นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Article

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

The Development of a Clinical Supervision Model for Head Injury in Buriram Hospital

*ชลลดา สุขรัตน์, พย.บ**
*สุกัญญา ศรีสง่า, พย.บ**
*ดวงพร จินาพันธ์, พย.บ**
*Chollada Sukkarat, B.N.S**
*Sukanya Srisanga, B.N.S**
*Duangporn Jinaphan, B.N.S**
**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Department of Nurse, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
**Corresponding author. E-mail address:chollada3435@gmail.com*
Received: 30 July 2021 Revised: 02 Aug 2021 Accepted: 22 Aug 2021

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การนิเทศผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีวิธีการที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้นิเทศ ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่บรรลุตามเป้าหมายและยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : 1) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 2) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด 3) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 5 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมการและค้นหาปัญหาการนิเทศทางคลินิก 2) การสร้างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) การนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนามาทดลองใช้ 4) ประเมินผล 5) นำรูปแบบที่ปรับปรุงไปใช้และติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 44 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจำนวน 23 คน และเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนการพัฒนาใช้ข้อมูลปี 2563 กับหลังการพัฒนาระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง 22 มิถุนายนถึง 31 กรกฎาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการศึกษา : การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลประกอบด้วย 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) กิจกรรมนิเทศคือ การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (Content Conference) 2) การนิเทศตามหลักสัมพันธภาพ (Restorative clinical supervision) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคล และการประชุมปรึกษาการพยาบาล 3) การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ (Formative clinical supervision) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกิจกรรมนิเทศคือการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคลในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า 1) อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน) หลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 8.1 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.04) 2) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจากร้อยละ 8.7 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.04) 3) อัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุดจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 2.3 (p=0.84) 4) อัตราการเกิดแผลกดทับจากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 2.3 (p=0.64) 5) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 1.4 หลังการพัฒนาไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (p= 0.43) 6) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดโดยพบความพึงพอใจระดับมากร้อยละ 74.8 รองลงมาคือระดับมากที่สุดร้อยละ 20.9

สรุป : รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปลอดภัยจากอาการทรุดลง การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อหลอดลมเลื่อนหลุด แผลกดทับและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ABSTRACT

Background : The previous data from unstructured clinical supervision for nursing care of head injury patients in the second male surgery department ward demonstrated that previous supervision model without explicit goals had caused longer hospital stay, more healthcare expense, and more deaths.

Objective : 1) To develops a structured clinical supervision model for nursing care of head injury patients. 2) To compare nursing outcomes before and after implementation of structured clinical supervision model for nursing care of head injury patients. The key clinical outcomes were; drop in glasgow coma scale by equal or more than 2 points, the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP), incidence of pressure sore,

incidence of catheter associated urinary tract infection (CAUTI), and rate of unplanned endotracheal extubation. 3) To study the satisfaction of registered nurses being supervised by using the developed clinical supervision model.

Methods : This study is research and development study that consisted of five phases; 1) Appraisal of previous clinical supervision phenomena in nursing care for head injury patients, 2) Design a structured clinical supervision model of nursing care for head injury patients, 3) Trial of developed clinical supervision model, 4) Evaluation and improvement of clinical supervision model after trial, 5) Implementation of the developed clinical supervision model and outcome evaluation. The data were analyzed by using descriptive statistics, frequency, percentage, mean score, standard deviation, and Chi-square.

Results : The development of clinical Supervision model consisted of 1) Standard supervision (Normative clinical supervision) with content conference by using a clinical nursing guideline for head injury patients 2) Relationship based supervisions (Restorative clinical supervisions), which were individual nurse consultations that were responsible by nurse supervisors and nursing consultation meetings. 3) Supervision to develop knowledge and abilities (Formative clinical supervision) by coaching for the registered nurses both in groups and individual. Nursing outcomes which includedthe drop of the glasgow coma scale by equal or more than 2 points, the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP) before and after implementation of the structured clinical supervision model were significantly declined from 8.1% to 0 (p =0.04) and 8.7% to 0 (p=0.04), respectively. Other outcomes such as unplanned endotracheal tube extubation, pressure sore incidence rate, and CAUTI rate before and after usage of the structured clinical supervision model were not statistically different 2.7% vs 2.3% (p=0.84), 3.1% vs 2.3% (p=0.64), 1.4% vs 0% (p=0.43), respectively. The satisfaction of professional nurses supervisees on the usage of the clinical supervision model for head injury patients was 74.8 % in very satisfied level, and 20.9% in the most satisfied level.

Conclusion : The developed head injury clinical supervision model at Buriram Hospital resulted in decline of worsening neurological symptoms of head injury patients, VAP, unplanned endotracheal extubation, pressure sore, and CAUTI.

Keywords : The Development, Clinical Supervision Model, Head Injury

หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยมีโอกาสสูงที่จะมีความรุนแรงกลายเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงขึ้น ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพบได้ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงหรืออาจเป็นวัน การบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพที่สมอง อันเนื่องจากมีแรงจากภายนอกสมองมากระทบทำให้มีอัตราตายถึงร้อยละ 29[1] และมีจำนวนมากที่พิการตลอดชีวิต ส่งผลให้สูญเสียทั้งแรงงานและงบประมาณจำนวนมาก ปัจจุบันผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รอดชีวิตมีมากขึ้นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่สำคัญ ได้แก่ ความพิการที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความไม่สุขสบาย อาการที่รบกวนต่อการใช้ชีวิต[2] อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมดหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล

มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดให้องค์กรพยาบาลมีการกำกับดูแลวิชาชีพด้านบริหารและด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง แนวคิดการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลจึงถูกกำหนดขึ้นในหลายโรงพยาบาล และเป็นการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรพยาบาล[3] ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลส่วนใหญ่ประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศของพรอคเตอร์[4] ประกอบด้วยการนิเทศตามแบบแผน ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การนิเทศตามมาตรฐานมุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ สำหรับการนิเทศทางคลินิกในหอผู้ป่วยนั้นมีความเชื่อมโยงกับระบบการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลเพราะเป็นกลไกที่ทำให้คุณภาพบริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีการพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพ คงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ[5] ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นจึงมีบทบาทสำคัญในการนิเทศการพยาบาลในคลินิกให้บรรลุวัตถุประสงค์[6] ทั้งนี้สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจเยี่ยม การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอน การให้คำปรึกษาแนะนำ การแก้ปัญหา การสังเกต และการร่วมมือในการปฏิบัติงาน[7]

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถให้การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการจัดบริการด้านการผ่าตัดและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการทบทวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในปีพ.ศ.2561-2563 จำนวนผู้ป่วย 2,045 2,259 และ 1,931 ราย ตามลำดับปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของการดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงจากเดิม 2 คะแนน พบร้อยละ 1.2,1.2 และ 8.1 ตามลำดับ 2) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร้อยละ 2.4,3.4 และ 8.7 ตามลำดับ 3) อัตราการเกิดแผลกดทับพบร้อยละ 3.3,3.2 และ 3.1 ตามลำดับ 4) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบร้อยละ 1.6,1.5 และ 1.4 ตามลำดับ 5) อัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด พบร้อยละ 3.7,2.9 และ 2.7 ตามลำดับ 6) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านพบร้อยละ 0.6,0.6 และ 0.5 ตามลำดับจากอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้นเมื่อทบทวนปรากฏการณ์รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลโดยการสังเกตการปฏิบัติการนิเทศสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้รับการนิเทศ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 พบว่า 1) รูปแบบการนิเทศพบว่าการนิเทศผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีวิธีการที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้นิเทศ 2) ผู้นิเทศ ขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนิเทศทางคลินิก ผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศตามประสบการณ์ของตนเอง 3) แผนนิเทศ ขาดการจัดทำแผนการนิเทศที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 4) คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่ครอบคลุมและการนำคู่มือลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วน 5) ขาดการนิเทศตามแผนที่กำหนดไว้

เนื่องจากผู้นิเทศมีภาระงานมาก ทำให้เวลาในการนิเทศน้อยลง 6) หัวข้อเรื่องในการนิเทศ ผู้นิเทศมุ่งเน้นการนิเทศด้านบริหารมากกว่าด้านคลินิก 7) การบันทึกผลการนิเทศ ส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกผลการนิเทศ และขาดการนำผลการนิเทศไปใช้ประโยชน์ จากปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

การนิเทศเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน ซึ่งการนิเทศที่มีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอจะทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น ส่งให้ผลต่อผลิตภาพของงานสูงขึ้น จากการศึกษาของ รัชนีวรรณและคณะ[8] ที่นำการนิเทศทางคลินิกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้กระบวนการดูแลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ ธนาและคณะ[9] ที่ได้นำการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นซึ่งจะเห็นว่าการนิเทศที่ดีส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ลดความเครียดและทำให้เกิดการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย[10] ซึ่งการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์[4] เป็นการนำแนวคิดการนิเทศตามแบบแผนส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ การนิเทศตามมาตรฐานมุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐานจะนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและแนวคิดการช่วยเหลือสนับสนุนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศ โดยใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้สึก ทัศนคติที่ดี ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการในระดับมาก[11]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้นำทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและนิเทศทางคลินิก เชื่อว่าการนิเทศทางคลินิกที่มีรูปแบบชัดเจนจะช่วยให้ผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกได้ครอบคลุมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยนำทฤษฎีระบบประกอบด้วยสิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) ผลงาน (Output)[12,13] และแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์[4] มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์รูปแบบเพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนา ได้แก่ อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในลักษณะทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research) ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบการนิเทศดำเนินการระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน-31 กรกฎาคม พ.ศ.2564 โดยมีการนำข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง 5 ประเด็น ได้แก่ อัตราผู้ป่วย

ทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุดในช่วงที่พัฒนาไปเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี 2563

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามีจำนวนน้อยและระยะเวลาศึกษาสั้น การนำไปใช้อาจต้องติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพิ่มเติม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมกระบวนการวิจัยที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมารับการรักษาที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตร 2 independent proportion โดยใช้ P เป็นสัดส่วนคืออัตราอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติเท่ากับร้อยละ 16.3[14] ได้จำนวน 44 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยมีระดับความรุนแรงระดับ Mild Head Injury จนถึงระดับ Severe head injury แต่ไม่มีบาดเจ็บร่วมของช่องท้องและทรวงอก ไม่มีภาวะช็อคและสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับเกณฑ์ในการคัดออกคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะบาดเจ็บร่วมของช่องท้อง ทรวงอก และภาวะช็อกร่วมด้วย Severe head injury ที่มี brain herniation impending brain death และไม่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โดยทำการศึกษาทุกคนจำนวน 23 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในมนุษย์ในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอประธานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์และได้รับเอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021-017 วันที่รับรอง 22 มิถุนายน 2564 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมชี้แจงสิทธิ์ในการเข้าร่วมงานวิจัย หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลาสามารถถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

รายการ	การสร้างเครื่องมือ	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล			
1.1 แบบสอบถามการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์	ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองประกอบไปด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด อาชีพรายได้ โรคประจำตัว สาเหตุการบาดเจ็บ ตำแหน่งการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรง ชนิดการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยการบันทึก 6 ส่วนคือ 1) อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ถ้ามี Glasgow coma scale ลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ให้ 1 คะแนนถ้าไม่มีให้ 0 คะแนน 2) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ 1 คะแนน ถ้าไม่เกิดให้ 0 คะแนน 3) อัตราการเกิดแผลกดทับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับตั้งแต่เกรด1-4 ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่เกิดให้ 0 คะแนน 4) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่เกิดให้ 0 คะแนน 5) อัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนถ้าผู้ป่วยเกิดท่อหลอดลมเลื่อนหลุดให้ 1 คะแนน ถ้าไม่เกิดให้ 0 คะแนน	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในข้อ 1.1 และ 1.2 ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้แลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้	วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ความถี่ค่าร้อยละและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอัตราการเกิดแผลกดทับอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด ใช้ความถี่ ค่าร้อยละ - เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาเรื่องอัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอัตราการเกิดแผลกดทับอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด ใช้ไคสแควร์
1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พัฒนา	ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมีทั้งหมด 4 ข้อประกอบด้วยอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการนิเทศจากรูปแบบที่พัฒนา สเกลการวัดแบ่งเป็น 5 ระดับคือน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน และมากที่สุดให้ 5 คะแนนมีทั้งหมด 5 ข้อ เก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งคิดเป็นค่าจำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ความพึงพอใจตามสเกลการวัด ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อใช้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ใช้เป็นคำถามปลายเปิด	การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟ่า (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าแอลฟ่า=0.811	วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)

รายการ	การสร้างเครื่องมือ	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย			
2.1 รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาปรากฏการณ์นิเทศเดิม ทบทวนวรรณกรรมการนิเทศ ร่างและนำเสนอในที่ประชุมเพื่อร่วมพิจารณาและวิพากษ์ความถูกต้องในรูปแบบ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงซึ่งได้รูปแบบมีการระบุขั้นตอนรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละวันไว้อย่างชัดเจน โดยใช้ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) กิจกรรมนิเทศคือการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (content conference) เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) การนิเทศตามหลักสัมพันธภาพ (Restorative clinical supervision) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพดำเนินกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคล และการประชุมปรึกษาการพยาบาลและ 3) การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ (Formative clinical supervision) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมนิเทศคือการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคล ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (รายละเอียดในผลการศึกษา)		
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนการนิเทศทางการพยาบาลได้แก่ 2.2.1 คู่มือการพยาบาลเรื่องผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย	เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนการนิเทศทางการพยาบาลข้อ 2.2.1 และ 2.2.2 ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ค่า CVI แนวปฏิบัติการป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ=0.98 แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ=0.92แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ=0.97 และแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันท่อหลอดลมเลื่อนหลุด=0.93	
2.2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาล ก) แนวปฏิบัติการป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข) แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ค) แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ง) แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันท่อหลอดลมเลื่อนหลุด	ผู้วิจัยนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล		

ขั้นตอนการพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอน	วิธีดำเนินการ
ขั้นที่ 1 การเตรียมการและค้นหาปัญหาการนิเทศทางคลินิก	1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเดิม โดยผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติการนิเทศสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้รับการนิเทศ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในปีพ.ศ.2561-2563 2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเดิมมาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ และร่างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใหม่เพื่อเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้รับการนิเทศให้ร่วมกันคิด ปรับปรุง เสนอแนะ และสรุปความเป็นไปได้ และนำมาใช้เป็นรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยจะนำเสนอในการจัดประชุมในขั้นตอนที่ 2 3. จัดเตรียมเอกสารและจัดทำเครื่องมือในการวิจัย
ขั้นที่ 2 การสร้างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	**เพื่อสร้างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดย** 1. ประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยเสนอปัญหาการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเดิมผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในปี 2561-2563 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สรุปข้อมูลร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2. นำเสนอร่างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใหม่ในที่ประชุมเพื่อร่วมพิจารณาและวิพากษ์ความถูกต้องในรูปแบบ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง ซึ่งมีองค์ประกอบและมีขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ โดยใช้ทฤษฎีระบบ ที่ประกอบด้วย สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) ผลงาน (Output) และแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) กิจกรรมนิเทศคือ การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (content conference) เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จัดกิจกรรมหลังจากส่งเวรโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้วิจัย 2) การนิเทศตามหลักสัมพันธภาพ (Restorative clinical supervision) กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคล/รายกลุ่ม และการประชุมปรึกษาการพยาบาลจัดกิจกรรมที่หน้างานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ 3) การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ (Formative clinical supervision) กิจกรรมนิเทศคือการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคล ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการเกิดแผลกดทับการป้องกันการการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการป้องกันท่อหลอดลมเลื่อนหลุด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่หน้างานทุกวัน
ขั้นที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก	- ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โดยนำร่องเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (28 มิถุนายน -2 กรกฎาคม พ.ศ.2564) กำหนดกิจกรรมนิเทศทางคลินิก 1 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง โดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมปฏิบัติการนิเทศ
ขั้นที่ 4 การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก	หลังจากทดลองใช้ 1 สัปดาห์ผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สรุปประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนาและนำมาปรับปรุง โดยปัญหาที่พบคือขณะนิเทศไม่ครอบคลุมทุกประเด็นที่ต้องการผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ดีขึ้น ได้ปรับปรุงโดยมอบหมายผู้ป่วยล่วงหน้าและการกำหนดประเด็นการนิเทศตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้และติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล	- นำรูปแบบที่ปรับปรุงให้หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องอีก 4 สัปดาห์ (5-30 กรกฎาคม พ.ศ.2564) - ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการพยาบาลเก็บข้อมูลจากตัวชี้วัดทุกเดือน ตามวัตถุประสงค์ข้างต้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ได้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนา ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดประชุมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โดยประชุมชี้แจงปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อธิบายแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์และแนวทางการนิเทศ

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดประเด็นการนิเทศตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ต้องการให้ดีขึ้นและวางแผนติดตามการนิเทศร่วมกับพยาบาลวิชาชีพโดยติดตามทุกวันและสะท้อนข้อมูลร่วมกันสรุปการนิเทศเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศแสดงความคิดเห็นปัญหาที่พบและแนวทางปรับปรุงแก้ไข

3. กิจกรรมการนิเทศประกอบด้วย

3.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยที่จะทำการนิเทศให้พยาบาลวิชาชีพเพื่อทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน

3.2 จัดกิจกรรมการนิเทศหลังส่งเวรใช้เวลา 10-15 นาที โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (content conference) เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจการป้องกันการเกิดแผลกดทับการป้องกันการการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการป้องกันท่อหลอดลมเลื่อนหลุดก่อนลงปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย

3.3 ปฏิบัติการนิเทศที่หน้างานที่ข้างเตียงผู้ป่วยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยสอนงานให้คำปรึกษาพยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคลในช่วงเช้าทุกวันหลังกิจกรรมประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหาและสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลที่พบทันทีเพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง

3.4 หัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติตามการนิเทศในช่วง 15.00 นาฬิกา และนำข้อมูลที่ได้สะท้อน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนและหลังการพัฒนาข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 และระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ 2-5 ปี ร้อยละ 30.4 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ 2-5 ปี ร้อยละ34.8

สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปีร้อยละ 22.7 และระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 36.4 อาชีพรับจ้างร้อยละ 59.1 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 79.5 สาเหตุการบาดเจ็บคือมอเตอร์ไซด์ล้มร้อยละ 56.8 ตำแหน่งการบาดเจ็บส่วนใหญ่คือศีรษะร้อยละ 90.9 ระดับความรุนแรงคือ Mild Head Injury ร้อยละ 72.7 ได้รับการผ่าตัด craniotomy ร้อยละ 15.9

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าอัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนหลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 8.1 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=3.88, df=1, p-value = 0.04) และพบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 8.7 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2= 4.18, df=1, p-value = 0.04)

สำหรับอัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุดก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 2.7 หลังการพัฒนาพบร้อยละ 2.3 (χ^2=0.03, df=1, p-value=0.84) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 3.1 หลังการพัฒนาพบ

ร้อยละ 2.3 (χ^2= 1.38 , df=1, p-value = 0.64) และพบว่าอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันโดยก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 1.4 หลังการพัฒนาไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (χ^2=0.60, df=1, p-value=0.43) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ความแตกต่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการพัฒนา (พ.ศ.2563) (n= 1931)	หลังการพัฒนา (ก.ค.พ.ศ.2564) (n=44)	χ^2	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgowcoma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน					
เกิด	157(8.1%)	0(0%)	3.88	1	0.04
ไม่เกิด	1,774(91.9%)	44(100%)			
อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ					
เกิด	168(8.7%)	0(0%)	4.18	1	0.04
ไม่เกิด	1,763(91.3%)	44(100%)			
อัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุด					
เกิด	53(2.7%)	1(2.3%)	0.03	1	0.84
ไม่เกิด	1,878(97.3%)	43(97.7%)			
อัตราการเกิดแผลกดทับ					
เกิด	59(3.1%)	1(2.3%)	1.38	1	0.64
ไม่เกิด	1,872(96.9%)	43(97.7%)			
อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
เกิด	26(1.4%)	0(0%)	0.6	1	0.43
ไม่เกิด	1,905(98.6%)	44(100%)			

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พัฒนา

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาพบว่าความพึงพอใจในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 74.8 รองลงมาคือระดับมากที่สุดร้อยละ 20.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคลมากที่สุด (Mean 4.4) รองลงมาคือพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พัฒนา

รายการ	ระดับความพึงพอใจ (N=23)					Mean	SD
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (content conference) เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	0	0	1 (4.3%)	16(69.6%)	6(26.1%)	4.2	0.5
2. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคล	0	0	0	13(56.5%)	10(43.5%)	4.4	0.5
3.ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย	0	0	2(8.7%)	13(56.5%)	8(34.8%)	4.3	0.6
4. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่สามารถทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น	0	0	0	23(100%)	0	4	0
5. ท่านพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล	0	0	2(8.7%)	21(91.3%)	0	3.9	0.2
ภาพรวม	0	0	4.3	74.8	20.9	4.16	0.36

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับได้ดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ดีกว่ารูปแบบเดิม โดยรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนามีการกำหนดกิจกรรมการนิเทศโดยการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา (content conference) การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลการสอนงาน (Coaching) พยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคล ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่

หน้างาน สะท้อนกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง และมีการติดตามในวันรุ่งขึ้นเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลมีการตื่นตัวและเห็นความสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามแนวซึ่งหลังสะท้อนเมื่อติดตามมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดส่งผลให้ผลลัพธ์ดีขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดของพรอคเตอร์ที่ว่าการนิเทศต้องมีการนิเทศตามมาตรฐานการนิเทศตามหลักสัมพันธภาพและการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีวรรณ คูตระกูล และคณะ (2562)[8] ที่การนำกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์มาใช้ในการนิเทศช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดและทำให้ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลดีขึ้น[8] และช่วยให้พยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น[9]

2. เปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ทางการพยาบาลในพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า

2.1 อัตราผู้ป่วยทรุดลงจากเดิม Glasgow coma scale ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 8.1 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2= 3.88, df=1, p-value = 0.04) และอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 8.7 เป็น 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2= 4.18 , df=1, p-value = 0.04) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนา ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมการนิเทศโดยการนิเทศตามมาตรฐานการนิเทศตามหลักสัมพันธภาพและการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถมีการทบทวนหลักการนิเทศและปรับรูปแบบวิธีการนิเทศเป็นการสอนงานแบบ Coaching ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดประเด็นการนิเทศที่ชัดเจนทำให้มีเป้าหมายในการนิเทศพร้อมกับการทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หน้างานไปพร้อมกันทำให้มีการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดส่งผลให้ผลลัพธ์ดีขึ้นซึ่งแต่เดิมการนิเทศที่หน้างานจะเป็นการนิเทศด้านการบริหารและตามสถานการณ์นอกจากนี้จากประเด็นปัญหาที่พบจากการนิเทศเรื่องการไขหัวเตียงไม่ได้ 30 องศาได้จัดทำนวัตกรรมเรื่องการวัดองศาหัวเตียงเพื่อให้ง่ายในการไขหัวเตียงตามแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของของรัชนีวรรณ คูตระกูล และคณะ (2562)[8] ที่พบว่าการได้รับการนิเทศทางคลินิก ได้รับการสอนแนะและคำปรึกษาทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และเข้าใจความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางและสอดคล้องกับ Dowling[15] ที่กล่าวว่าผู้สอนงานในบทบาทพี่เลี้ยง จะให้การสะท้อนกลับช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีมุมมองใหม่ๆ ช่วยแก้ปัญหาในงานเป็นผู้ให้โอกาส เสริมพลังให้การสนับสนุนเพื่อให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐาน

2.2 อัตราท่อหลอดลมเลื่อนหลุดก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 2.7 หลังการพัฒนาพบร้อยละ 2.3 (χ^2= 0.03, df=1, p-value = 0.84) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพทางสมอง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาการสับสนมีการนำ MASS (Motor activity assessment scale) มาใช้ในการป้องกันท่อหลอดลมเลื่อนหลุดร่วมกับแนวทางการผูกยึดร่างผู้ป่วยมาใช้แต่ยังพบมีท่อหลอดลมเลื่อนหลุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิพยวรรณ วงษ์ใจ และจีราพรรณ อันบุรี (2563)[1] ที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่าหลังการพัฒนาการเกิดท่อเลื่อนหลุดลดลงจากก่อนการพัฒนาทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษานี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาล Head injury Clinical Pathway KPH การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการใช้กระบวนการพยาบาลในขณะเดียวกันรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลจะเป็นการสอนข้างเตียงที่อาจไม่ได้เป็นระบบการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นระบบชัดเจนและจากการศึกษาของมณีนุช สุทธสนธิ์ และคณะ[14] ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยอาการ

หนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยงในการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การผูกยึดท่อช่วยหายใจให้มั่นคงโดยใช้พลาสเตอร์และเชือก 4) การระบุขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้ชัดเจนที่ป้ายหัวเตียงและแฟ้มผู้ป่วย 5) การตรวจสอบ Cuff pressure 6) การป้องกันการดึงรั้งท่อช่วยหายใจจากการทำหัตถการต่างๆ 7) การประเมินจาก MAAS (Motor Activity Assessment Score) เพื่อใช้การผูกยึดที่เหมาะสม 8) การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม และ 9) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเอาท่อช่วยหายใจออก หลังการทดลองใช้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 3.06) ขณะเดียวกันรูปแบบการนิเทศที่พัฒนามีเพียงการใช้การประเมินจาก MAAS (Motor Activity Assessment Score) เพื่อใช้การผูกยึดที่เหมาะสมเท่านั้น

2.4 อัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการพัฒนาเกิดร้อยละ 3.1 หลังการพัฒนาพบร้อยละ 2.3(χ^2= 1.38, df=1, p-value = 0.64) แม้จะมีการนิเทศให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีนวัตกรรมนาฬิกาพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง แต่ยังพบว่าการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช มกราภิรมย์ และอันธิกา คะระวานิช[16] ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 หมวดดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการเกิดแรงกดและเสียดสี 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การประเมินผิวหนัง 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม ภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับขณะเดียวกันรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลในการนิเทศพบส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมในแนวปฏิบัติคือการจัดสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามหอผู้ป่วยที่ทำการวิจัยเป็นหอผู้ป่วยสามัญมีสภาพอากาศร้อนซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดแผลกดทับได้ง่าย ประกอบกับความอับชื้นจากการที่ให้ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิวหนังไม่เพียงพอทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายอากาศที่ไม่ร้อนเกินไปเป็นการลดการเกิดแผลกดทับได้[16]

2.5 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการพัฒนาพบร้อยละ 1.4 หลังการพัฒนาไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (χ^2= 0.60, df=1, p-value=0.43) ซึ่งก่อนการพัฒนาอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อใช้รูปแบบการนิเทศเน้นการใช้แนวทาง CATH Alert ในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งแนวทางนี้จะมีการกระตุ้นเตือนให้การประเมินการถอดสายสวนปัสสาวะในวันที่ 3 ของการใส่สายสวนปัสสาวะเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใส่คาสายสวนจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุดโดยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เมื่อผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะระยะเวลานาน 7 วัน[17]

3. จากการศึกษาพบว่าร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนามีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการวางแผนพัฒนาความรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความรู้กับทีมพยาบาลในช่วงการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ร่วมหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีการสอนงาน (Coaching) พยาบาลที่ข้างเตียงและปรับแผนการพยาบาลได้ทันทีขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลช่วยดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

สรุป

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปลอดภัยจากอาการทรุดลง การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อหลอดลมเลื่อนหลุด แผลกดทับและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาสามารถทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นควรนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกไปใช้พัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มโรคต่างๆ ที่ผลลัพธ์การดูแลไม่บรรลุเป้าหมาย

2. ควรมีการขยายเวลาการนิเทศทางคลินิกเนื่องจากการประชุมปรึกษาการพยาบาลรายกลุ่มช่วยให้พยาบาลได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของเพื่อนร่วมงาน และควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ วงษ์ใจ, จีราพรรณ อันบุรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(3):51-68.
2. ปราณี นิพัทธกุศลกิจ, ภินวนันทน์ นิมิตพันธ์, ประณีต ส่งวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35(1):135-52.
3. เผอิญ ณ พัทลุง. บทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นจริงและที่คาดหวังด้านการใช้กระบวนการพยาบาลด้านการบันทึกทางการพยาบาลและด้านการพัฒนาความรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(1):190-206.
4. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention In Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge; 2001: 25-46.
5. สุพัตรา สงฆรักษ์. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติย ภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
6. นิภา ภู่ประวะโรทัย. Suandok Supervision Model ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. [อินเตอร์เน็ท]. 2556. [สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก:URL:https://w2.med.cmu.ac.th/nis/downloads/?p=771.
7. รัชนี อยู่ศิริ, บรรณาธิการ. การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์; 2551.
8. รัชนีวรรณ คูตระกูล, พิชญพันธุ์ จันทระ, พัชรี ยิ้มแย้ม, สุรีย์พร กุมภาคา, รัชนี นามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562;30(2):193-209.
9. ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(4):52-60.
10. Halpern H, McKimm J. Supervision. Br J Hosp Med (Lond) 2009;70(4):226-9.
11. พัชรริดา เคณาภูมิ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):35-47.

12. รัฐวัชร์ พัฒนจิระรุจน์. ทฤษฎีระบบ Systems Theory. [อินเตอร์เน็ท]. 2557. [สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561]. ค้นได้จาก:URL:http://poundtv5.blogspot.com/2014/10/systemtheory.html
13. วรรณพร พุทธภมิพิทักษ. ทฤษฎีระบบ. [อินเตอร์เน็ท]. 2554. [สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2561]. ค้นได้จาก:URL:https://mylibrary4u2.files. wordpress.com/2017/07/000879.pdf.
14. มณีนุช สุทธสนธิ์, ขนิษฐา แก้วกัลยา, วาสนา นัยพัฒน์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยอาการหนักที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2517;10(2):58-70.
15. Dowling S. Implementing the supervisory process theory and practice. New Jersey: Prentice –Hall; 1992.
16. อรนุช มกราภิรมย์, อันธิกา คะระวานิช. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสาหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. วารสารกองการพยาบาล 2563;47(1):139-52.
17. พูนทรัพย์ โสภารัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.