกต้องตามหลักภาษา

1.2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันความเสี่ยง 2) ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสม 3) ด้านเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ให้มีการปรับปรุงแก้ไขการใช้ภาษา โดยมีการลดข้อคำถามของแบบสอบถามจาก 39 ข้อ เหลือข้อคำถาม 29 ข้อ โดยยุบรวมข้อคำถามที่มีความหมายคล้ายคลึงกันจำนวน 8 ข้อคำถาม มีการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ และมีการปรับเปลี่ยนรายด้านทั้ง 3 ด้านข้างต้นของข้อคำถามจำนวน 5 ข้อคำถาม เพิ่มเติมในส่วนของแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติการทดลองเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะกลับไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทราบ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่รับผู้ป่วยหนักระบบประสาท และเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ที่มีผู้ป่วยลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของอัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงทั้งภาพรวม และรายข้อ ไม่น้อยกว่า 0.8 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) จากการดำเนินการพบว่ามีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อคำถามได้ ค่าความเที่ยง 0.53 และ 0.68 ได้ตัดข้อคำถามนั้นออกไป และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาล

วิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอีกครั้งพบว่าค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.83 และรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการความเสี่ยงเท่ากับ 0.83 2) ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสมเท่ากับ 0.82 และ 3) ด้านเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เท่ากับ 0.81

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในกลุ่มมือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5) (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติ โครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัยระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติดำเนินการทดลอง ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และ โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ เอกสารประกอบการขออนุมัติ มีดังนี้

- (1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย
- (2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัย
- (3) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมทดลองและลงนามหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมทดลอง
- (4) เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการ โครงร่างวิจัยและขอใช้ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้อธิบายการดำเนินการ อธิบายรายละเอียดของการทดลอง โดยไม่มีความคิดเห็นส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และไม่มีชื่อของพยาบาลวิชาชีพปรากฏในรายงานการวิจัย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความยินยอมให้ความร่วมมือในการทดลอง ทั้งนี้ผู้ทดลองได้ดำเนินการเช่นนี้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมลงนามยินยอมไว้ด้วย

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

1.1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งได้รับการอนุมัติการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์แล้วโดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยแสดงความจำนงและขออนุมัติ

ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ขออนุมัติในเชิงจริยธรรมก่อนที่จะดำเนินการทดลอง

1.2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการจัดทำวิจัย และรายละเอียดของการจัดการอบรม

1.3) พบพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการวิจัยและเครื่องมือวิจัย

1.4) ดำเนินการแจกแบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 15 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มควบคุม โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง

2.1) นำเสนอรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กับหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.2) จัดประชุมร่วมเพื่อขอความร่วมมือและข้อตกลงในการวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 3 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพ

จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 1 วัน แบ่งเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าร่วมฟังทุกคน คือ วันที่ 18 และ 19 มิถุนายน 2556 พยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมทั้งหมด จำนวน 18 คน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของรูปแบบฯ วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วย ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานตามแผน ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แสดงถึงความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินปฏิบัติการทดลอง

ทดลองใช้ก่อนทดลองจริง (ตั้งแต่วันที่ 18-25 มิถุนายน 2556) โดยผู้วิจัยนำคู่มือปฏิบัติงานที่สร้างขึ้น และพิมพ์เป็นรูปเล่ม นำไปให้กับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองทั้งหมดคนในหอผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจ จัดให้มีการทดลองใช้ในรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนใน

ห่อผู้ป่วยได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยคนละ 1-2 ราย จนสามารถปฏิบัติได้ตามที่จัดไว้ตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่ หรือย้ายเข้าในห่อผู้ป่วยจนกระทั่งย้ายออกจากห่อผู้ป่วย และในระหว่างการทดลอง ใช้นี้ พยาบาลวิชาชีพที่ทดลองปฏิบัติตามคู่มือจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการทดลองใช้ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง และให้พยาบาลวิชาชีพได้ฝึกปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยทุกคนจนครบใช้เวลา 5 วัน ทั้งวันธรรมดาและวันเสาร์-อาทิตย์ รวมถึงให้คำปรึกษา แนะนำในการปฏิบัติตามคู่มือตลอดระยะเวลาในการทดลองใช้ โดยมีขั้นตอนปฏิบัติงานดังนี้

4.1) ขั้นค้นหาผู้ป่วยที่จะมีความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะด้วยการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล

(1) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะให้กับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติตามความรู้ความสามารถ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่ได้รับมอบหมายดำเนินการค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยในเวลา 7.45 น.

(2) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และหัวหน้าหอผู้ป่วย ค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยรายเดียวกันกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ในเวลา 9.30 น. วันทำการ

(3) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ร่วมกันตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้จากการค้นหาความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเพศ ประวัติการเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย โรคที่เป็น โรคร่วม ระยะเวลาและความเหมาะสมการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะผิวหนังทั่วไปบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การปฏิบัติการทำความสะอาด และการขยับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย โดยทุกคนใช้ความพยายามความรู้ความสามารถเฉพาะทางอย่างเต็มที่ ค้นหาวิเคราะห์ความเสี่ยงด้วยเหตุผล ใน เวลา 10.00 น. ในวันทำการ นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แสดงถึงความเสี่ยงการติดเชื้อ กำหนดเป้าหมายการลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามแผนด้วยความมุ่งมั่น ประเมินผลการจัดการความเสี่ยง บันทึกรายงานการปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล พร้อมรายงานแผนการพยาบาลที่จะลดความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการปฏิบัติเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล

4.2 ขั้นค้นหาแนวทางปฏิบัติในแต่ละกรณีผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติของการประชุมปรึกษากการพยาบาล

(1) เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีปัญหารุนแรง โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย สมาชิกทีมการพยาบาลร่วมพบปะ พูดคุยทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

(2) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อใช้กิจกรรมประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30 น. โดยผู้ร่วมประชุมทุกคนรับฟัง และร่วมแสดงความคิดเห็นโดยใช้ความรู้เหตุผล ที่แสดงถึงของความเสี่ยงการติดเชื้อ วิธีการลดความเสี่ยงการติดเชื้อจากการรวบรวมข้อมูลและประเมินสถานะของผู้ป่วยที่ได้ร่วมการคิดวิเคราะห์ด้วยเหตุผล

(3) สรุปปัญหาของผู้ป่วยและแนวทาง ปฏิบัติที่เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและบันทึกในแบบบันทึกการประชุมปรึกษาการพยาบาล และลงในบันทึกรายงานการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เพื่อนำไปพิจารณาลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อไป

4.3) ขึ้นสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามแนวทางปฏิบัติของการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล

(1) วางแผนการเยี่ยมชมตรวจในเวลา 10.30 น. โดยนัดกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นผู้นำในการเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล

(2) ร่วมสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยพร้อมกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพร่วมเสนอปัญหาจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พิจารณาในเรื่อง การเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือปราศจากเชื้อในหอผู้ป่วยสภาพความสะอาดเหมาะสม อุปกรณ์การเทปัสสาวะ และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล

(3) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเพื่อหาแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไข และสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองในขณะที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทดลองตามรูปแบบการจัดการที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองทุกคนใช้การพยาบาลตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน-7 สิงหาคม 2556 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการดำเนินการตามที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม คือ ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อในการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาทดลองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยตนเอง

3.5 การรวบรวมข้อมูล

กระบวนการทดลองมีการดำเนินงานเป็นลำดับ โดยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 กลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพผู้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สังกัดกรมการแพทย์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-10 กรกฎาคม 2556 (ระยะก่อนทดลอง) โดยรอรับข้อมูลหลังแจกแบบสอบถาม ได้ครบตามจำนวน

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยแจกดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย ในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยแจกแบบสอบถามครั้งที่ 2 ในวันที่ 6-9 สิงหาคม 2556 และรอเก็บแบบสอบถามกลับ ซึ่งเก็บได้ครบ

3.6.2 กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแจกแบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแก่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา ในการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อเก็บข้อมูลไว้เปรียบเทียบกับภายหลังการทดลองเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 18-25 มิถุนายน 2556 (ระยะก่อนทดลอง)

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยแจกแบบวัดการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง ซึ่งปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวนทั้งหมด 15 คน ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2556 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการปฏิบัติตามรูปแบบของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน โดยรอรับแบบสอบถามกลับ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

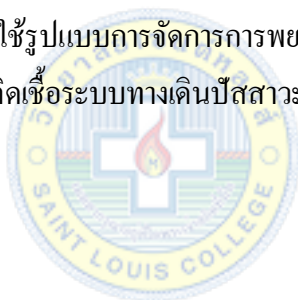
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05

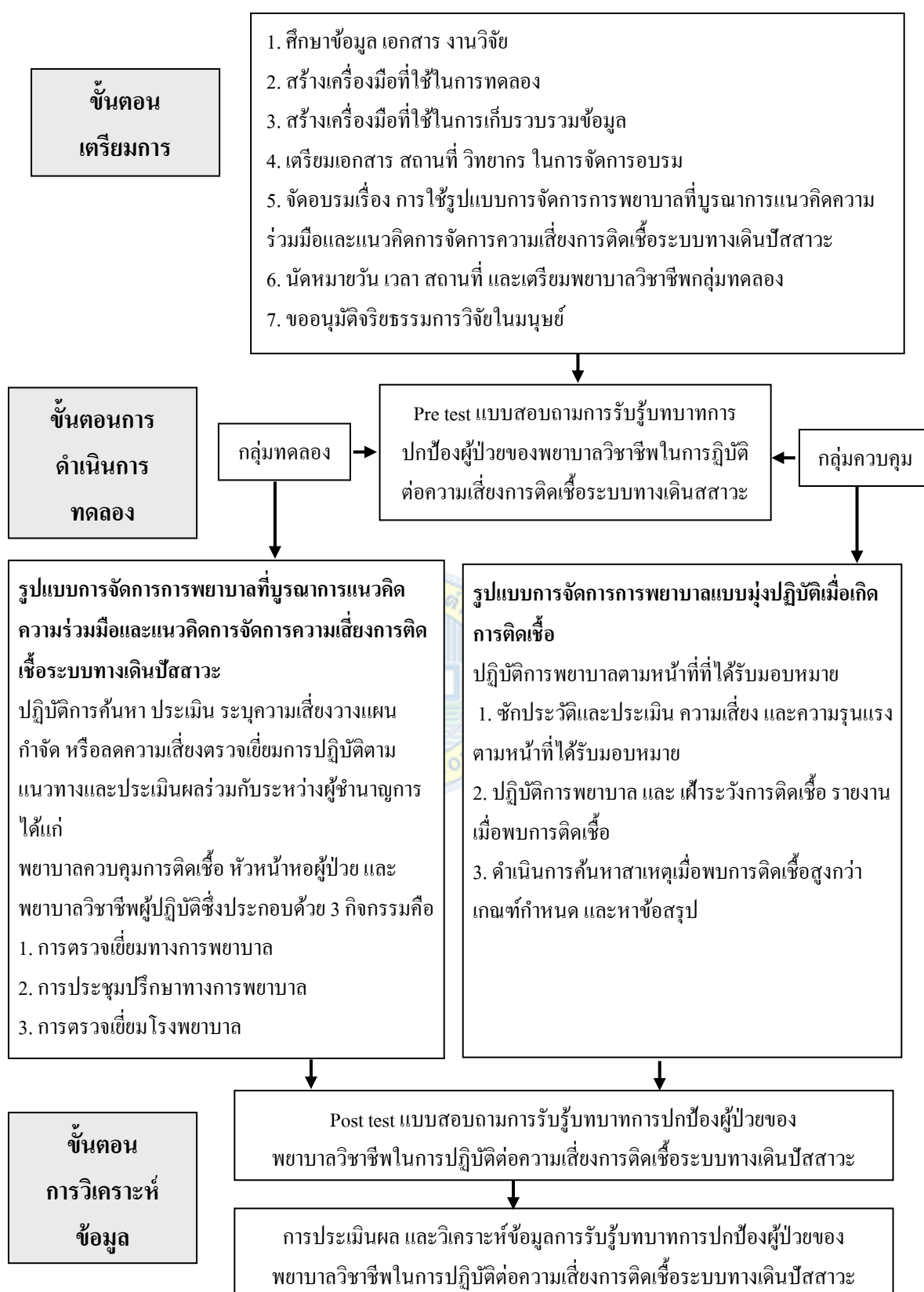
1) วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพในการทำงาน โดยหาค่าจำนวน และร้อยละ

2) วิเคราะห์ข้อมูล คะแนน การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มควบคุมก่อนใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และกลุ่มทดลอง หลังใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

4) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test





ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยศึกษาพยาบาลวิชาชีพ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนหลัง (Control Group, Pretest-Posttest) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กับกลุ่มปฏิบัติงานปกติที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.2 ลำดับขั้นตอนการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
Z	หมายถึง	ค่าประมาณหรือค่าทำนายของตัวแปรตามที่เป็นค่ามาตรฐาน
*	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญ

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม อายุ สถานภาพ เพศ ประสบการณ์ทำงาน

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 25 ปี	1	6.70	2	13.30
26 - 30	3	20.00	3	20.10
31- 35	5	33.30	4	26.80
35 ปีขึ้นไป	6	40.00	6	40.20
สถานะ				
โสด	5	33.30	8	53.30
คู่	10	66.70	7	46.80
เพศ				
หญิง	15	100	15	100
ประสบการณ์การทำงาน				
1 - 5 ปี	3	20.00	4	26.80
6 - 10 ปี	5	33.30	3	20.10
11-15 ปี	2	13.30	5	33.50
15-20 ปี	3	20.00	1	6.70
21 ปีขึ้นไป	2	13.30	2	13.40

จากตารางที่ 2 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งกลุ่มควบคุมและทดลองมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนต่อผลการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

4.2.2 ลำดับขั้นตอนการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ศึกษาค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ (ตารางที่ 3 - 8)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังทดลอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ตารางที่ 9 - 10)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ (ตารางที่ 11 - 14)



ส่วนที่ 1 ศึกษาค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ (ตารางที่ 3 - 8)

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้านก่อนทดลอง

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	3.93	3.773	มาก	3.82	5.045	มาก
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล	3.80	3.769	มาก	3.72	5.243	มาก
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย	3.58	3.411	มาก	3.87	4.172	มาก
โดยรวม	3.78	9.506	มาก	3.80	13.102	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากในทุกด้าน คือ ด้านการป้องกันความเสี่ยง ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล และด้านเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย ซึ่งค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันความเสี่ยง (กลุ่มควบคุม 3.93, กลุ่มทดลอง 3.82) ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล (กลุ่มควบคุม 3.80, กลุ่มทดลอง 3.72) ส่วนด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย กลุ่มควบคุมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลอง (กลุ่มควบคุม 3.58, กลุ่มทดลอง 3.87)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทาง เดินปัสสาวะ	4.13	0.743	มาก	4.00	0.756	มาก
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ	3.87	0.516	มาก	3.67	0.900	มาก
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ใน การปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ	3.93	0.704	มาก	3.87	0.640	มาก
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง	3.87	0.516	มาก	3.80	0.676	มาก
5.การประเมินผู้ป่วยหลังจากการปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	3.87	0.640	มาก	3.80	0.561	มาก
6.การทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะ และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และหลังการ ขับถ่าย	4.27	0.594	มากที่สุด	4.13	0.990	มาก
7.การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ	4.33	0.488	มากที่สุด	4.33	0.488	มากที่สุด
8.การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อ ประเมินปัญหาและความต้องการ	3.27	0.799	ปานกลาง	3.07	0.884	ปานกลาง
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย	4.00	0.655	มาก	3.80	0.941	มาก
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความ เสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.80	0.676	มาก	3.73	0.704	มาก

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.53	0.516	มาก	3.40	0.828	ปานกลาง
12.การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.87	0.561	มาก	3.67	0.816	มาก
13.การร่วมประชุมปรึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.47	0.516	มาก	3.33	0.816	ปานกลาง
14.การร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.00	0.756	ปานกลาง	2.87	0.743	ปานกลาง
15.การตรวจสอบการปฏิบัติการเทน้ำปัสสาวะตามแนวป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.80	0.775	มาก	3.67	0.900	มาก
16.การบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.60	0.737	มาก	3.00	0.737	มาก
17.การประเมินเข้าใจถึงความเหมาะสมของระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ	3.60	0.737	มาก	3.53	0.834	มาก
18.การตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	4.53	0.516	มากที่สุด	4.53	0.516	มาก
19.การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิด และอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ	4.47	0.516	มากที่สุด	4.47	0.516	มากที่สุด
20.การตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	4.20	0.561	มาก	4.20	0.561	มาก

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.40	0.507	ปานกลาง	3.00	0.926	ปานกลาง
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย	3.40	0.632	ปานกลาง	3.27	0.799	ปานกลาง
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการพยาบาลเพื่อ ค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันปัจจัย เสี่ยงในผู้ป่วย	3.60	0.507	มาก	3.47	0.743	มาก
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทาง การแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการ ป้องกันความเสี่ยง	3.53	0.516	มาก	3.20	0.676	ปานกลาง
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	3.67	0.617	มาก	3.67	0.617	มาก
26.การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยง ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเอง	3.87	0.640	มาก	3.80	0.775	มาก
27.การรายงานแพทย์ซ้ำๆเมื่อเห็นว่าความ เสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข	3.53	0.743	มาก	3.33	0.724	ปานกลาง
28.การรีบช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยถูก ละเลย/ไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาที่ เหมาะสม	3.87	0.990	มาก	3.87	0.990	มาก
29.การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ เหมาะสมมากขึ้น	3.40	0.986	ปานกลาง	3.27	1.033	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง พบว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ซึ่งประเด็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการทั้งกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือระดับ 3.27 และ 3.07 ตามลำดับ ประเด็นการล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนทวาร ปัสสาวะ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือระดับ 4.33 เท่ากัน สำหรับประเด็นการทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และหลังการขับถ่ายมีความแตกต่างกัน คือ กลุ่มควบคุม มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.27 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมาก 4.13

ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสม พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อมีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดในทุกประเด็นยกเว้นการร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.00 สำหรับกลุ่มทดลองมีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด แต่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึง 3 ข้อ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ 3.40, 3.33 และ 2.87 ตามลำดับ

ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ มีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาล

วิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยมีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ปานกลางมี 3 ข้อ คือ อยู่ในระดับ 3.40 ทั้ง 3 ข้อ การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง ให้กับผู้ป่วย และการเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น สำหรับกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีการรับรู้ บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมี 3 หัวข้อ ที่เหมือนกันกับกลุ่มควบคุม และอีก 2 หัวข้อที่ต่างกัน คือ การเตือนบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่าน พบว่ามีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆ เมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข อยู่ในระดับ 3.20 และ 3.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	4.00	0.548	มาก	4.41	3.090	มากที่สุด
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการ รักษาพยาบาล	3.96	2.768	มาก	4.31	3.292	มากที่สุด
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทน ผู้ป่วย	3.74	3.132	ปานกลาง	4.14	4.336	มาก
โดยรวม	3.90	8.448	มาก	4.29	9.006	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากในด้านการป้องกันความเสี่ยง และด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และ 3.96 ตามลำดับ ส่วนด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 3.74 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดในด้านการป้องกันความเสี่ยง และด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล มีค่าระดับ

คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 ด้าน เท่ากับ 4.41 และ 4.31 ส่วนด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วยอยู่ในระดับมากโดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ซึ่งค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมโดยรวมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากเท่ากับ 3.90 ในกลุ่มทดลอง โดยรวมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.29

ตารางที่ 6 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายชื่อ หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.27	0.458	มากที่สุด	4.40	0.632	มากที่สุด
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ	3.80	0.414	มาก	4.40	0.507	มากที่สุด
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.07	0.594	มาก	4.33	0.617	มากที่สุด
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง	3.93	0.458	มาก	4.33	0.488	มากที่สุด
5.การประเมินผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.07	0.704	มาก	4.27	0.458	มากที่สุด
6.การทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และหลังการขับถ่าย	4.40	0.507	มากที่สุด	4.67	0.488	มากที่สุด
7.การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ	4.40	0.507	มากที่สุด	4.67	0.488	มากที่สุด
8.การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ	3.53	0.640	มาก	4.27	0.427	มากที่สุด

ตารางที่ 6 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายชื่อ หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย	3.93	0.594	มาก	4.60	0.507	มากที่สุด
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความ เสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.67	0.617	มาก	4.20	0.676	มาก
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	3.60	0.507	มาก	4.20	0.561	มาก
12.การปฏิบัติการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติลด ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.00	0.378	มาก	4.20	0.414	มาก
13.การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.60	0.507	มาก	4.27	0.458	มากที่สุด
14.การร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่มีความ เสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	3.33	0.488	ปานกลาง	4.00	0.655	มาก
15.การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวป้องกัน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.93	0.594	มาก	4.13	0.516	มาก
16.การบันทึกผลทางการปฏิบัติกิจกรรมการ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	3.87	0.352	มาก	4.00	0.535	มาก
17.การประเมินชี้ถึงความเหมาะสมของ ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ	3.80	0.561	มาก	4.13	0.640	มาก
18.การตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะ ทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	4.60	0.507	มากที่สุด	4.80	0.414	มากที่สุด

ตารางที่ 6 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายชื่อ หลังทดลอง
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
19.การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิด และอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ	4.47	0.516	มากที่สุด	4.80	0.414	มากที่สุด
20.การตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	4.27	0.458	มากที่สุด	4.60	0.507	มากที่สุด
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.80	0.561	มาก	4.27	0.458	มากที่สุด
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย	3.67	0.488	มาก	4.20	0.561	มาก
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการพยาบาลเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย	3.67	0.488	มาก	4.07	0.594	มาก
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง	3.53	0.516	มาก	4.13	0.516	มาก
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	3.73	0.594	มาก	4.33	0.617	มากที่สุด
26.การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเอง	3.87	0.640	มาก	4.13	0.516	มาก
27.การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆเมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข	3.80	0.676	มาก	4.20	0.561	มาก

ตารางที่ 6 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายชื่อ หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง					
	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
28.การรีบช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยถูกละเลย / ไม่ได้ได้รับการปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสม	4.00	1.000	มาก	4.20	0.676	มาก
29.การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น	3.60	0.910	มาก	3.80	0.941	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำแนกตามรายชื่อพบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง พบว่าหลังการทดลอง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างถึง 6 ข้อได้แก่ในประเด็นที่เกี่ยวกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มควบคุม 3.80, กลุ่มทดลอง 4.40) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 4.07, กลุ่มทดลอง 4.33) การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง (กลุ่มควบคุม 3.93, กลุ่มทดลอง 4.33) การประเมินผู้ป่วยภายหลังจากการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 4.07, กลุ่มทดลอง 4.27) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ (กลุ่มควบคุม 3.53, กลุ่มทดลอง 4.27) และการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม 3.93, กลุ่มทดลอง 4.60) สำหรับในประเด็นที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มากที่สุดเหมือนกัน คือ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่ม

ควบคุม 4.27, กลุ่มทดลอง 4.40) การทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และหลังการขับถ่าย (กลุ่มควบคุม 4.40, กลุ่มทดลอง 4.67) และการล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 4.40, กลุ่มทดลอง 4.67)

ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสม พบว่า หลังการทดลอง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่าง 2 ข้อ ได้แก่ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 3.60, กลุ่มทดลอง 4.27) และการร่วมตรวจเย็บแผลดื่มน้ำที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 3.33, กลุ่มทดลอง 4.00) สำหรับในประเด็นที่มีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มากที่สุดเหมือนกันมี 3 ข้อ คือ การตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม 4.60, กลุ่มทดลอง 4.48) การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิดและอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 4.47, กลุ่มทดลอง 4.80) และการตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน (กลุ่มควบคุม 4.27, กลุ่มทดลอง 4.60)

ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าหลังการทดลอง ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่าง 2 ข้อ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (กลุ่มควบคุม 3.80, กลุ่มทดลอง 4.27) และการแจ้งญาติให้ทราบเพื่อสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา (กลุ่มควบคุม 3.73, กลุ่มทดลอง 4.33)

ตารางที่ 7 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง โดยรวม และจำแนก ตามรายด้าน

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	3.82	5.045	มาก	4.41	3.090	มากที่สุด
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการ รักษาพยาบาล	3.72	5.243	มาก	4.31	3.291	มากที่สุด
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็น ตัวแทนผู้ป่วย	3.87	4.172	ปานกลาง	4.14	4.336	มาก
โดยรวม	3.80	14.460	มาก	4.64	10.717	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก แต่หลังทดลองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองก่อนทดลอง ด้านการป้องกันความเสี่ยง และด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก แต่หลังทดลองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองในด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 8 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง จำแนก ตามรายชื่อ

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.00	0.756	มาก	4.40	0.632	มากที่สุด
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ	3.67	0.900	มาก	4.40	0.507	มากที่สุด
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.87	0.640	มาก	4.33	0.617	มากที่สุด
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง	3.80	0.676	มาก	4.33	0.488	มากที่สุด
5.การประเมินผู้ป่วยหลังจากการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.80	0.561	มาก	4.27	0.458	มากที่สุด
6.การทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และหลังการขับถ่าย	4.13	0.990	มาก	4.67	0.488	มากที่สุด
7.การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ	4.33	0.488	มากที่สุด	4.67	0.488	มากที่สุด
8.การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ	3.07	0.884	ปานกลาง	4.27	0.594	มากที่สุด
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย	3.80	0.941	มาก	4.60	0.506	มากที่สุด
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.73	0.704	มาก	4.42	0.676	มากที่สุด

ตารางที่ 8 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง จำแนก ตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.40	0.828	ปานกลาง	4.20	0.561	มาก
12.การปฏิบัติการตรวจเย็บมการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.67	0.816	มาก	4.20	0.414	มาก
13.การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.33	0.816	ปานกลาง	4.27	0.458	มากที่สุด
14.การร่วมตรวจเย็บมสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2.87	0.743	ปานกลาง	4.00	0.655	มาก
15.การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.67	0.900	มาก	4.13	0.516	มาก
16.การบันทึกผลทางการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.60	0.737	มาก	4.00	0.535	มาก
17.การประเมินเข้าถึงความเหมาะสมของระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ	3.53	0.834	มาก	4.13	0.640	มาก
18.การตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	4.53	0.516	มากที่สุด	4.80	0.414	มากที่สุด
19.การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิดและอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ	4.47	0.516	มากที่สุด	4.80	0.414	มากที่สุด
20.การตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	4.20	0.561	มาก	4.60	0.507	มากที่สุด

ตารางที่ 8 ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง จำแนก ตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้อง ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	3.00	0.926	ปานกลาง	4.27	0.458	มากที่สุด
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย	3.27	0.799	ปานกลาง	4.20	0.561	มาก
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการพยาบาลเพื่อ ค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันปัจจัย เสี่ยงในผู้ป่วย	3.47	0.743	มาก	4.07	0.594	มาก
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทางการ แพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการ ป้องกันความเสี่ยง	3.20	0.676	ปานกลาง	4.13	0.516	มาก
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	3.67	0.617	มาก	4.33	0.617	มากที่สุด
26.การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลดความ เสี่ยงในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเอง	3.80	0.775	มาก	4.13	0.516	มาก
27.การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆเมื่อเห็น ว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข	3.33	0.724	ปานกลาง	4.20	0.561	มาก
28.การรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วย ถูกละเลย / ไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาที่ เหมาะสม	3.87	0.990	มาก	4.20	0.676	มาก
29.การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ เหมาะสมมากขึ้น	3.27	1.033	ปานกลาง	3.80	0.941	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่าเมื่อพิจารณารายชื่อ หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลอง และหลังการทดลองรายด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับมากถึงระดับมากที่สุด หลังทดลองอยู่ในระดับมากถึงระดับมากที่สุดทุกข้อ และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ คือ การล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสาขสวนปัสสาวะ อยู่ในระดับ 4.33 รายข้ออยู่ในระดับมาก คือ การค้นหา การประเมิน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ อยู่ในระดับ 4.00 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์อยู่ในระดับ 3.67 การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ อยู่ในระดับ 3.87 การประเมินผู้ป่วยภายหลังจากการปฏิบัติ การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.80 การทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และหลังการขับถ่ายอยู่ในระดับ 4.13 การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากอาการแสดงของผู้ป่วยในระดับ 3.80 และการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในระดับ 3.73 และรายชื่ออยู่ในระดับปานกลาง คือ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการอยู่ในระดับ 3.07 หลังทดลองพบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อ โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย สูงมากขึ้นกว่ากลุ่มทดลองทุกหัวข้อ

ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ในรายชื่อพบว่าระดับปานกลางมี 3 ข้อ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.40 การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.33 และการรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆ เมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไขอยู่ในระดับ 2.87 หัวข้อในระดับมาก มี 4 ข้อ คือ การปฏิบัติการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อยู่ในระดับ 3.67 เท่ากัน การบันทึกผลทางการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อยู่ในระดับ 3.60 การประเมินซ้ำถึงความเหมาะสมของระยะเวลาในการคาสาขสวนปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.53 และการตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวันในระดับ 4.20 หัวข้อในระดับมากที่สุด มี 2 ข้อ คือ การตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะ ทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับ 4.53 และการตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิด

และอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับ 4.47 หลังทดลองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด หัวข้อในระดับมาก มี 6 ข้อ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการปฏิบัติการตรวจเย็บมการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 4.20 เท่ากัน การร่วมตรวจเย็บมสิ่งแวดลอมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการบันทึกผลทางการปฏิบัติป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อยู่ในระดับ 4.00 เท่ากัน การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการประเมินเข้าใจถึงความเหมาะสมของระยะเวลาในการคาสาขสวนปัสสาวะ อยู่ในระดับ 4.13 เท่ากัน หัวข้อในระดับมากที่สุดมี 4 ข้อ คือ การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 4.27 การตรวจสอบตำแหน่งสาขสวนปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วยและการตรวจสอบถูกรองรับปัสสาวะให้เป็นระบบปิดและอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับ 4.80 เท่ากัน และการตรวจสอบความเหมาะสมในการเปลี่ยนถูกรองรับปัสสาวะทุกวันอยู่ในระดับ 4.60 และสิ่งที่น่าสนใจ คือ หัวข้อการร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง 3.33 หลังการทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด 4.27

ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย พบว่าก่อนทดลองค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ในรายข้อพบว่าระดับปานกลางมี 5 ข้อ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.00 การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 3.27 และการเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยงอยู่ในระดับ 3.20 การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆ เมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไขอยู่ในระดับ 3.33 การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วยและการเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้นอยู่ในระดับ 3.27 เท่ากัน หัวข้อในระดับมาก มี 4 ข้อ คือ การร่วมตัดสินใจในทีมการพยาบาลเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3.47 การแจ้งญาติให้ทราบเพื่อสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาอยู่ในระดับ 3.67 การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองอยู่ในระดับ 3.80 และการรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยถูกละเลย /ไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสมอยู่ในระดับ 3.87 ส่วนหลังการทดลองค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเพียง 2 ข้อ คือ

การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับ 4.27 และการแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาอยู่ในระดับ 4.33

เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การบเทาการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในประเด็นการเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งในประเด็นอื่นหลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การบเทาการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้นมาเพียงระดับเดียว

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยรวม และจำแนกรายด้าน

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
โดยรวม การรับรู้บทบาทการ ปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง	3.80	13.102	8.00	120.00	-3.048*
	หลังทดลอง	4.29	9.006			
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	ก่อนทดลอง	3.82	5.045	8.00	120.00	-3.413*
	หลังทดลอง	4.41	3.090			
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการ รักษาพยาบาล	ก่อนทดลอง	3.72	5.243	7.50	105.00	-3.301*
	หลังทดลอง	4.31	3.292			
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจ เป็นตัวแทนผู้ป่วย	ก่อนทดลอง	3.87	4.172	8.00	120.00	-3.412*
	หลังทดลอง	4.14	4.336			

*p< 0.05

จากตารางที่ 9 พบว่าหลังการทดลอง พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อจำแนกตามรายด้าน

พบว่าหลังทดลอง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่าก่อนทดลอง ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองจำแนกตามราย

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	4.00	0.756	0.00	0.00	-2.121*
	หลังทดลอง	4.40	0.632	3.00	15.00	
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ	ก่อนทดลอง	3.67	0.900	0.00	0.00	-2.714 *
	หลังทดลอง	4.40	0.507	4.50	36.00	
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัย เสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.87	0.640	0.00	0.00	-2.333 *
	หลังทดลอง	4.33	0.617	3.50	21.00	
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการ ลดความเสี่ยง	ก่อนทดลอง	3.80	0.676	0.00	0.00	-2.333 *
	หลังทดลอง	4.33	0.488	3.50	21.00	
5.การประเมินผู้ป่วยภายหลังจากการ ปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.80	0.561	0.00	0.00	-2.646 *
	หลังทดลอง	4.27	0.458	4.00	28.00	
6.การปฏิบัติการดูแลความสะอาด รอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์ และหลังการขับถ่าย	ก่อนทดลอง	4.13	0.990	0.00	0.00	-2.121 *
	หลังทดลอง	4.67	0.488	3.00	15.00	
7.การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลัง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนทวาร สวนปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	4.33	0.488	0.00	0.00	-2.236 *
	หลังทดลอง	4.67	0.488	3.00	15.00	

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองจำแนกตามราย (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
8.การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ	ก่อนทดลอง	3.07	0.884	0.00	0.00	-3.020 *
	หลังทดลอง	4.27	0.594	6.00	66.00	
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย	ก่อนทดลอง	3.80	0.941	0.00	0.00	-2.585 *
	หลังทดลอง	4.60	0.507	4.50	36.00	
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.73	0.704	0.00	0.00	-2.646 *
	หลังทดลอง	4.20	0.676	4.00	28.00	
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.40	0.828	0.00	0.00	-2.887 *
	หลังทดลอง	4.20	0.561	5.00	45.00	
12.การปฏิบัติการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.67	0.816	0.00	0.00	-2.333 *
	หลังทดลอง	4.20	0.414	3.50	21.00	
13.การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.33	0.816	0.00	0.00	-2.970 *
	หลังทดลอง	4.27	0.458	5.50	55.00	
14.การร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	2.87	0.743	0.00	0.00	-3.025 *
	หลังทดลอง	4.00	0.655	6.00	66.00	
15.การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	3.67	0.900	0.00	0.00	-2.070 *
	หลังทดลอง	4.13	0.516	3.00	15.00	

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองจำแนกตามราย (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
16.การบันทึกผลทางการปฏิบัติ กิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.60 4.00	0.737 0.535	0.00 3.70	0.00 18.50	-1.730
17.การประเมินเข้าใจถึงความเหมาะสม ของระยะเวลาในการคาสายสวน ปัสสาวะ	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.53 4.13	0.834 0.640	0.00 3.50	0.00 21.00	-2.264 *
18.การตรวจสอบตำแหน่งสายสวน ปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	4.53 4.80	0.516 .414	0.00 2.50	0.00 10.00	-2.000 *
19.การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะ ให้เป็นระบบปิด และอยู่ในระดับต่ำ กว่ากระเพาะปัสสาวะ	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	4.47 4.80	0.516 0.414	0.00 3.00	0.00 15.00	-2.236 *
20.การตรวจสอบความเหมาะสมใน การเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	4.20 4.60	0.561 0.507	0.00 3.00	0.00 15.00	-2.121 *
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการ ปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.00 4.27	0.926 0.458	0.00 5.50	0.00 55.00	-2.850 *
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการ ปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับ ผู้ป่วย	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.27 4.20	0.799 0.561	0.00 5.50	0.00 55.00	-2.913 *
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการ พยาบาลเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ใน การป้องกันปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.47 4.07	0.743 0.594	0.00 4.50	0.00 36.00	-2.714 *
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากร ทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่ สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	3.20 4.13	0.676 0.516	0.00 6.00	0.00 66.00	-3.071 *

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและทดลอง ในกลุ่มทดลองจำแนกตามราย (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	ก่อนทดลอง	3.67	0.617	0.00	0.00	-2.640 *
	หลังทดลอง	4.33	0.617	4.50	36.00	
26.การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลด ความเสี่ยงในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ตัดสินใจเอง	ก่อนทดลอง	3.80	0.775	0.00	0.00	-2.236 *
	หลังทดลอง	4.13	0.516	3.00	15.00	
27.การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆ เมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการ แก้ไข	ก่อนทดลอง	3.33	0.724	0.00	0.00	-2.565 *
	หลังทดลอง	4.20	0.561	4.50	36.00	
28.การรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่า ผู้ป่วยถูกละเลย / ไม่ได้รับการ ปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสม	ก่อนทดลอง	3.87	0.990	0.00	0.00	-1.890
	หลังทดลอง	4.20	0.676	2.50	10.00	
29.การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษา จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น	ก่อนทดลอง	3.27	1.033	0.00	0.00	-2.271 *
	หลังทดลอง	3.80	0.941	3.50	21.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยรายข้อ 29 ข้อ หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่าก่อนทดลองใน 27 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลประเด็นการบันทึกผลทางการปฏิบัติการกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และด้านเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย ประเด็นการรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยถูกละเลย / ไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสม มีค่า p > 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ใช้รูปแบบที่บูรณาความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายด้าน

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
โดยรวม การรับรู้บทบาทการ ปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม	16.67	9.526	16.67	250.00	-0.727
	กลุ่มทดลอง	14.33	13.102	14.33	215.00	
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	กลุ่มควบคุม	3.93	3.773	16.27	244.00	-0.483
	กลุ่มทดลอง	3.82	5.045	14.73	221.00	
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการ รักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม	3.80	3.769	15.87	238.00	-0.230
	กลุ่มทดลอง	3.72	5.243	15.13	227.00	
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็น ตัวแทนผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	3.58	3.411	17.27	259.00	-1.118
	กลุ่มทดลอง	3.87	4.172	13.73	206.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบที่บูรณาแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ก่อนทดลองพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการป้องกันความเสี่ยง ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล และด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุมมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่ากลุ่มทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	4.00	0.756	16.30	244.50	-0.599
	กลุ่มควบคุม	4.13	0.743	14.70	220.50	
2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ	กลุ่มทดลอง	3.67	0.900	16.07	241.00	-0.438
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.516	14.93	244.00	
3. การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัย เสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.87	0.640	15.87	238.00	-0.256
	กลุ่มควบคุม	3.93	0.704	15.13	277.00	
4. การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลด ความเสี่ยง	กลุ่มทดลอง	3.80	0.676	15.60	234.00	-0.080
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.516	15.40	231.00	
5. การประเมินผู้ป่วยภายหลังจากการ ปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.80	0.561	15.87	238.00	-0.268
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.640	15.13	227.00	
6. การปฏิบัติการดูแลความสะอาด รอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์ และการขับถ่าย	กลุ่มทดลอง	4.13	0.990	15.53	233.00	-0.024
	กลุ่มควบคุม	4.27	0.594	15.47	232.00	
7. การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวน ปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	4.33	0.488	15.50	232.50	0.000
	กลุ่มควบคุม	4.33	0.488	15.50	232.50	
8. การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินปัญหาและความ ต้องการ	กลุ่มทดลอง	3.07	0.884	16.50	247.50	-0.685
	กลุ่มควบคุม	3.27	0.799	14.50	217.50	

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทาง เดินปัสสาวะจากการแสดงของ ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	3.80	0.941	16.10	241.50	-0.416
	กลุ่มควบคุม	4.00	0.655	14.90	223.50	
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิด ความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.73	0.704	15.93	239.00	-0.297
	กลุ่มควบคุม	3.80	0.676	15.07	226.00	
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความ จำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.40	0.828	15.73	236.00	-0.166
	กลุ่มควบคุม	3.53	0.516	15.27	229.00	
12.การปฏิบัติการตรวจเย็บการปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.67	0.816	16.00	240.00	-0.421
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.516	15.00	225.00	
13.การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.33	0.816	15.77	236.50	-0.189
	กลุ่มควบคุม	3.47	0.516	15.23	228.50	
14.การร่วมตรวจเย็บสิ่งแวดล้อมที่มี ความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	2.87	0.743	16.30	244.50	-0.596
	กลุ่มควบคุม	3.00	0.756	14.70	220.50	
15.การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนว ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.67	0.900	16.03	240.50	-0.369
	กลุ่มควบคุม	3.80	0.775	14.97	224.50	
16.การบันทึกผลทางการปฏิบัติ กิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติด เชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง	3.60	0.737	15.50	232.50	0.000
	กลุ่มควบคุม	3.60	0.737	15.50	232.50	

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
17.การประเมินเข้าใจถึงความเหมาะสม ของระยะเวลาในการคาสายสวน ปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.53 3.60	0.834 0.737	15.70 15.30	235.50 229.50	-0.137
18.การตรวจสอบตำแหน่งสายสวน ปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	4.53 4.53	0.516 0.516	15.50 15.50	232.50 232.50	0.000
19.การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะ ให้เป็นระบบปิดและอยู่ในระดับต่ำ กว่ากระเพาะปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	4.47 4.47	0.516 0.516	15.50 15.50	232.50 232.50	0.000
20.การตรวจสอบความเหมาะสมใน การเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	4.20 4.20	0.561 0.561	15.50 15.50	232.50 232.50	0.000
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการ ปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.00 3.40	0.926 0.507	17.20 13.80	258.00 207.00	-1.164
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการ ปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับ ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.27 3.40	0.799 0.632	16.03 14.97	240.50 224.50	-0.364
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการ พยาบาลเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ใน การป้องกันปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.47 3.60	0.743 0.507	15.90 15.10	238.50 226.50	-0.288
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากร ทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่ สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.20 3.53	0.676 0.516	17.47 13.53	262.50 203.00	-1.373
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	3.67 3.67	0.617 0.617	15.50 15.50	232.50 232.50	0.000

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=15)	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
26.การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลด ความเสี่ยงในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ตัดสินใจเอง	กลุ่มทดลอง	3.80	0.775	15.63	234.50	-0.095
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.640	15.37	230.50	
27.การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆเมื่อ เห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข	กลุ่มทดลอง	3.33	0.724	16.43	246.50	-0.636
	กลุ่มควบคุม	3.53	0.743	14.57	218.50	
28.การรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่า ผู้ป่วยถูกละเลย / ไม่ได้รับการ ปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง	3.87	0.990	15.50	232.50	0.000
	กลุ่มควบคุม	3.87	0.990	15.50	232.50	
29.การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษา จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาที่เหมาะสมมากขึ้น	กลุ่มทดลอง	3.27	1.033	16.10	241.50	-0.398
	กลุ่มควบคุม	3.40	0.986	14.90	223.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนทดลองค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกข้อ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยรวม และ จำแนกตามรายด้าน

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง (n = 15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
โดยรวม การรับรู้บทบาทการปกป้อง ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม	3.90	6.836	10.03	150.50	-3.408*
	กลุ่มทดลอง	4.29	9.006	20.97	314.50	
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง	กลุ่มควบคุม	4.00	2.548	10.03	150.50	-3.432*
	กลุ่มทดลอง	4.41	3.090	20.97	314.50	
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการ รักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม	3.94	2.587	10.80	162.00	-2.954*
	กลุ่มทดลอง	4.31	3.292	20.20	303.00	
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็น ตัวแทนผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	3.74	3.132	11.97	179.50	-2.223*
	กลุ่มทดลอง	4.14	4.336	19.03	285.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 พบว่าหลังทดลอง โดยรวมกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่
บูรณาแนวความคิดความร่วมมือและแนวการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้
รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่
บูรณาแนวความคิดความร่วมมือและแนวการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
ที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
หลังทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง (n = 15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง						
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	4.27	0.458	14.37	215.50	-0.822
	กลุ่มทดลอง	4.40	0.632	16.63	249.50	
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ	กลุ่มควบคุม	3.80	0.414	11.60	174.00	-3.013*
	กลุ่มทดลอง	4.40	0.507	19.40	291.00	
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัย เสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	4.07	0.594	13.80	207.00	-1.216
	กลุ่มทดลอง	4.33	0.617	17.20	258.00	
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการ ลดความเสี่ยง	กลุ่มควบคุม	3.93	0.458	12.83	192.50	-2.146*
	กลุ่มทดลอง	4.33	0.488	18.17	272.50	
5.การประเมินผู้ป่วยภายหลังจากการ ปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	4.07	0.704	14.40	216.00	-0.803
	กลุ่มทดลอง	4.27	0.458	16.60	249.00	
6.การปฏิบัติการดูแลความสะอาด รอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์ และการจับถ่าย	กลุ่มควบคุม	4.40	0.507	13.50	202.50	-1.439
	กลุ่มทดลอง	4.67	0.488	17.50	262.50	
7.การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนทวาร	กลุ่มควบคุม	4.40	0.507	13.50	202.50	-1.439
	กลุ่มทดลอง	4.67	0.488	17.50	262.50	
8.การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินปัญหาและ ความต้องการ	กลุ่มควบคุม	3.53	0.640	11.30	169.50	-2.850*
	กลุ่มทดลอง	4.27	0.594	19.70	295.50	

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
หลังทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง (n = 15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
9.การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทาง เดินปัสสาวะจากการแสดงของ ผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	3.93	0.594	11.40	171.00	-2.854*
	กลุ่มทดลอง	4.60	0.507	19.60	294.00	
10.การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิด ความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.67	0.617	12.43	186.50	-2.104*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.676	18.57	278.50	
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล						
11.การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความ จำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.60	0.507	11.80	177.00	-2.691*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.561	19.20	288.00	
12.การปฏิบัติการตรวจเยี่ยมการ ปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	4.00	0.378	14.10	211.50	-1.345
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.414	16.90	253.50	
13.การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.60	0.507	11.30	169.50	-3.37*
	กลุ่มทดลอง	4.27	0.458	19.70	295.50	
14.การร่วมตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่มี ความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.33	0.488	11.50	172.50	-2.753*
	กลุ่มทดลอง	4.00	0.655	19.50	292.50	
15.การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนว ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.93	0.594	14.23	213.50	-0.977
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.516	16.77	251.50	
16.การบันทึกผลทางการปฏิบัติ กิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติด เชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.87	0.352	14.63	219.50	-0.774
	กลุ่มทดลอง	4.00	0.535	16.37	245.50	

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
หลังทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง (n = 15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
17.การประเมินเข้าใจถึงความเหมาะสม ของระยะเวลาในการคาสายสวน ปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.80	0.561	13.47	202.00	-1.476
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.640	17.53	263.00	
18. การตรวจสอบตำแหน่งสายสวน ปัสสาวะทุกครั้งในการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	4.60	0.507	14.00	210.00	-1.175
	กลุ่มทดลอง	4.80	0.414	17.00	255.00	
19. การตรวจสอบถุงรองรับปัสสาวะ ให้เป็นระบบปิด และอยู่ในระดับต่ำ กว่ากระเพาะปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	4.47	0.516	13.00	195.00	-1.862
	กลุ่มทดลอง	4.80	0.414	18.00	270.00	
20. การตรวจสอบความเหมาะสมใน การเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุกวัน	กลุ่มควบคุม	4.27	0.458	13.00	195.00	-1.811
	กลุ่มทดลอง	4.60	0.507	18.00	270.00	
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย						
21.การเข้าร่วมทำการปฏิบัติการ ปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	3.80	0.561	12.53	188.00	-2.288*
	กลุ่มทดลอง	4.27	0.458	18.47	277.00	
22.การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการ ปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับ ผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	3.67	0.488	12.17	182.50	-2.489*
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.561	18.83	282.50	
23.การร่วมตัดสินใจในทีมการ พยาบาลเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ใช้ใน การป้องกันปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	3.67	0.488	13.00	195.00	-1.871
	กลุ่มทดลอง	4.07	0.594	18.00	270.00	
24.การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากร ทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่ สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง	กลุ่มควบคุม	3.53	0.516	11.70	175.50	-2.773*
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.516	19.30	289.50	
25.การแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อสามารถ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา	กลุ่มควบคุม	3.73	0.594	11.97	179.50	-2.461*
	กลุ่มทดลอง	4.33	0.617	19.03	285.50	

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
หลังทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	หลังทดลอง (n = 15)	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
26. การตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อลด ความเสี่ยงในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ตัดสินใจเอง	กลุ่มควบคุม	3.87	0.640	13.83	207.50	-1.244
	กลุ่มทดลอง	4.13	0.516	17.17	257.50	
27. การรายงานแพทย์เรื่องเดิมซ้ำๆ เมื่อเห็นว่าความเสี่ยงยังไม่ได้รับการ แก้ไข	กลุ่มควบคุม	3.80	0.676	13.10	196.50	-1.703
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.561	17.90	268.50	
28. การรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบว่า ผู้ป่วยถูกละเลย / ไม่ได้รับการ ปฏิบัติการรักษาที่เหมาะสม	กลุ่มควบคุม	4.00	1.000	15.00	225.00	-0.350
	กลุ่มทดลอง	4.20	0.676	16.00	240.00	
29. การเสนอให้ผู้ป่วยรับการปรึกษา จากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาที่เหมาะสมมากขึ้น	กลุ่มควบคุม	3.60	0.910	14.90	223.50	-0.401
	กลุ่มทดลอง	3.80	0.941	16.10	241.50	

*p<0.05

จากตารางที่ 14 พบว่า หลังทดลองพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการ
การพยาบาลที่บูรณาแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดิน
ปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่ากลุ่ม
ควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อทุกข้อ แต่ไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการป้องกันความเสี่ยง 5 ข้อ ในประเด็นการติดตามตรวจสอบ
การรักษาพยาบาล การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับ
ผู้เชี่ยวชาญ การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง
การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อประเมินปัญหาและ
ความต้องการ การเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากอาการแสดงของผู้ป่วย และ
การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนด้านการติดตาม
ตรวจสอบการรักษาพยาบาลมี 3 ข้อ ในประเด็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเหตุผลความจำเป็นเพื่อลด
ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การร่วมประชุมปรึกษาการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการร่วมตรวจเย็บมดลูกที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และด้านเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วยบทบาทด้านเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย 4 ข้อ ในประเด็นการเข้าร่วมทำการปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง และการแจ้งญาติให้ทราบ เพื่อให้สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และเปรียบเทียบค่าระดับคะแนน เฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

5.1.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาทที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 15 คน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งหอผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง เป็นหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยจำนวนใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรกระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา ประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี มีจำนวน 15 คน โดยพยาบาลทุกคนยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เริ่มทำการทดลองตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน ถึง วันที่ 7 สิงหาคม 2556

5.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) และแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัย นำมาจัดทำและมีการตรวจสอบจากที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ผลการตรวจสอบมีการปรับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ให้มีการปรับปรุงแก้ไขการใช้ภาษา เพิ่มในส่วนของแผนภูมิขั้นตอนการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bandman & Bandman (1995) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการความเสี่ยง 2) ด้านการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย และ 3) ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ 5 ระดับ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน โดยถือความคิดเห็น 3 ใน 4 ของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นการตัดสินใจ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.83 และรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการความเสี่ยงเท่ากับ 0.83 2) ด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสมเท่ากับ 0.82 3) ด้านเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เท่ากับ 0.81

5.1.3 การดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

1) การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์ แบบขยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5)

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัยระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติดำเนินการทดลอง ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ เอกสารประกอบการขออนุมัติดังนี้

- (1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย
- (2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัย
- (3) เอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมทดลองและหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมทดลอง
- (4) เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัย และขอใช้ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้อธิบายการดำเนินการ อธิบายรายละเอียดของการทดลอง โดยไม่มีความคิดเห็นส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และไม่มีชื่อของ

พยาบาลวิชาชีพปรากฏในรายงานการวิจัย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความยินยอมให้ความร่วมมือในการทดลอง ทั้งนี้ผู้ทดลองได้ดำเนินการเช่นนี้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมลงนามยินยอมไว้ด้วย

5.1.4 การดำเนินการในการทดลอง

ดำเนินการทดลอง โดยในกลุ่มควบคุม พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรคระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้มีการเตรียมการทดลองโดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือดำเนินการทดลองทั้งหมด เตรียมสถานที่ทดลองที่หอผู้ป่วยหนัก โรคระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย จัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพ และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีบทบาทในรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะใช้ระยะเวลา 2 วัน พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมทั้งหมด 15 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 จำนวน 9 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 6 คน คือ วันที่ 18 และ 19 มิถุนายน 2556 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้เข้าร่วมอบรมและฝึกปฏิบัติก่อนการทดลองจริง โดยผู้วิจัยนำคู่มือปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นไปให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพได้อ่านและทำความเข้าใจ จัดให้มีการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 18-25 มิถุนายน 2556 ให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วย คนละ 1-2 ราย ตามรอบเวรที่จัดไว้ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย จนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยติดตามให้การสนับสนุนเชิงวิชาการเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบและพูดคุยซักถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามคู่มือ หลังจากนั้นได้เริ่มการทดลองโดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองทุกคนปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน ถึงวันที่ 7 สิงหาคม 2556 โดยผู้วิจัยเข้าร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ในการให้ข้อคิดเห็นคำแนะนำ ประเด็นต่างๆ ที่พยาบาลวิชาชีพมีข้อสงสัย แนวทางปฏิบัติที่ไม่มั่นใจซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหา ผู้ป่วยที่จะมีความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะด้วยการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล พิจารณาจาก เพศ ประวัติการเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย โรคที่เป็นโรคร่วม ระยะเวลาและความเหมาะสมการสวนคาสาขสวนปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะผิวหนังทั่วไปบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การปฏิบัติการทำความสะอาด และการจับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย โดยทุกคนใช้ความพยายาม ความรู้

ความสามารถเฉพาะทางอย่างเต็มที่นำมา กำหนดความเสี่ยงที่แสดงถึงการติดเชื้อ กำหนดเป้าหมาย ลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วางแผน ปฏิบัติกิจกรรมลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และประเมินผลการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาแนวทางปฏิบัติ ในแต่ละกรณีตามแนวทางปฏิบัติการประชุมปรึกษา การพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนนำเข้าประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญได้แก่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันแสดง ความคิดเห็นโดยใช้ความรู้เหตุผลที่แสดงถึงความเสี่ยงการติดเชื้อ วิธีการลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รวบรวมข้อมูลสรุปปัญหาแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และบันทึกลงในแบบบันทึกการประชุมปรึกษาการพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูล ติดตาม ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 ดำรงสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามแนวทาง ปฏิบัติของการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อค้นหาปัญหา หาวิธีการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไข และสรุปเป็นลายลักษณ์อักษร

5.1.5 เก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

1.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สังกัดกรมการแพทย์ เริ่มเก็บ ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-10 กรกฎาคม 2556 (ระยะก่อนทดลอง) และรับข้อมูลกลับ จากนั้นเว้นระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มควบคุม จำนวน 15 คนในหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ เป็นครั้งที่ 2 ในวันที่ 6-9 สิงหาคม 2556 และเก็บแบบสอบถามกลับ ซึ่งเก็บได้ร้อยละ 100

1.2) ในกลุ่มทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แก่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มทดลองใน การวิจัย จำนวน 15 คน ในหอผู้ป่วยหนักโรคระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา จากนั้นรอรับแบบสอบถาม กลับ เพื่อเก็บข้อมูลไว้เปรียบเทียบภายหลังการทดลองก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาล ที่บูรณาการแนวความคิดความร่วมมือและแนวความคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 18-25 มิถุนายน 2556 (ระยะก่อนทดลอง)

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยแจกแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการปกป้อง ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มทดลอง ซึ่งปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการ

แนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวนทั้งหมด 15 คน ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2556 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการปฏิบัติตามรูปแบบของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ผู้วิจัยรื้อแบบสอบถามกลับ

5.1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละเพื่อวิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อแสดงระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และสถิติ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ และใช้ค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ทดสอบก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้กลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.2.1 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมหลังทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5)

2) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รายด้าน หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านการป้องกันความเสี่ยงและด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ใน

ระดับมาก 1 ด้าน คือ ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการป้องกันความเสี่ยงและด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล และระดับ ปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย (ตารางที่ 5)

5.2.2 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลอง และหลังทดลองในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยก่อนทดลอง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ในขณะที่หลังทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 7)

2) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รายด้านในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยก่อนทดลอง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการป้องกันความเสี่ยงและด้านการติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาล และมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วยในขณะที่หลังทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ 2 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 1 ด้าน คือ ด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย (ตารางที่ 7)

5.2.3 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการ

2) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพด้าน ของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกด้านทั้ง 3 ด้าน (ตารางที่ 13) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะรายด้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

2) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพรายด้าน สูงกว่าก่อนทดลองทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่ว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รายด้านหลัง ทดลองในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิด การจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบนี้

5.3 อภิปรายผลการวิจัย

5.3.1 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน หลังทดลองในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยว่าตนเองต้องมีบทบาทหน้าที่อย่างไร บทบาทของตนเองที่ได้กระทำมีความสำคัญอย่างไรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

การนำแนวคิดความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้ลดความเสี่ยงทำให้การรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า เนื่องจากการผสมผสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ มีการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีเป้าหมายร่วมกัน คือ เพื่อให้สามารถกำจัดหรือลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย (ยุพดี โสคติพันธุ์ และคณะ, 2549) ศึกษากระบวนการความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ จากกลุ่มตัวอย่าง 90 คน จาก 15 โรงพยาบาล พบว่ากระบวนการความร่วมมือด้านการสร้างพันธมิตรสัญญามุ่งมั่น และการมีผู้นำสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ความตระหนักในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยมากขึ้นเนื่องจาก พยาบาลรับรู้ว่าหน้าที่ว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน สอดคล้องกับ Welchman & Griener (2005) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนความร่วมมือบุคลากรวิชาชีพต่อความรับผิดชอบผู้ป่วย พบว่าการปกป้องผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของผู้ดูแลสุขภาพทุกฝ่าย ไม่ใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และพยาบาลต้องตระหนักว่าตนมีบทบาทสำคัญในการปกป้องผู้ป่วย และยอมรับความรู้ความเชี่ยวชาญของกันและกันจึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สำหรับ Bu & Jezewski (2007) ศึกษาการพัฒนาผ่านการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีช่วงกลางของการสนับสนุนผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลา 30 ปี พบว่าพฤติกรรมการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลจะส่งผลดีกับผู้ป่วยและพยาบาลคนอื่น แต่อย่างไรก็ตาม อาจก่อให้เกิดผลร้ายกับพยาบาลได้ถ้าพยาบาลผูกพันกับผู้ป่วยมากเกินไป การที่พยาบาลมีความไว้วางใจ Greatrex (2001) ได้ศึกษาโครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อในการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยการทบทวน 14,500 หัวข้อ พบว่าการสื่อสารกันอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันเช่นเดียวกับ (Day, 2012; Barker, 2009)

เมื่อพิจารณาด้านการจัดการความเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้ได้ผลดีคือการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องโดยดูจากการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยของพยาบาล การบันทึกการประชุมของพยาบาล

จะช่วยให้สามารถหามาตรการป้องกันความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมถูกต้อง ซึ่งจะทำให้การติดตามความเสี่ยงได้ นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่จำเป็นในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สำคัญ สำหรับพยาบาลและญาติเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก (Young, 1988) เป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาซึ่งจะทำให้มาตรการแก้ไขได้ทันทั่วถึง นอกจากนี้ยังต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย เช่น การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลจะเป็นการป้องกันความเสี่ยง (Barker, 2009) ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมที่ใช้ดำเนินการในการวิจัยประกอบด้วย การเยี่ยมชมตรวจการพยาบาลจัดให้มีการปฏิบัติทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7.30 – 7.45 น. การประชุมปรึกษาการพยาบาลทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 – 13.15 น. และการเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาลในทุกวันพุธและวันศุกร์ เวลา 13.00 – 13.15 น. ที่ถูกจัดให้อยู่ในงานประจำวันเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ทำให้มีการกระตุ้นซึ่งกันและกัน ระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการแสดงพฤติกรรมบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ทุกคนค้นหาข้อมูลที่แสดงถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ นำมาแลกเปลี่ยนข้อมูล ค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเฉพาะราย มีการตั้งเป้าหมาย วางแผนการลดหรือกำจัดความเสี่ยง ปฏิบัติการลดความเสี่ยง ประเมินผล รายงานและส่งต่อข้อมูล ทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะว่าตนเองต้องมียุทธวิธีหน้าที่ยังไง บทบาทของตนเองที่ได้กระทำมีความสำคัญอย่างไรในลดหรือกำจัดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยรวมและรายด้านทุกด้าน หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่ บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มทดลองมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับรู้ เข้าใจ ตระหนัก และเห็นความสำคัญในเรื่องการปกป้องผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศ อาจนาม (2553) กล่าวว่ามีการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพิทักษ์สิทธิ์มากขึ้น และสอดคล้องกับของ พาสนา บุญยะมาน (2553) พบว่าปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยไม่เข้าใจระบบบริการและผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดต้องการพยาบาลในการทำหน้าที่แทน

โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและการปกป้องผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประเมินตนเองว่ามีความตระหนักในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 100 แต่พบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ปกป้องผู้ป่วยได้ดีต้องเป็นผู้มีความรู้ และประสบการณ์อย่างมาก เพราะการที่พยาบาลจะเข้าไปปกป้องผู้ป่วยอาจมีผลกระทบ ทำให้เกิดความขัดแย้งได้จากการขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความเชื่อถือ และขาดความไว้วางใจจากผู้ปฏิบัติงานหรือแม้แต่ผู้ป่วยเอง และยังได้อธิบายถึงบทบาทการปกป้องผู้ป่วยในการเป็นผู้ทำหน้าที่แทนเป็นคุณค่าของวิชาชีพการพยาบาล

การนำกิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจการพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใช้เวลาร่วมกันปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีความชำนาญด้านการป้องกันการติดเชื้อมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนความรู้ โดยการสอน การสาธิต การให้คำแนะนำ พร้อมเหตุผลที่ทำให้เกิดความเล็งเห็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้รับรู้และมองเห็นถึงความเล็งเห็นของการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทด้านการบริหารงาน การมอบหมายงาน การสอนงาน และการนิเทศติดตามงานของพยาบาล ส่วนพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งทุกคนแสดงถึงพฤติกรรมความร่วมมือกันในการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล โดยร่วมกันค้นหาข้อมูลความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำมาแลกเปลี่ยนข้อมูลใช้เวลาร่วมกันคิดวิเคราะห์ความเสี่ยง ตรงสภาพความจริง ตั้งเป้าหมาย ค้นหาแนวทางการลดความเสี่ยง ปฏิบัติการลดความเสี่ยง ประเมินผลการปฏิบัติ บันทึก และรายงานส่งต่อข้อมูลที่แสดงถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์และการขับถ่าย ซึ่งพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการ สามารถคิดวิเคราะห์หาแนวทางการใช้ผ้ารองกันขนาดใหญ่เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีปัญหาถ่ายอุจจาระบ่อยซึ่งนั่นหมายถึงการกระทำใหม่ๆ ที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์จากการสังสมประสบการณ์เพื่อเหตุผลแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตประจำวัน (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษฎ์, 2551, น. 302) การดูแลเรื่องอาหารในผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อสนับสนุนให้มีแพทย์ และนักโภชนาการเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเรื่องการถอดสายสวนปัสสาวะออกเมื่อหมดความจำเป็นซึ่งพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อได้เสนอแพทย์ช้าๆ จนสามารถนำสายสวนปัสสาวะออกได้ ซึ่งการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยในข้อนี้ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อการสื่อสารในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาท

ของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการสื่อสารเป็นประเด็นสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย (Friedman & Newsom, 2011)

การนำกิจกรรมการประชุมปรึกษาการพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใช้เวลาร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ในรายที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ซับซ้อน โดยการร่วมอภิปรายเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุผลในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การสนับสนุนจากบุคลากรในทีมปฏิบัติจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นมากขึ้นในการที่จะปกป้องผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้สามารถเพิ่มพฤติกรรมในการแสดงความคิดเห็นและการปรับปรุงเพิ่มความปลอดภัย (Sayre, Smith, Leach, & Phillips, 2012) พยาบาลจะรู้ดีกว่าตนเองต้องมีความร่วมมือในการตัดสินใจในการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องโดยตรง (Dickerson, et al., 2013) ทำให้มีข้อตกลงหาแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กิจกรรมนี้พยาบาลต้องอาศัยความรู้ได้มีการค้นหาจากตำรา เอกสาร งานวิจัย ทำให้พยาบาลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีความรุนแรงของโรค ผลลัพธ์รุนแรงที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน พยาบาลสามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเองในรายต่อไป ทำให้พยาบาลได้รู้ถึงบทบาทของตนเองว่าต้องปฏิบัติอย่างไร ส่งผลให้ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในข้อนี้พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการ การพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำกิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพโดยการวางแผนการเยี่ยมชมเพื่อสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ อุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย การเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ โดยได้รวบรวมและบันทึกข้อมูลปัญหาต่างๆ ที่ได้พบเห็นตกลงสรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงบทบาทการปกป้องผู้ป่วยของตนเองว่าต้องปฏิบัติอย่างไร ส่งผลให้ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยในข้อนี้ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับรูปแบบการจัดการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติเมื่อเกิดการติดเชื้อนั้นการปฏิบัติงานระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและพยาบาลวิชาชีพเป็นไปในลักษณะแบบแยกส่วนคือ พยาบาลควบคุม

การติดเชื้อยังไม่มีการใช้เวลาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในกิจกรรมประจำวัน หอผู้ป่วยแต่ทุกคนต่างปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง ยังไม่มีการกระตุ้นให้มีการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อลดการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ (พัชรา เกียรประภากุล, 2550) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยบูรณาการกระบวนการพยาบาลต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง ตรวจสอบคุณภาพ ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของตน ซึ่งส่วนใหญ่ให้เวลากับการจัดการกับระบบเอกสาร แฟ้มประวัติ การรับคำสั่งการรักษา การบริหารยา พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในแผนกโดยบันทึกและรายงานการติดเชื้อเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ลักษณะการปฏิบัตินี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่มีโอกาสได้ร่วมคิด ค้นหา ร่วมปรึกษาหารือ วิเคราะห์ ค้นหาแนวทางปฏิบัติ และวางแผนการพยาบาลในการป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อ ส่งผลให้ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3.2 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองหลังทดลองได้รับรู้บทบาทตนเองว่าต้องปฏิบัติอย่างไรและรับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของบทบาทตนเองในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

เนื่องจากก่อนทดลอง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองยังไม่มีการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดทำคู่มือสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุนคือ เพศหญิง สูงอายุ ความรุนแรงตามการแยกประเภทของวาสเลอร์ในผู้ป่วยระดับ > 3 โรคหลักที่เป็นระยะเวลาการสวนคาสายสวนปัสสาวะ โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคผิวหนัง ซึ่งการประเมินผู้ป่วยแต่ละทำให้ได้ข้อมูลรวดเร็ว ทำให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยและมองเห็นปัญหาหรือความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ นำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เชื่ออย่างอิสระจากการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้รับรู้บทบาทตนเองในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะว่าต้องปฏิบัติอย่างไรและรับรู้ถึงความสำคัญ ประโยชน์ของการแสดงบทบาทในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จึงส่งผลให้ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งจะเห็นว่าบทบาทมีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิดพฤติกรรม และการปฏิบัติ ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ดีต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.4.1 ด้านบริหารการพยาบาล

ควรมีนโยบายการจัดการพยาบาลที่ใช้การบูรณาการรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถที่แตกต่างกันให้ความสำคัญบทบาทของตนเอง และใช้เวลาในการปฏิบัติร่วมกันในการค้นหาความเสี่ยง หาวิธีการลดความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบต่างๆ ซึ่งการปกป้องผู้ป่วยในประเด็นที่พบ คือ การเข้าร่วมทำการปฏิบัติบทบาทการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้นถึง 2 ระดับอย่างเห็นได้อย่างชัดเจน จึงควรขยายผลการใช้แนวคิดความร่วมมือไปใช้ในหน่วยงานอื่น

5.4.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยควรปฏิบัติงานโดยใช้แนวคิดการป้องกัน หรือการลดความเสี่ยงในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการวิจัยพบว่าเมื่อมีการใช้ความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญในค้นหาความเสี่ยงร่วมกันทำให้เกิดความครอบคลุมของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงมากขึ้นมีการใช้ความรู้ เหตุผล ร่วมกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และมีการสื่อสารรวมทั้งการบันทึกข้อมูลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2) ควรให้ความสำคัญกิจกรรมการบันทึกการพยาบาลเพื่อให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเอกสารที่สำคัญซึ่งจากการวิจัยพบว่าการบันทึกผลทางการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพยังไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ควรมีทีมการบริหารจัดการความเสี่ยงในทุกเรื่องของหน่วยงานการพยาบาลโดยให้ผู้ทำงานเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในด้านการจัดการความเสี่ยง และมีบทบาทการปกป้องผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการเข้าร่วมตัดสินใจเป็นตัวแทนผู้ป่วย ซึ่งจากการวิจัยยังพบว่าด้านนี้ระดับการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพยังมีหลายหัวข้อที่ไม่เพิ่มขึ้นเช่นพยาบาลยังไม่กล้าตักเตือนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เมื่อพบปฏิบัติไม่เหมาะสมในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

5.4.3 ด้านการวิจัย

1) ผลการใช้รูปแบบที่บูรณาการความร่วมมือและแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วยนอกการพยาบาลฉุกเฉิน หรือ งานการพยาบาลห้องผ่าตัด)

2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพตามสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.4.4 ด้านการศึกษา

ควรจัดหลักสูตรอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะ 2 สัปดาห์ ให้กับผู้บริหารการพยาบาลเพื่อให้มีองค์ความรู้ในทิศทางเดียวกัน ก่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยใครคนใดคนหนึ่งได้ ต้องได้รับความร่วมมือกับบุคลากรทุกระดับรับรู้บทบาทของตนในการปกป้องผู้ป่วย มีการปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสม และเป็นงานที่ต้องได้รับการนิเทศตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ กรณีเกิดการติดเชื้อก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยง การติดเชื้อคือยาตามมา

บรรณานุกรม

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2546). การคิดเชิงบูรณาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ชัคเชศม์เดีย.

นิธิวดี อังเรขพาณิชย์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรกับการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นซีไอ อินเตอร์มีเดีย.

บรรพต ต้นธีรวงศ์. (2552). เจริญก้าวหน้า: มิติแห่งการป้องกัน และระงับความขัดแย้งในทีมงานและระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กบไฟ.

พัชรา เกียรประภากุล. (2550). ผลการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อโดยบูรณาการกระบวนการพยาบาล ต่อการรับรู้คุณค่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. (2551). คุณภาพการบริหารการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2551). ขุมปัญญาทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณิต.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2551). ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วังใหม่ บลูพริ้นต์.

พาสนา บุญยะมาน. (2553). *บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงาน และการทำหน้าที่แทนของพยาบาล เพื่อปกป้องผู้ป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2536). *นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.

วีณา จันทรสมโกชน. (2549). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดส่วนประสมการตลาดและการดูแลต่อพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

ศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ การปกป้องผู้ป่วยและประสบการณ์ การทำงานกับ การป้องกันการปฏิบัติผิดพลาดในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยบูรพา.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). *Patient Safety : Concept and Practice*. (พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (2546). *รายงานวิจัย เรื่อง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล: ผลกระทบของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (2544). *โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : แอล ที เพรส.

สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ. (2546). *รายงานวิจัย เรื่อง โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ: อุบัติการณ์และผลกระทบ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุกัญญา ประจุศิลป์. (2548). *การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อะเคือ อุณหเลขกะ. (2553). รายงานการวิจัย เรื่อง การประยุกต์ใช้วิธี Collaborative Quality Improvement : กรณีศึกษาการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อะเคือ อุณหเลขกะ. (2554). *หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์.
- อากาศ อาจสนาม. (2554). *การเสริมสร้างพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Annas, G. J. (1992). *The Rights of Patient*. (2nd ed.). New Jersey: Human Press.
- Bandman, E.L., & Bandman, B. (1995). *Nursing Ethics Through the Life Span*. (3rd ed.). East Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Burke, J. P. & Riley, D. K. (1996). *Nosocomial Urinary Tract Infection in Mayhall, C.G. (Ed). Hospital Epidemiology and Infection Control*. Baltimore: Williams & Wilkins. 139-153.
- Bu, X., & Jezewski, M. A. (2007). Developing a Mid-Range Theory of Patient Advocacy Through Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.
- Carroll, R. (2006). *Risk Managements Handbook for Health Care Organizations the Essentials*. Chicago: John Wiley & Son, Inc.
- Crowther, A. (2004). *Nurse Manager : A Guide to Practice*. San Francisco: Ausmed Publications.

- Day, L. (2006). *Advocacy, Agency and Collaboration. American Journal of Critical-Care*. 15(4). 428-430.
- Dickerson, P. G. Houser, J., Thomas, E., Casper, C., Erkenbrack, L., Wenzel, M., & Siegrist, M. (2013). The Value of Staff Nurse Involvement in Decision Making. *The Journal of Nursing Administration*. 43(5). 286-292.
- Friedman, C., & Newsom, W. (2011). *IFIC Basic Concepts of Infection Control*. (2nd Edition-Revised). Toronto: International Federation of Infection Control.
- Fry, S. T., & Johnstone, Megan-Jane. (2008). *Ethic in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*. (3th ed.). Hong Kong: Graphicraft Limited.
- Gray B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Greatrex, B. (2001). Infection Surveillance Scheme: Collaborative Working Practices. *British Journal of Nursing*. 10(5). 306-311.
- Hood, L. J. (2010). *Leddy, S., & Peper's Conceptual Bases of Professional Nursing*. (7th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Kelly's, J. A. (2011). *Kelly's Dimensions of Professional Nursing*. (10th ed.). New York: McGraw Hill.
- Longo, D. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2009). *Harrisons Principles of Internal Medicine: Vol. 2*. (17th ed.). New York: McGraw Hill.
- Nolte, J. (2004). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice Research and findings*. Toronto: Health Canada. 66-74.
- Perry, A.G. (2012). *Nursing Interventions & Clinical skills*. (5th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Rosenthal, V. D., Maki, D. G., Jamulitrat, S., Medeiros, E. A., Todi, S. K., Gomez, D. Y., ...; INICC Members. (2010). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *American journal of infection control*. 38(2). 95-106.

- Sayre, M.M., & Marie (2010). *Improving Collaboration and Patient Safety by Encouraging Nurses to Speak-Up: Overcoming Personal and Organizational Obstacles Through Self-Reflection and Collaboration*. Los Angeles: University of California.
- Sayre, M. M., Smith, D., Leach L. C., & Phillips, L. R. (2012). An Educational Intervention to Increase “Speaking-Up” Behavior in Nurses and Improve Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 7(2). 154-160.
- Seaback, W. W. (2006). *Nursing Process: Concepts and Application*. (2nd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration: A Health Care Imperative*. (1st ed.). New York: McGraw Hill.
- Sullivan, E. J. & Decker, P. J. (2005). *Effective Leadership Management in Nursing*. (6th ed). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.
- Tomey, M. A. (2004). *Guide to Nursing Management and Leadership*. (8th ed). St. Louis: Mosby.
- Welchman, J., & Griener, G. G. (2005). Patient Advocacy and Professional Associations: Individual and Collective Responsibilities. *Nursing Ethics*. 12(3). 296-304.
- Wolff, G., Bradle, J., & Neison, G. (2005). Bridging the Strategic Leadership Gap: A Model Program for Transformational Change. *The Journal of Nursing Administration*. 35(2). 54-60.
- Young, L.C. (1988). *Nursing Administration : From Concept to Practice*. Washington: W.B. Saunders company.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. เรวดีพรรณ รอบคอบ

การศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ กรมตำรวจ โรงเรียนพยาบาลตำรวจ วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดเชื้อ – ระบาดวิทยา) มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีณยา ไชยติเมงคล

การศึกษา	M.N.S. (Adult Nursing)
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศิริลักษณ์ อภิวนิชย์

การศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

4. อาจารย์พัชรา เทียรประภากุล

การศึกษา	-
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 56/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: “ผลการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและ
แนวคิดการจัดการความเสี่ยงในการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ”

ของ: นางอารีรัตน์ วรพิมพ์

นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรื่อโทหญิง 

(ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ การบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ชื่อผู้วิจัย นางอารีรัตน์ วรพิมล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถานที่ปฏิบัติงานสถาบันประสาทวิทยา หมายเลขโทรศัพท์ 02-3547075 โทรสาร 02-3547085 มือถือ 085-1123898

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางอารีรัตน์ วรพิมล)

ภาคผนวก ค

โครงการอบรมวิชาการ

เรื่องแนวคิด และแนวปฏิบัติในการจัดการความร่วมมือทางการแพทย์พยาบาลในการปกป้องผู้ป่วย
จากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

สถาบันประสาทวิทยา



โครงการอบรมวิชาการ
เรื่องแนวคิด และแนวปฏิบัติในการจัดการความร่วมมือทางการพยาบาลในการปกป้องผู้ป่วย
จากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ
สถาบันประสาทวิทยา
รุ่นที่ 1 วันที่ 18 มิถุนายน 2556
รุ่นที่ 2 วันที่ 19 มิถุนายน 2556

.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางอารีรัตน์ วรพิมล งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน
 โรงพยาบาล

ผู้ร่วมโครงการ งานการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มภารกิจบริการวิชาการสถาบัน
 ประสาทวิทยา
 งานการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่ผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคระบบประสาท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ต้องได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้ออาจลุกลามเป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะยังเป็นสาเหตุการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้าน จุลชีพไปยังบุคลากรผู้ดูแล และผู้ป่วยรายอื่น การดูแล และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ

บ่อยครั้งที่พบการติดเชื้อในผู้ป่วยเกิดจากความผิดพลาดอันเนื่องจากการละเลยหรือไม่ตระหนักถึงร้อยละ 80 (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2548, น. 4) แต่ถ้าบุคลากรผู้ดูแลด้านสุขภาพมีความร่วมมือ มีการตัดสินใจร่วมกันมากเท่าใดก็ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นเท่านั้น (สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546, น. 3: Carol J. Huston, 2010, p. 271) แนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) มีการรายงานของโรงพยาบาลที่ใช้ดำเนินการความร่วมมือ ร้อยละ 41 และคาดว่าจะลดอัตราการเสียชีวิต

ชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 58 ถ้าความร่วมมือนั้นได้จากหัวหน้าบุคคล และหัวหน้าพยาบาล จะทำให้ระบบการจัดการความเสี่ยง (Sullivan & Decker, 2005 , p.187) ป้องกันการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นโดยต้องมีการระบุ วิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยง ลดความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sayre & Marie (2010) กล่าวว่าถ้าสนับสนุนการปรับปรุงความปลอดภัยให้มีการทำงานร่วมกัน จะทำให้พยาบาลมีความผูกพันองค์กร เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลง และพยาบาลในฐานะเป็นผู้ดูแลสุขภาพมีหน้าที่จะต้องกล้าที่จะปกป้องผู้ป่วยเมื่อพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพ ปฏิบัติการทำให้เกิดความเสี่ยง หรือเกิดความเสียหาย อันจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางกฎระเบียบของโรงพยาบาล การสนับสนุนไม่เพียงพอ ขาดความรู้ และเวลา การกลัวถูกลงโทษ และความรู้สึกว่าตนเองไม่เก่งเท่ากับวิชาชีพอื่น (Kelly's , 2011, pp. 332-333) แต่ถ้าพยาบาลมีการสนับสนุนกันและกันทางด้านข้อมูล ความรู้ ความชำนาญ ในการปกป้องความเสี่ยง ส่งเสริมในสิ่งที่ดี กล้าที่จะบอกความจริง มีความตระหนัก จะทำให้พยาบาลทราบถึงความสำคัญของบทบาทวิชาชีพการพยาบาล (ละเอียดแจ่มจันทร์, 2549, น. 91-92) สำหรับการศึกษาของศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2544, น. 70-94) พบว่าถ้าการรับรู้บทบาทในการปกป้องผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง มุ่งมั่นต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความรับผิดชอบและตื่นตัวเพื่อการกระทำ หรือปฏิบัติให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ (Bandman & Bandman, 1995, p. 17)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจการใช้รูปแบบแนวคิดความร่วมมือที่บูรณาการแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำรูปแบบความร่วมมือที่บูรณาการการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะไปใช้ในหน่วยงานของตน

เป้าหมาย

กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอื่นจำนวน 12 คน

ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 18 มิถุนายน 2556 (รุ่นที่ 1)

วันที่ 19 มิถุนายน 2556 (รุ่นที่ 2)

สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุมกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ อาคารรัชมงคลชั้น 3 สถาบันประสาทวิทยา

งบประมาณ

เงินบำรุง สถาบันประสาทวิทยา

ผลผลิต : องค์ความรู้ด้านสุขภาพได้รับการศึกษา วิจัย และถ่ายทอด

กิจกรรมหลัก : ศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ (ถ่ายทอด)

กิจกรรม : การพัฒนานุเคราะห์ ด้านการส่งเสริมการรักษาพยาบาล

ผลผลิต

บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ จำนวน 30 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรสามารถใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และในระบบอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้มีระบบการป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปรับบทบาทการปกป้องผู้ป่วยในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

2. ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลด้วยความร่วมมือกัน มีความรับผิดชอบ และการค้นหาข้อมูลความเสี่ยงที่สมบูรณ์เป็นพื้นฐานความรู้ การมีเหตุผลในการจัดการความเสี่ยง และปกป้องการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยการป้องกันผู้ป่วย การตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพปกป้องผู้ป่วยด้วยการใช้เหตุผล และจากประสบการณ์สถานการณ์ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และปฏิบัติการปกป้องผู้ป่วยเมื่อพบว่ามีอาการและการปฏิบัติ หรือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้มีการสื่อสารความเสี่ยงและการเขียนบันทึกรายงาน

3. กระตุ้นให้มีกิจกรรมความร่วมมือในการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยการเยี่ยมชมตรวจทางพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อปกป้องผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งขณะปฏิบัติงานประจำวันในหอผู้ป่วย

4. สร้างความสำคัญของบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาล

5. สามารถสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพทางการพยาบาลนำไปสู่ความไว้วางใจของสังคม

กำหนดการอบรม

เรื่อง ความร่วมมือทางการพยาบาลในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อ

ระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

วันที่ 18 และ 19 มิถุนายน 2556 เวลา 10.00 – 12.00 น.

ณ ห้องเรียน กลุ่มวิชาการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา

.....

เวลา 8.00 – 9.00 น.

ลงทะเบียน

9.00 – 10.00 น.

ชี้แจงโครงการ “ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการ
แนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะต่อการรับรู้บทบาทการปกป้องผู้ป่วย
ของพยาบาลวิชาชีพ

โดย นางอารีรัตน์ วรพิมล

10.00 – 11.00 น.

บรรยาย เรื่อง ความร่วมมือทางการพยาบาลในการปกป้องผู้ป่วย
จากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ของพยาบาลวิชาชีพ

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา อนุสันติ

11.00 – 11.30 น.

สัมมนาแนวทางการปฏิบัติ ความร่วมมือทางการพยาบาล
ในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

โดย นางอารีรัตน์ วรพิมล

11.30 – 12.00 น.

สรุปสัมมนาแนวทางการปฏิบัติ ความร่วมมือทางการพยาบาล
ในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา อนุสันติ

.....

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างคู่มือแนวคิดและแนวปฏิบัติในการจัดการความร่วมมือทางการแพทย์บาล
ในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ของพยาบาลวิชาชีพสถาบันประสาทวิทยา



คู่มือ
รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือและ
แนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ



คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปี พ.ศ. 2556
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณ อนุสันติ

คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นเอกสารประกอบวิทยานิพนธ์ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อเป็นแนวทางการบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล เพื่อบูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะให้เป็น ความรู้โดยมีวิธีการใช้คู่มือ วัตถุประสงค์ คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีทั้งแนวคิดและหลักการรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ นอกจากนี้ยังมี ตาราง แสดงการบูรณาการแนวคิด และกิจกรรมการปฏิบัติตามแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) กับระบบการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) และตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) กับระบบการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) รวมทั้งมีภาคผนวกเพื่ออธิบายกิจกรรม

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ชัดเจน ซึ่งเกิดจากความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติทุกคน จะสามารถส่งผลให้เกิดประโยชน์ที่แท้จริงในการจัดการพยาบาลต่อไป



ขอขอบคุณ

นางอริรัตน์ วรพิมล

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คู่มือรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือ กับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

คำชี้แจง

คู่มือ รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง เอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่จัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วยแนวคิดหลักคือ แนวคิดความร่วมมือ กับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วยกิจกรรมการเฝ้าตรวจทางทางพยาบาล กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และ กิจกรรมการเฝ้าตรวจโรงพยาบาล บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบ

ความสำคัญ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection : UTI) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 2 ของการติดเชื้อทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยระบบประสาท (Rosenthal, 2009, p. 101) จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในประเทศที่กำลังพัฒนาในหอภิบาลโดย The International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) พบว่าโรงพยาบาลในประเทศ 173 แห่งทั่วโลกในปี ค.ศ. 2003–2008 พบการติดเชื้อในผู้ป่วยสัณยกรรมประสาทเฉลี่ย 13.9 /1000 วันของการสวนคาสายสวนปัสสาวะ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2554) นำไปสู่สาเหตุของการติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องมีการตรวจวินิจฉัย และให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษา ทั้งยังเป็นแหล่งรวมเชื้อโรคที่สามารถแพร่ไปสู่บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ควรมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในเชิงป้องกัน ด้วยการคำนึงถึงความปลอดภัยจากความเสี่ยง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพผสมผสานกับการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แนวคิดความร่วมมือ (Sullivan 1998) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่แตกต่างกัน มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน มุ่งมั่นทำงานด้วยความกระตือรือร้น และใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ โดยใช้เวลาร่วมกันในการแสดงถึงความรู้ สติปัญญาที่มีความเป็นอิสระทางความคิด มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทุกคนกำหนดเป้าหมาย วางแผน และตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งการทำงานร่วมกันดังกล่าวจะต้องทำงานร่วมกันด้วยความสบายใจ โดยเริ่มตั้งแต่ การประเมิน และระบุความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่อาจจะเกิดขึ้น ทบทวนระบบการดูแล การควบคุมกำกับติดตามข้อมูลต่างๆ รายงานผลการตรวจสอบที่จำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ ในการควบคุมจัดการความเสี่ยง ความรุนแรง สาเหตุ มีการตรวจเยี่ยมทางทางพยาบาล (Nursing Rounds) ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางหรือหลักการดำเนินการกำจัด และลดความเสี่ยงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทบทวนการทำงาน ประเมินผลการจัดการต่อระบบการจัดการกับความเสี่ยง และรายงาน ต่อผู้เกี่ยวข้อง มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนยากต่อการลดความเสี่ยง และการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล (Hospital Rounds) ในการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ทักษะความรู้ความสามารถ ประเมิน

วิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วย วางแผน การพยาบาล ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมมือในการแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน ตลอดจนการปรับปรุงแผนการพยาบาลโดยใช้จัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

วิธีใช้คู่มือ

1. อ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือนี้ก่อนที่จะปฏิบัติงานในรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการความร่วมมือกับการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอนในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ
3. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติตามขั้นตอน
4. หากมีข้อสงสัย หรือต้องการความชัดเจนเพิ่มเติม หรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาสาระของคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาล ที่บูรณาการความร่วมมือกับการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโปรดติดต่อ นาง อารีรัตน์ วรพิมล โทร 02-3547075 ต่อ 2383 หรือ มือถือ 085-1123898

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ใช้คู่มือนี้

1. เข้าใจแนวคิดและหลักการความร่วมมือ แนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
2. เข้าใจ ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
3. สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทการปกป้องผู้ป่วยจากความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพได้

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม การใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เรียบร้อยแล้ว

ส่วนประกอบของคู่มือ

1. แนวคิดและหลักการ

1.1 แนวคิดความร่วมมือ คือความร่วมมือตามแนวคิดของ Sullivan (1998) ได้แก่การแบ่งปันอำนาจ (Power sharing) และผลประโยชน์อย่างเป็นหุ้นส่วน (Partnership) 1) การแบ่งปันอำนาจเป็นการแสดงความ สามารถในด้าน ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมความร่วมมือที่มีความเป็นอิสระ (Autonomy) ความรับผิดชอบ (Accountability) และการเสริมพลัง (Empowerment) 2)ความเป็นหุ้นส่วน เป็นการทำงานร่วมกัน (Working together) มีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) การสื่อสาร (Communication) สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership Relationship) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ของกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป สร้างความคุ้นเคยสนิทสนม เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ร่วมกัน มีเป้าหมายที่ชัดเจนมีความไว้วางใจ (Trusting)

1.2 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1.2.1 การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยการค้นหา ลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1.2.3 การประเมินสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

1.3 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง คือ แนวคิดการจัดการความเสี่ยงของ Sullivan & Decker (2005) เป็นระบบที่เน้นเรื่องการระบุ การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น จัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบ 3 กิจกรรม คือ

1.3.1 การตรวจเยี่ยมทางการแพทย์

1.3.2 การประชุมปรึกษาทางการแพทย์

1.3.3 การตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล

2. รูปแบบการจัดการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

3. บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ

3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

3.2 บทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

3.3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

4. สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ

4.1 ใบมอบหมายผู้ป่วย โดยใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาล

4.2 แบบบันทึกการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยเป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.3 แบบบันทึกการประชุมปรึกษาการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.4 แบบบันทึกการเยี่ยมตรวจโรงพยาบาลเป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.5 ตารางแสดงกิจกรรมตามขั้นตอน

4.6 ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบบูรณาการความร่วมมือกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

.....

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
1. กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ การปฏิบัติงานระหว่างพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติ 1.1 การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.2 การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยสวนคาสายสวนปัสสาวะทุกรายในหอผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนหน้านี้ และผู้ป่วยใหม่	1. การเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ 1. การ ค้นหาข้อมูลความเสี่ยง 1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเวลา 15.00 น. ของทุกวันทำการโดยพิจารณาตามความรู้ความสามารถของบุคลากร 1.2 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยทุกรายที่ เข้ารับการรักษา โดยศึกษาจากการประวัติความเจ็บป่วยอาการและอาการแสดง เวชระเบียน หัตถการ ชักถามจากผู้ป่วย โดยปฏิบัติอย่างอิสระ ในช่วงเวลา 15.00 น.ของเวลาทำการทุกวันและตัดสินใจอย่างอิสระตามทักษะความรู้ ความสามารถของตนระบุปัจจัยเสี่ยง	1. การเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ 1. ข้อมูลความเสี่ยง 1.1 มีเอกสารการมอบหมายงานของ หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร 1.2 พยาบาลป้องกันการติดเชื้อ พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ทราบปัจจัยเสี่ยง และความซับซ้อนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ 1. เครื่องมือในการค้นหาความเสี่ยง 1.1 แบบบันทึกการมอบหมายงาน และ ตารางการปฏิบัติงานประจำวัน 1.2 ทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะ

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
1. กิจกรรมการเยี่ยมตรวจทางกายภาพ (ต่อ) 1.3 การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยประจำวันโดยการ 1.3.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล 1.3.2 การกำหนดเป้าหมาย วางแผน การปฏิบัติการที่แสดงถึงการกำจัด หรือลด ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการสวนทางเดินปัสสาวะ และสื่อสารกันอย่างเปิดเผย	1. การเยี่ยมตรวจทางกายภาพ (ต่อ) 1.3 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเยี่ยมตรวจผู้ป่วย (Patient Rounds) ค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยโดยการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ สมบูรณ์ครบถ้วน ถูกต้อง และใช้ ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ความชำนาญ อย่างเต็มที่ นำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายแต่ละรายที่ได้รับการสวนทางเดินปัสสาวะ โดยทุกคนเสนอความคิดเห็นอย่างอิสระ เพื่อแสดงเหตุผล และร่วมกันตัดสินใจระบุ ปัจจัยเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น ความรุนแรง และผลกระทบ วางแผนร่วมกันและบันทึกข้อมูลรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล ในเวลา 9.00 น. ทุกวันทำการ	1. การเยี่ยมตรวจทางกายภาพ (ต่อ) 1.3 มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยทุกรายที่มีการสวนทางเดินปัสสาวะที่ครบถ้วน ครบถ้วน พร้อมทั้งผลการวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อที่ได้จากการทำงาน ร่วมกันระหว่างพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ พยาบาลผู้ปฏิบัติวิชาชีพ รวมทั้งเป้าหมาย แผนการปฏิบัติที่แสดงถึงการปกป้อง ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. การเยี่ยมตรวจทางกายภาพ (ต่อ) 1.3 เอกสาร ตำรา ข้อมูลอ้างอิงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และข้อมูลหลักฐานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและแบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติงานค้นหา ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
1. กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.4 การปฏิบัติตามแผนการพยาธิวิทยาที่แสดงถึงการการจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.4 การพยาธิวิทยาตามแผนการพยาธิวิทยาที่กำหนดไว้ร่วมกันของสมาชิก โดยใช้ความรู้ความชำนาญ ตามความเหมาะสมโดยอิงมาตรฐานการพยาธิวิทยาที่แสดงถึงการการจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทุกวัน 1.4.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อพยาธิวิทยาหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาธิวิทยาวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ตรวจตราการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม 1.4.2 เข้ามีส่วนร่วมในการปกป้องผู้ป่วยจากความเสียหายหรือกำลังได้รับปัจจัยที่แสดงถึงความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม สมาชิกทุกคนเข้าเป็นตัวแทนปกป้องผู้ป่วยโดยความพยายาม พุดคุยอย่างเปิดเผย จริงใจ และให้ข้อมูลที่ใช้เหตุผลทางการพยาธิวิทยา	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.4 มีข้อมูลการปฏิบัติการพยาธิวิทยาที่แสดงถึงการกำจัดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ครอบคลุม และมีข้อมูล 1.4.1 ผลการประเมินการปฏิบัติที่ดำเนินการ โดยความร่วมมือพยาธิวิทยาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาธิวิทยาวิชาชีพที่ว่ามีผลการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม 1.4.2 พยาบาลแสดงบทบาทการเข้าเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการปกป้องจากความเสียหายการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.4 แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล 1.4.1 แบบประเมินระบบการจัดการความเสี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง 1.4.2 แบบรายงานการปกป้องผู้ป่วยจากความเสียหายการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
1. กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.5 การประเมินผลความสำเร็จจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน 1.6 การสื่อสารกันระหว่างพยาธิวิทยาผู้ปฏิบัติการ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.5 สมาชิกประเมินผลความสำเร็จโดยการใช้เหตุผล ตัดสินใจ ด้วยความรอบคอบในการตัดสินใจของตนเองเวลาก่อนสื่อสารส่งต่อในรอบการปฏิบัติงานต่อไป 1.6 การสื่อสารกันระหว่างรอบเวรโดยการรับส่งเวรในทีมงาน หรือการบันทึกการพยาธิวิทยาที่ปฏิบัติ ที่แสดงถึงการกำจัด หรือลดปัจจัยเสี่ยง ผลการปฏิบัติ และแผนการดำเนินการต่อ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.5 มีผลการประเมิน ของพยาธิวิทยา วิชาชีพผู้ได้รับมอบหมายที่แสดงถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและทุกคนในทีมยอมรับการปฏิบัติ 1.6 มีข้อมูลการรับส่งเวร และบันทึกทางพยาธิวิทยาที่แสดงถึงการกำจัดความเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. การเยี่ยมชมตรวจทางพยาธิวิทยา (ต่อ) 1.5 แบบบันทึกทางพยาธิวิทยา 1.6 เอกสารการรับส่งเวร

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางกายภาพ 2.1 การประชุมปรึกษาระหว่างกายภาพ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กายภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการ 2.2 การวิเคราะห์ และร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหา 2.3 การสรุปหาแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ 2.4 บันทึกรายงานการแก้ปัญหาลงในเอกสาร และการบันทึกทางกายภาพ และสื่อสารระหว่างสมาชิกผู้ดูแล	2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางกายภาพ 2.1 มีการประชุมปรึกษาระหว่างกายภาพป้องกันการติดเชื้อ กายภาพหัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการ โดยนำกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อน หรือมีปัญหารุนแรงหากเกิดการติดเชื้อ เข้ามาทำการประชุมปรึกษาทางกายภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2.2 กายภาพป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ กายภาพหัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการ แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ของบุคลากรในทีมการกายภาพ 2.3 มีการสรุปหาแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเพื่อปรับปรุงแผนการกายภาพ เพื่อลดปัจจัยและควบคุมการติดเชื้อ 2.4 มีการบันทึกการทางกายภาพ และสื่อสารระหว่างสมาชิก	2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางกายภาพ 2.1 รายงานการประชุมปรึกษาระหว่างกายภาพป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ กายภาพหัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน 2.2 ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดองค์ความรู้เพิ่ม ระหว่างสมาชิกคือ กายภาพป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ กายภาพหัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการ 2.3 ข้อเสนอแนะร่วมกันของกายภาพป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ กายภาพหัวหน้าหอผู้ป่วย และกายภาพผู้ปฏิบัติการ	2. กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางกายภาพ 2.1 ตารางกำหนดการประชุม 2.2 อุปกรณ์เครื่องเขียน 2.3 รายงานการประชุม

ตารางแสดงกิจกรรมการปฏิบัติ แนวคิดความร่วมมือกับ การจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

กิจกรรมการปฏิบัติตามขั้นตอน	พฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบ/เครื่องมือ
3. กิจกรรมเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 3.1 การตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะระหว่างพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย 3.2 การประเมินผลการตรวจเยี่ยม 3.3 การจัดทำรายงานผลการตรวจเยี่ยมร่วมกันโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเสนอผู้บริหารการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สรุปผลการตรวจเยี่ยม รายงานการตรวจเยี่ยม	3. กิจกรรมเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 3.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ได้รับมอบหมายประเมิน เครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติการสวนทางเดินปัสสาวะการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ความเพียงพอของน้ำยาล้างมือ อุปกรณ์สำหรับแทนน้ำปัสสาวะ เป็นต้น 3.2 ประเมินผลการตรวจเยี่ยมร่วมกันทั้งทางด้านความรู้ของผู้ดูแลกำจัด หรือลดปัจจัยเสี่ยง และการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วย 3.3 มีรายงานผลการตรวจเยี่ยมของพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อจัดทำรายงานผลการตรวจเยี่ยมร่วมกันเสนอผู้บริหารการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สรุปผลการตรวจเยี่ยม วางแผนการดำเนินการต่อเนื่อง	3. กิจกรรมเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 3.1 มีรายงานการประเมินสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3.2 มีข้อมูลทางด้านการพยาบาลในบทบาทการปกป้องผู้ป่วยจากปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ 3.3 มีรายงานผลการเยี่ยมชมตรวจ	3. กิจกรรมเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 3.1 แบบบันทึกการตรวจเยี่ยม 3.2 แบบสอบถามบทบาทการปกป้องผู้ป่วย 3.3 อุปกรณ์เครื่องเขียนเพื่อบันทึกข้อมูล

ตารางแสดงการเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ การประชุมปรึกษาทางกายภาพ การเยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ประจำเดือน.....

วัน/เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
7.30-7.45	เยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ -การค้นหา และการระบุความ เสี่ยงของ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	เยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ -การค้นหา และการระบุความ เสี่ยงของ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	เยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ -การค้นหา และการระบุความ เสี่ยงของ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	เยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ -การค้นหา และการระบุความ เสี่ยงของ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	เยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ -การค้นหา และการระบุความ เสี่ยงของ การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ
8.30-8.45	-ระบุความเสี่ยง และความ รุนแรง และกิจกรรมการลด ความเสี่ยงตามแผนการ พยาบาล	-ระบุความเสี่ยง และความ รุนแรง และกิจกรรมการลด ความเสี่ยงตามแผนการ พยาบาล	-ระบุความเสี่ยง และความ รุนแรง และกิจกรรมการลด ความเสี่ยงตามแผนการ พยาบาล	-ระบุความเสี่ยง และความ รุนแรง และกิจกรรมการลด ความเสี่ยงตามแผนการ พยาบาล	-ระบุความเสี่ยง และความ รุนแรง และกิจกรรมการลด ความเสี่ยงตามแผนการ พยาบาล
13.00-13.15		ประชุมปรึกษาทางกายภาพ	เยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล	ประชุมปรึกษาทางกายภาพ	เยี่ยมชมตรวจโรงพยาบาล
14.30-15.30	ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ

แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมทางพยาบาล

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... การวินิจฉัยโรค..... พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วย.....

ว.ด.ป./ เวลา	ข้อมูลสนับสนุนที่แสดงถึงความ เสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงความเสี่ยงของ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	แผนการ/ลดความเสี่ยง	การประเมินผล	ผู้เข้าร่วมการเยี่ยมชมตรวจ.

ผู้บันทึก.....

แบบบันทึกการประชุมปรึกษาการพยาบาล

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... การวินิจฉัยโรค..... พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วย.....

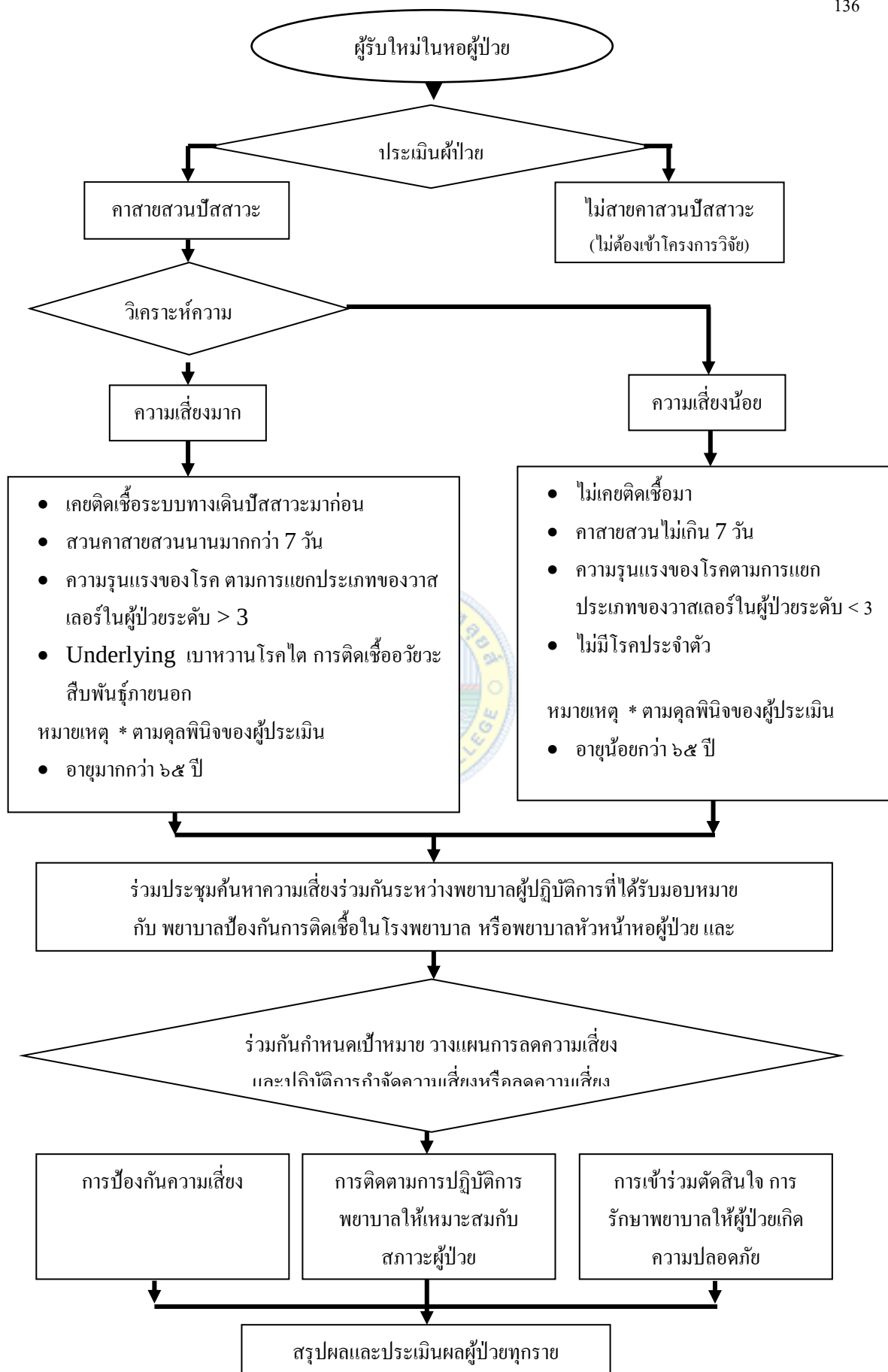
วคป./เวลา	กิจกรรม ที่ทำไปแล้ว	ผลการประเมิน หลังที่	ประเด็นคำถาม	กิจกรรมการป้องกัน/ลด ความเสี่ยงที่วางแผนไว้	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ประเด็นปัญหา	ผู้เข้าร่วมการประชุม ปรึกษาการพยาบาล

ผู้บันทึก.....

แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล

ว/ด/ป.	ข้อมูลที่พบจริง/สังเกตได้	ประเด็นการป้องกันการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางปฏิบัติ	ผู้เข้าร่วมการเยี่ยมชมตรวจ
	การเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือ ปราศจากเชื้อ ที่ใช้ ในการสวนคาสายสวนปัสสาวะ			
	ครั้งที่ 1			
	ครั้งที่ 2			
	ครั้งที่ 3			
	สภาพแวดล้อมทั่วไปการเก็บน้ำยาทำลายเชื้อที่ ใช้ในการสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยปัสสาวะ			
	ครั้งที่ 1			
	ครั้งที่ 2			
	ครั้งที่ 3			
	สภาพบริเวณที่ใช้ในการเทน้ำปัสสาวะผู้ป่วย จากถุงรองรับ			
	ครั้งที่ 1			
	ครั้งที่ 2			
	ครั้งที่ 3			

ผู้บันทึก.....



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



**แบบสอบถามการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปกป้องผู้ป่วยต่อความเสี่ยง
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ**

คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 4 หน้า ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 29 ข้อ

โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. อายุของท่านคือ.....ปี
2. เพศ 1. () ชาย 2. () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด
 1. () ปริญญาตรี/ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี
 2. () ปริญญาโท ระบุสาขา.....
 3. () อื่นๆ ระบุ.....
5. ประสบการณ์ทำงานการพยาบาล.....ปี
6. ท่านเคยเข้ารับการอบรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
() ไม่เคย () เคย จำนวน.....ครั้ง/ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม

คำชี้แจง

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึก
ความคิด การกระทำที่แท้จริงของท่านที่ตรงมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึก ความคิด การกระทำที่แท้จริงของท่านที่ตรงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ความรู้สึก ความคิด การกระทำที่แท้จริงของท่านที่ตรงมาก ให้ 4 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ความรู้สึก ความคิด การกระทำที่แท้จริงของท่านที่ตรงปานกลาง ให้ 3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ความรู้สึก ความคิด การกระทำที่แท้จริงของท่านที่ตรงน้อย ให้ 2 คะแนน
ไม่เป็นจริง	หมายถึง	ความรู้สึก ความคิด การกระทำที่ไม่ตรงตามจริงของท่าน ให้ 1 คะแนน

ท่านมีบทบาทในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมาก-น้อยเพียงใด ในแต่ละด้านต่อไปนี้

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ความรู้สึคนึกคิด				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริง
ด้านที่ 1 การป้องกันความเสี่ยง					
1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
2.การประเมินปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับผู้ชำนาญการ					
3.การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
4.การใช้ความรู้เหตุผลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยง					
ด้านที่ 2 การติดตามตรวจสอบการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความเหมาะสม					
5.การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
6. การแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลความจำเป็นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
7. การประเมินเข้าถึงความเหมาะสมของระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ					
ด้านที่ 3 การเข้าร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
8. การเข้าร่วมปฏิบัติการปกป้องปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
9. การเข้าร่วมแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้ป่วย					
10. การเตือนเมื่อท่านพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันความเสี่ยง					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอารีรัตน์ วรพิมล
วัน เดือน ปี เกิด	31 มกราคม 2501
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และพลจัตวาชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า (พ.ศ. 2521 - 2524)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	
พ.ศ. 2524-2533	พยาบาลชำนาญการ งานผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2534-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข