

Development of Scrub Nurses' Abilities in Nursing Care for Patients Who Received Open Reduction and Internal Fixation Femur Fracture at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital Network

*Bubpha Noppawon, RN.**

*Tassanee Thaitae, RN.**

*Saichol Plukkajon, MNS.***

*Somkid. Treerapee, MNS.***

*Pornpimol Ployprasert, MNS.***

Abstract

The purpose of this action research was to study the situation and to develop the abilities of scrub nurses in nursing care for patients who received of open reduction and internal fixation (ORIF) femur fracture at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital Network, and to evaluate the development. This study was divided into 3 phases: 1) Situational study phase; 2) Development the abilities of scrub nurses in nursing care for patients who received of ORIF of femur fracture phase and 3) Evaluation phase. The participants for the research consisted of 23 people which were comprised of orthopedics nurses, and head nurses of operating room department. The research was conducted from October, 2015 to September, 2017. The data was collected through the general information questionnaires, the open-ended questions, the incidence report forms, the evaluating coaching competency and operating competency of nurse in ORIF questionnaires, the evaluating nursing process forms, and the evaluating nursing record forms. The quantitative data was analyzed by using frequency distribution, percentage, mean, Dependent t-test and qualitative data was analyzed by content analysis. The results of the study regarding the 1st phase found that there is increasing number of open reduction and internal fixation (ORIF) femur fracture every year. Also, the results found that limited access to surgical services of patients due to operating room structure, staff availability, and availability of nurses and necessary equipment. These findings lead to the 2nd phase which deals with the ability of the staff, appropriate training and lack of coach. The results of this study were applied to development of nurse's abilities, such as the coaching skills and the abilities in ORIF surgery of staff nurses behaved differently at 0.05 level of significant. ($p < .05$). The organization had the competency evaluation guideline and the ORIF surgery ability of nurse's development guideline. As for the process of development,

there were no incidences of cancellation of ORIF surgery, inefficient use of operating room time and a waste of resources.

Keywords: Open reduction and internal fixation (ORIF) femur fracture, Development of Nurses's Abilities, Coaching

**Operating Room Nursing Department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*

***Nursing Department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*

การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บุบผา นพวรรณ, พย.บ.*,

ทัศนีย์ ไทยแท้, พย.บ.*,

สายชล พงษ์ขจร, พย.ม.**,

สมคิด ตีรารักษ์, พย.ม.**,

พรพิมล พลอยประเสริฐ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาและเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ โดยการวิจัยเชิงสำรวจ จากการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ แพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดผู้ป่วยใส่โลหะตามกระดูกต้นขา จำนวนทั้งสิ้น 16 คน และ 2) ระยะพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนา จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา จำนวน 23 คน เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ประเด็นคำถามสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณมี 5 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะการโค้ช 2) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา 3) แบบประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา 4) แบบประเมินการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.802, 0.802, 0.796, 0.855 ตามลำดับ และ 5) แบบบันทึกอุบัติการณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา สถานที่ศึกษา คือ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการเดือนตุลาคม 2558-กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Dependent t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาสถานการณ์ พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี แต่สภาพการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาภายในเครือข่าย พบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการการผ่าตัด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบริหารจัดการตารางผ่าตัดให้เพียงพอกับความต้องการของแพทย์ ด้านความพร้อมของเครื่องมือ และด้านความพร้อมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา นำไปสู่การวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ผลผลิตที่ได้ คือ แนวทางเตรียมการโค้ช ได้พยาบาลผู้โค้ช 4 คน แนวทางการพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา การวิจัยระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์ พบว่าความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา คะแนนการใช้กระบวนการพยาบาล และคะแนนการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เกิดการขยายหน่วยบริการห้องผ่าตัดที่สามารถให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เพิ่มขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์งัด/เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ/บุคลากรพยาบาล

คำสำคัญ: การผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา การพัฒนาความสามารถ การโค้ช (การสอนแนะ)

*งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ปัจจุบันระบบการให้บริการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน โดยมุ่งเน้นผลการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้รับบริการเกิดความพอใจสูงสุด รวมถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน ประกอบกับการที่รัฐบาลได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 กระทรวงสาธารณสุขจึงวางแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี และการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพราะสุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ ซึ่งปัจจุบันยังพบว่าระบบสุขภาพยังมีส่วนขาดของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นนโยบายสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นและให้ความสำคัญ เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

จากการศึกษาสถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา มีความท้าทายหลายประเด็น อาทิเช่น การเข้าถึงบริการการผ่าตัดเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2558 จำนวน 184 ราย ปี 2559 จำนวน 211 ราย แต่การผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้ไม่ทันกับความต้องการของผู้ป่วย อุบัติการณ์งัด/เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากห้องผ่าตัดไม่พร้อม ปี 2557 พบ 5 ครั้ง เครื่องมือผ่าตัดไม่พร้อม พบ 7 ครั้ง บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะช่วยแพทย์ผ่าตัดมีไม่เพียงพอ พบ 39 ครั้ง

ประชากรในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ ในขณะที่หน่วยบริการมีอยู่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเดินทาง บางรายไม่สะดวก ทำให้การรักษาพยาบาลล่าช้า เมื่อสำรวจความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถเฉพาะด้านเพียง

4 คน จากจำนวนพยาบาลที่รับผิดชอบงานห้องผ่าตัดกระดูกทั้งหมด 23 คน ซึ่งไม่เพียงพอโดยเฉพาะการผ่าตัดนอกเวลา ทำให้ตารางการผ่าตัดนอกเวลาไม่สามารถทำได้ตามที่แพทย์ต้องการ การให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยต้องเลื่อนกำหนดเวลาออกไป หรือต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หากบุคลากรมีความพร้อมสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเฉพาะทางได้มากขึ้นพยาบาลที่มีความสามารถจะเข้าปฏิบัติงานหมุนเวียนกันปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาในห้องผ่าตัดมากขึ้น จะทำให้การเปิดห้องผ่าตัดได้ตามที่แพทย์ต้องการ ห้องผ่าตัดเดิมที่เดิมสามารถทำนอกเวลาได้มีจำนวน 1 ห้อง ก็จะสามารถเปิดได้ 2 ห้อง เป็นต้น

การขยายหน่วยบริการผ่าตัดเพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็น รวมทั้งพัฒนาความสามารถของการบริหารจัดการหน่วยบริการ การบริหารเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์พิเศษ การวางระบบบริการต่างๆ โดยใช้แนวคิดการโค้ช⁽¹⁾ จากผู้เชี่ยวชาญภายในองค์กรเข้ามาช่วยเพื่อให้การผ่าตัดและการเรียนรู้ทำงานนั้นเป็นไปอย่างราบรื่น พยาบาลผู้เป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดต้องมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ รวมถึงการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากเครื่องมือผ่าตัดเป็นอย่างดี การประสานงาน บริหารจัดการ การตัดสินใจที่รวดเร็วเนื่องจากขณะผ่าตัดอาจมีสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นที่อาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีการผ่าตัดเป็นวิธีอื่นได้เสมอ⁽²⁾ สำหรับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาถือเป็นกรผ่าตัดที่พบบ่อย (High Volume) หากการเตรียมการให้บริการดังกล่าวไม่พร้อมหรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะส่งผลให้ผลลัพธ์ของคุณภาพการผ่าตัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย⁽³⁾ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ผ่านมาในปี 2557 และปี 2558 เกิดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของเครื่องมือ บุคลากร และห้องผ่าตัดร้อยละ 1.08 และ 1.24 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล่าช้า

การพัฒนาทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถเรียนรู้ขณะทำผ่าตัดได้ เนื่องจากสถานการณ์

การเรียนรู้ทำงานทำได้ยาก⁽⁴⁾ การพัฒนารูปแบบเดิมใช้การเสริมความรู้และพัฒนาทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดทำโดยการส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปเรียนจากหน่วยงานภายนอก^(5,6) ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 2-4 เดือน มีผลกระทบต่องานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังด้านการพยาบาลเป็นจำนวนมาก มีอัตรากำลังเพียง 70% ของจำนวนที่ควรมี ทำให้ไม่สามารถส่งพยาบาลจำนวนมากไปฝึกอบรมจากหน่วยงานภายนอกได้

ดังนั้นการศึกษานี้จึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นกรอบในการพัฒนา⁽⁷⁾ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทภาพรวมของงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แนวคิดการโค้ช^(8,9) แนวคิดการประเมินเพื่อพัฒนา⁽¹⁰⁾ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาให้เพียงพอ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาคอยการผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ลดข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการ สามารถขยายบริการรักษาพยาบาลได้ทั้งในเวลาและนอกเวลา ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นอย่างไร
2. การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทำได้อย่างไร มีแนวคิดและกระบวนการอย่างไร
3. ผลลัพธ์การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

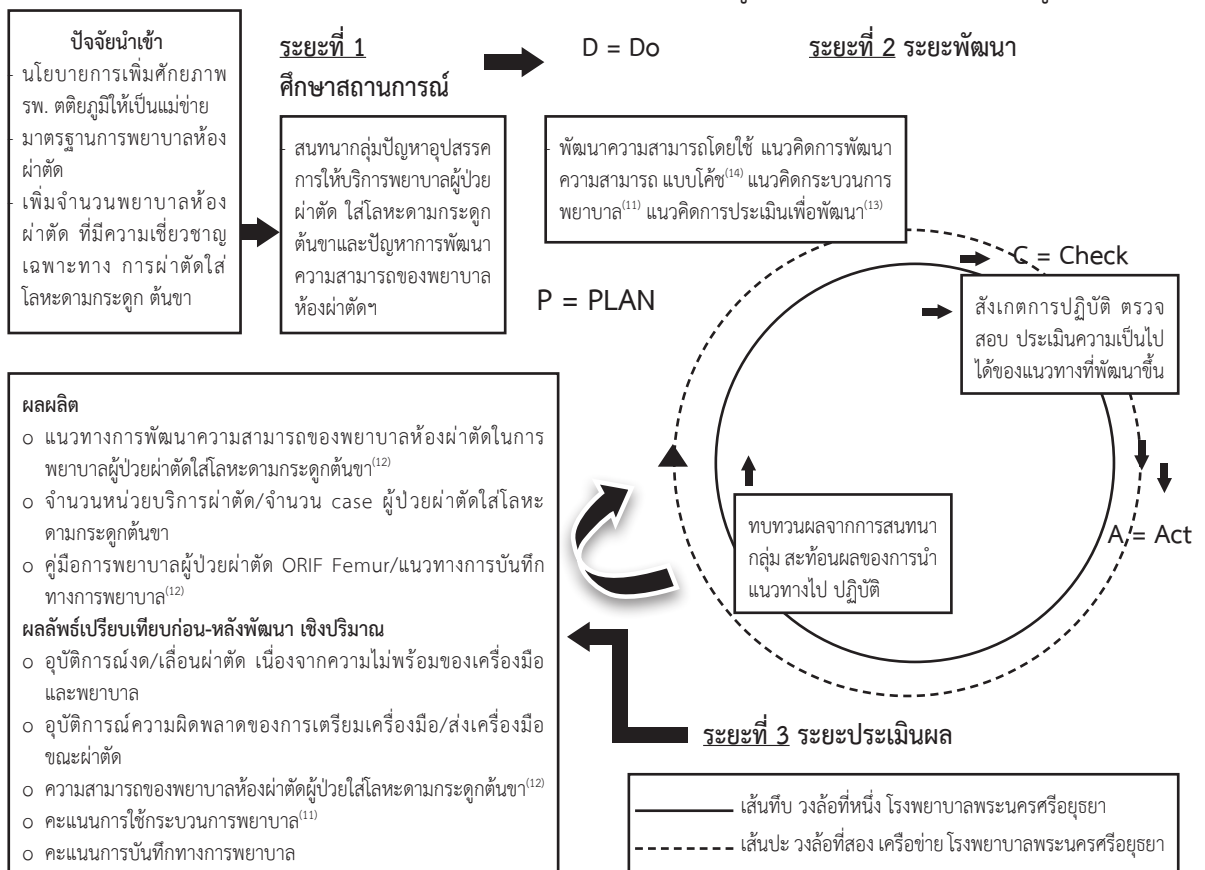
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research: AR) ระยะศึกษาสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดกระดูก วิทยุพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 16 คน ส่วนการวิจัยระยะที่สองกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่รับผิดชอบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทั้งหมด จำนวน 23 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2558-กันยายน 2560

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

“การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา”



วัสดุและวิธีการ

การวิจัยปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แบ่งเป็น 3 ระยะ

1) ระยะศึกษาสถานการณ์โดยการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา การได้มาซึ่งองค์ประกอบและแนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาล โดยวิธีเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบไปด้วยแพทย์เชี่ยวชาญการผ่าตัดกระดูก 1 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 13 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด หลักการ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนตุลาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา

2) ระยะพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และแนวคิดการพัฒนาความสามารถแบบโค้ช มากำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เมื่อได้แนวทางแล้วจึงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา ตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของกระบวนการพัฒนาตามแนวทางฯ ที่สร้างขึ้น

เมื่อปรับเนื้อหาให้เหมาะสมแล้ว หลังจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาทั้งหมด ยินดีเข้าร่วมวิจัย ได้ทั้งหมดจำนวน 23 คน ประกอบไปด้วย 1) พยาบาลผู้โค้ช เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย คือเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ 4 เดือน และได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ จนเกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และผ่านการประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาได้กลุ่มตัวอย่าง 4 คน 2) พยาบาลผู้รับการโค้ช เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย คือเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ปฏิบัติงานได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และยินดีเข้าร่วมโครงการได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน

การเตรียมความพร้อมให้แก่โค้ช โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการเป็นโค้ชแก่กลุ่มตัวอย่างผู้โค้ช ประเมินสมรรถนะการโค้ช ก่อนและหลังพัฒนาเมื่อผู้โค้ชมีทักษะพร้อมแล้วให้ทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกปฏิบัติหรือผู้โค้ชให้กับกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการพัฒนาฯ โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง การให้ความรู้ทฤษฎีเฉพาะทางของภาวะการบาดเจ็บของกระดูกต้นขาและการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา การให้ความรู้และโค้ชเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด^(11,12) รวมทั้งโค้ชด้านบริหาร การสร้างความพร้อมของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา และออกแบบระบบบริการพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ การฝึกปฏิบัติควบคู่กับโค้ชจำนวน 3 case

3) การวิจัยระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์ การพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังการพัฒนา⁽¹³⁾ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ระยะนี้คือพยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย 1) แนวทาง การพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาความสามารถ แบบโค้ช แนวคิดกระบวนการพยาบาล และแนวคิดการ ประเมินเพื่อพัฒนา ประกอบไปด้วยเนื้อหาหลักสูตร ตารางการอบรม การเตรียมโค้ช การลงมือโค้ช การ ประเมินผลการโค้ช 2) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ใส่โลหะตามกระดูกต้นขา 3) คู่มือการบันทึกทางการ พยาบาลผู้ป่วยใส่โลหะตามกระดูกต้นขา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินสมรรถนะการโค้ช 2) แบบประเมิน ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา 3) แบบประเมิน การใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตาม กระดูกต้นขา 4) แบบประเมินการบันทึกทางการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.802, 0.802, 0.796, 0.855 ตามลำดับ และ 5) แบบ บันทึกอุบัติการณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลพระนคร- ศรีอยุธยาสถานที่ศึกษาคืองานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา ดำเนินการเดือนตุลาคม 2558- กันยายน 2560 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ dependent t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ให้ยกเว้นพิจารณา จริยธรรมโครงการวิจัย ระยะที่ 1 เลขที่ 037/2561 และยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ระยะที่ 2-3 เลขที่ 038/2561

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ระยะศึกษาสถานการณ์ การให้บริการ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา มีประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การเข้าถึงการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ของผู้ป่วย

ประเด็นย่อยที่ 1 ความเพียงพอของหน่วย บริการเฉพาะทางการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก

“นอกเวลาไม่ค่อยเพียงพออาจเป็นเพราะ บุคลากร บางครั้งไม่สามารถทำได้ บุคลากรเจ้าหน้าที่ เฉพาะทางไม่อยู่เวร ยกเว้นแต่ case emergency ที่ต้องทำจริงๆ จึงจะตามเจ้าหน้าที่เฉพาะทางมาช่วย หมอให้ได้”

“ไม่ค่อยมีบุคลากรเฉพาะทางเพียงพอ บางที ต้องใช้เวลามากในบางครั้ง”

“หากขยายหน่วยบริการได้ ก็อาจเป็นไปได้ ในอนาคต จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในการนอนใน โรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด”

“ปัจจุบัน case ortho มีมากขึ้น โดยเฉพาะ trauma มีมาบ่อยๆ มีบาดเจ็บกระดูกต้นขาหัก”

“ควรเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลลูกข่าย เช่น โรงพยาบาลที่มีแพทย์กระดูกจบมาแล้ว ให้งาน ห้องผ่าตัดสามารถสนองนโยบายขยายหน่วยบริการได้”

ประเด็นย่อยที่ 2 การบริหารจัดการห้อง ผ่าตัดยังไม่เอื้อประโยชน์ต่อการผ่าตัดเฉพาะทาง

“อุปกรณ์ผ่าตัดแต่ละ Set ขำรุตเยอะ” “หาก

มีกฎกติกาข้อตกลงเรื่องการผ่าตัดนอกเวลา ก็จะสามารถทำได้” “ถ้ามีการจัดการที่ดี ทุกคนทำตามข้อตกลงจะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ในการได้รับการผ่าตัดที่เร็วขึ้น”

“เครื่องมือผ่าตัดมีความหลากหลาย มีหลายบริษัท ความชำนาญของพยาบาลที่ต้องเข้าช่วย บางครั้งต้องใช้ผู้แทนบริษัทมาเกี่ยวข้อง”

“case ที่เตรียมความพร้อมมาทั้งผู้ป่วยและทีมผ่าตัด ถ้า set มาในเวลาเหมาะสมเช่นในเวลาราชการก็จะทำได้ทำทันตามกำหนด ถ้า set มาเป็นลำดับท้ายๆ ก็จะไม่ทำในเวลาต้องมาทำนอกเวลา”

ประเด็นหลักที่ 2 บรรยากาศการเรียนรู้ที่ช่วยพัฒนาความสามารถของบุคลากรได้จริง

ประเด็นย่อยที่ 1 แนวคิดการพัฒนาบุคลากรเป็นแบบเรียนรู้พนักงาน ลองผิดลองถูก

“ใน รพ.เรา ให้เจ้าหน้าที่มาฝึกเข้า case กับผู้ชำนาญ แต่มีปัญหาว่าผู้เชี่ยวชาญเรามีแค่ 3 คน ซึ่งไม่พอ และจะให้มาสอนก็ต้องฝึกให้ผู้ชำนาญนั้นสอนไปด้วย”

“ที่ผ่านมามีความคิดเรื่องการฝึกประสบการณ์ที่ฝึก ที่คิดว่าจะฝึกพร้อมๆ กับการทำงานได้ จริงๆ แล้วอาจมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้”

“ควรมีการส่งเจ้าหน้าที่มาศึกษา และฝึกเข้า case ของเครือข่าย รพ.อื่น เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ในหน่วยงานของตนเองได้”

“อยากให้มีการทบทวน work shop เพื่อให้ได้ทบทวนความรู้ที่บกพร่องไป ให้ทันยุคสมัย”

“อยากให้จัดทีมสอนน้องใหม่ อย่างเข้มข้น สอนอย่างใกล้ชิด ถูกต้อง เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มห้องผ่าตัด และต้องระวังเรื่องข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดหากเราควบคุมน้องไม่ทั่วถึง”

ประเด็นย่อยที่ 2 บุคลากรได้ขมิจำกัด

“ผู้ชำนาญเฉพาะทางจริงๆ มีเพียงไม่กี่คน หากเพิ่มการสอนเข้าไปอีก เราจึงมองว่าเหมือนเพิ่มภาระงานให้กับเขาถ้ามีเจ้าหน้าที่มาฝึกก็ควรจัด

เจ้าหน้าที่ที่มีการชำนาญไว้สำหรับสอนโดยตรง จะไม่มีผลต่อภาระงานที่เพิ่มการฝึกทักษะก็ต้องวางแผนอย่างดีจะได้ไม่เพิ่มภาระงานให้กับผู้ต้องสอน”

ประเด็นย่อยที่ 3 ขาดเครื่องมือประเมินและพัฒนาความสามารถของพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ

“เราไม่รู้ว่าคนนี้ผ่านเกณฑ์แต่จริงๆ เขาสามารถเข้า case ได้หรือยัง การประเมินยาก อาจมีความคลาดเคลื่อนของผู้ให้คะแนน เพราะไม่เข้าใจในเครื่องมือที่มีอยู่ การรวบรวมข้อมูลอาจไม่เที่ยงตรงพอ”

ประเด็นหลักที่ 3 องค์ประกอบเตรียมความพร้อมของพยาบาล

ประเด็นย่อยที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดที่เฉพาะทาง

“การรายงานแพทย์ Staff มาช่วยกรณีต้องการมาช่วยในการแก้ปัญหาเฉพาะ case ต้องอาศัยความรู้ทั้งกับโรคและการผ่าตัด อาศัยความชำนาญ และดึงกระบวนการพยาบาลนี้แหละมาใช้ บางครั้งก็ต่อสายให้แพทย์โทรปรึกษากันเอง”

ประเด็นย่อยที่ 2 ไม่นั่นใจเมื่อต้องปฏิบัติการพยาบาล

“ความชำนาญของบุคลากรยังไม่เพียงพอทั้งพยาบาลและแพทย์ฝึกหัด เราเข้า case ด้วยจึงไม่ค่อยมั่นใจนัก งานจึงตกหนักแก่พยาบาลที่เขาผ่านการอบรมเฉพาะทาง เป็นข้อจำกัดของเราและการ set ผ่าตัด”

“หากเป็น case ที่ยุ่งยากซับซ้อนก็ควรทำในเวลาราชการ”

ประเด็นย่อยที่ 3 การสื่อสารทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กับผู้เกี่ยวข้องต่อเนื่อง

“การทำงานเมื่อเปลี่ยนเวร เราไม่รู้จะทำอะไรกับคนไข้ไปบ้าง การผ่าตัดที่นาน ช่วงต่อเวร เป็นนอกเวลาแบบนี้ เลยเวลาหากเขียนไว้ไม่ชัดเจนแล้วผู้มาต่อก็ไม่รู้ว่าเราเข้าเป็นอย่างไร”

“การสื่อสารแก้ปัญหาได้หากใช้วิธีจดบันทึกไว้จะไม่คลาดเคลื่อน บันทึกให้กระชับ พยาบาลตามตึก

ก็จะอ่านและมีประโยชน์มาก นำไปประเมินผู้ป่วยต่อได้”

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา

มีกระบวนการได้มาของแนวทางพัฒนาฯ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การวิเคราะห์ระบบเดิม เป็นรายละเอียดของการศึกษาในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2) การสังเคราะห์ระบบ จากการวิเคราะห์สภาพสถานการณ์ปัญหา และอุปสรรคของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพระนครศรีอยุธยา สังเคราะห์ประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น ดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 3) การออกแบบระบบ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพัฒนาความสามารถของพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา นำไปสู่การพัฒนาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ กำหนดให้มีการขยายขีดความสามารถหน่วยบริการภายในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จัดหาโค้ช และเตรียมผู้โค้ช เพื่อเป็นผู้พัฒนาความสามารถให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา การพัฒนาปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ ขั้นการเตรียมความพร้อมโดยกำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ทำให้ได้แนวทางการ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครื่องมือประเมินความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ขั้นตอนการตามแนวทางที่กำหนดได้แก่ การพัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่โค้ช การปฏิบัติการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดฯ ให้มีความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา รวมทั้งให้มีความรู้และทักษะการบริหารจัดการการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ให้มีคุณภาพ ตามหลักการบันทึกเพื่อประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4) การตรวจสอบและปรับปรุงแนวทางที่ได้ ผู้วิจัยได้นำกรอบและเนื้อหาการพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบ โดยจัดประชุมสื่อสารสร้างความเข้าใจ ให้ความรู้ เสริมทักษะ สร้างทัศนคติที่ดีเพื่อเตรียมความพร้อมและตรวจสอบการนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง แนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่สมบูรณ์ แล้วดังนี้

แผนภูมิ 2 แนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

องค์ประกอบ	กิจกรรมการปฏิบัติ
1) การเตรียมการโค้ช 1.1) เตรียมผู้โค้ช ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา จำนวน 4 คน	ให้ความรู้และฝึกทักษะจำนวน 4 ชั่วโมง แบ่งเป็นทฤษฎี เรื่องการโค้ช การเสริมสร้างพลังอำนาจ เทคนิคการประเมินและพัฒนา จำนวน 3 ชั่วโมง และฝึกทักษะโดยการปฏิบัติ 1 ครั้ง จำนวน 1 ชั่วโมง

**แผนภูมิ 2 แนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด
ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (ต่อ)**

องค์ประกอบ	กิจกรรมการปฏิบัติ
1.2) เตรียมผู้รับการเคาะ ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน	สร้างความเข้าใจเนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม คือ
2) การวางแผนการเคาะ	1) ให้ความรู้โดยการฟังการบรรยายภาคทฤษฎี จำนวน 3 ชั่วโมง 2) การฝึกทักษะปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองระหว่างผู้เคาะกับผู้รับการเคาะ เรียนรู้และสะท้อนบทเรียน จำนวน 1.5 ชั่วโมงต่อคน 3) ผู้เคาะมอบคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา และคู่มือบันทึกทางการพยาบาล
3) ปฏิบัติการเคาะ ผู้เคาะ 1 คน จับคู่กับผู้รับการเคาะ 1 คน ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก	4) การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงร่วมกับผู้เคาะ เรียนรู้และสะท้อนบทเรียนจัดทำตารางการฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้เคาะและผู้รับการเคาะร่วมกันกำหนดเวลาของการเคาะและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ผู้เคาะปฏิบัติตามขั้นตอนการเคาะ ดังนี้ 1. ผู้เคาะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้รับการเคาะให้เกิดความไว้วางใจและมีความมั่นใจต่อผู้เคาะ (ใช้เวลา 2 นาที) 2. ผู้เคาะและผู้รับการเคาะร่วมกันกำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล (ใช้เวลา 20 นาที) 3. ระหว่างที่ผู้รับการเคาะปฏิบัติการพยาบาล ผู้เคาะติดตามสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลย้อนกลับ กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้การชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติม หรือทบทวนสถิติส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเพื่อให้เข้าใจ (ใช้เวลาครั้งละ 2-2.5 ชั่วโมง) 4. หลังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ผู้เคาะและผู้รับการเคาะร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติและผลสำเร็จ (ใช้เวลา 15 นาที)
4) ประเมินผลการเคาะ	สนทนากลุ่ม เพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงแนวทาง ใน 4 ด้าน (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

ผลผลิตของการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ แนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครื่องมือประเมินความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา เครื่องมือประเมินสมรรถนะผู้เคาะ และได้พยาบาลที่มีสมรรถนะการเคาะเพื่อพัฒนาความสามารถการพยาบาลผู้ป่วยใส่โลหะตามกระดูกต้นขาจำนวน 4 คน

ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการเคาะของพยาบาลผู้เคาะก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบสมรรถนะการเคาะของพยาบาลผู้เคาะ (n=4)

สมรรถนะการเคาะ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		ระดับ	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้	3.50	1	8.00	0.82	สูงมาก	<0.001*
ทักษะ	2.98	0.95	4.65	0.48	สูงมาก	<0.001*

*wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์

ผลการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขาเพิ่มขึ้น ทำให้การผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขาสามารถทำนอกเวลาได้มากขึ้น ใช้เวลาผ่าตัดต่อรายน้อยลง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลลัพธ์การนำนโยบายขยายหน่วยบริการผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา เครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สู่การปฏิบัติ

รายการ	2558		2559		2560	
	ในเวลา	นอกเวลา	ในเวลา	นอกเวลา	ในเวลา	นอกเวลา
1. จำนวนห้องผ่าตัดที่เปิดให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขาต่อวัน	1	2	2	2	2	2
2. จำนวน Case ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา (ราย)	171	13	202	9	156	15
3. ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยต่อราย (นาที)	73	89	77	75	60	63
4. จำนวนพยาบาลที่สามารถเข้า case ผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา	19	18	23	22	24	23
5. จำนวนพยาบาลที่สามารถปฏิบัติบทบาท assistant ใน case ผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา	4	3	17	16	17	16

ผลการประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูกสันขา ในบทบาท assistant nurse พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัด มากกว่า 10 ปี มีความสามารถเป็นไปตามความคาดหวัง ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

ทุกคน ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์ การทำงานห้องผ่าตัด 5-10 ปี ก่อนการพัฒนา มีความสามารถเป็นไปตามความคาดหวัง และหลังการพัฒนา มีความสามารถมากกว่าความคาดหวัง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนตามกระดูก บบทบาท Assistant nurse (n=17)

จำนวนปีที่ทำงาน	ระดับที่คาดหวัง	ผลการประเมินก่อนการพัฒนา		ผลการประเมินหลังการพัฒนา	
		สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง	สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง
มากกว่า 10 ปี (15 คน)	5	0	15	0	15
5-10 ปี (2 คน)	3	0	2	2	0
รวม		0	17	2	15

ผลการประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ในบทบาท Scrub nurse พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัด มากกว่า 10 ปี มีความสามารถเป็นไปตามความคาดหวังทั้งก่อนและหลังการพัฒนาทุกคน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัด 5-10 ปี ก่อนการพัฒนา มีความสามารถเป็นไปตาม

ความคาดหวัง หลังการพัฒนามีความสามารถสูงกว่าความคาดหวังทุกคน ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัดน้อยกว่า 5 ปี ก่อนการพัฒนา มีความสามารถเป็นไปตามความคาดหวัง และหลังการพัฒนามีความสามารถสูงกว่าความคาดหวังทุกคน ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก บทบาท Scrub Nurse (n=23)

จำนวนปีที่ทำงาน	ระดับที่คาดหวัง	ผลการประเมินก่อนการพัฒนา		ผลการประเมินหลังการพัฒนา	
		สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง	สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง
มากกว่า 10 ปี (15 คน)	5	0	15	0	15
น้อยกว่า 10 ปี (2 คน)	3	0	2	2	0
น้อยกว่า 5 ปี (6 คน)	1	0	6	6	0
รวม		0	23	8	15

ผลการประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ในบทบาท circulate nurse พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัด มากกว่า 10 ปี มีความสามารถเป็นไปตามความคาดหวังทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

ทุกคน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี และพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ก่อนการพัฒนามีความสามารถเท่ากับความคาดหวัง และหลังการพัฒนามีความสามารถสูงกว่าความคาดหวังทุกคน ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก บทบาท Circulate nurse (n=23)

จำนวนปีที่ทำงาน	ระดับที่คาดหวัง	ผลการประเมินก่อนการพัฒนา		ผลการประเมินหลังการพัฒนา	
		สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง	สูงกว่าคาดหวัง	เท่ากับคาดหวัง
มากกว่า 10 ปี (15 คน)	5	0	15	0	15
5-10 ปี (2 คน)	3	0	2	2	0
น้อยกว่า 5 ปี (6 คน)	1	0	6	6	0
รวม	5	0	23	8	15

คะแนนเฉลี่ยของการใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวมหลังการพัฒนา มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อพิจารณา

ตามรายด้านพบว่าหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนพัฒนาทุกด้าน ดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
กระบวนการพยาบาล	2.641	.630	3.154	.758	<.001*
การรวบรวมข้อมูล	2.645	.865	3.229	.999	<.001*
การวินิจฉัยการพยาบาล	2.635	.776	2.958	.858	<.001*
การวางแผนการพยาบาล	2.562	.711	3.041	.999	<.001*
การปฏิบัติการพยาบาล	2.680	.770	3.236	.881	<.001*
การประเมินผลการพยาบาล	2.680	.593	3.305	.643	<.001*

*dependent t test

คะแนนเฉลี่ยการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
การบันทึกทางการพยาบาล	3.625	.439	4.690	.382	<.001*
ข้อมูลทั่วไป	3.521	.994	4.391	.838	<.001*
การพยาบาลก่อนการผ่าตัด	4.130	.344	4.695	.470	<.001*
การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	3.478	.790	4.739	.448	<.001*
การประเมินภาวะเสี่ยง	3.087	.733	4.521	.510	<.001*
การพยาบาลขณะรอผ่าตัด	3.913	.596	4.956	.208	<.001*
การพยาบาลระยะผ่าตัด	3.173	.886	4.608	.499	<.001*
การพยาบาลหลังผ่าตัดทันที	3.347	.647	4.782	.421	<.001*
การพยาบาลหลังผ่าตัด	4.347	.714	4.826	.387	<.001*

*dependent t test

วิจารณ์

การอภิปรายผล นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแยกตามประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะ

ตามกระดุกต้นขา โดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตามกระบวนการโค้ชซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาเตรียมการ ระยะเวลาวางแผนการโค้ช ระยะเวลาปฏิบัติการโค้ช และ

ระยะการประเมินผลการโค้ช มีการเตรียมการก่อนลงมือโค้ชโดย เตรียมผู้โค้ช และผู้รับการโค้ช ทั้งด้านความรู้ และฝึกทักษะ จะกระทั่งสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน ก่อนจะไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา ระหว่างปฏิบัติการพยาบาลมีผู้โค้ช คอยติดตามดูแล สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ให้คำแนะนำและสอนเทคนิคในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ผู้สอนงาน (coaching) คือ กุญแจสำคัญที่ทำให้การสอนงานนั้นประสบผลสำเร็จ การสอนงานคือกลยุทธ์สำคัญในการสร้างสมรรถนะที่เป็นเลิศ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (ณัฐรดาเจริญสุข, 2558)⁽¹⁾ และการเรียนรู้แบบโค้ชเป็นกลยุทธ์หนึ่งในกระบวนการเรียนการสอนที่ปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้สอนหรือโค้ชจะเป็นผู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนา หรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษญาภรณ์ ธรรมจริยกุล (2553)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะ (coaching) เพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรม การปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การศึกษาดำเนินการตามโปรแกรมสอนแนะสำหรับพยาบาลแต่ละราย ในระหว่างโปรแกรมการสอนแนะ ผู้สอนแนะคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่พยาบาลตลอด การศึกษาพบว่าโปรแกรมการสอนแนะที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน หลังได้รับโปรแกรมสอนแนะ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ไม่พบการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา

ของ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และอรชร ยืนทองปาน (2558)⁽¹⁶⁾ ได้ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ทำการสอนงานบุคลากรใหม่ รูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้น พบว่าพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่สอนงานบุคลากรใหม่ มีความรู้และทักษะในการโค้ชมากขึ้น และการประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ผู้รับบริการระบบการโค้ชได้แก่พยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีคะแนนความสามารถด้านการปฏิบัติการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกคน และคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

2. ผลการศึกษาของการนำแนวทางการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาไปใช้พบว่า หลังพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และอรชร ยืนทองปาน (2558)⁽¹⁶⁾ ที่มีการใช้รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนา ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษพบว่าหลังการใช้รูปแบบการโค้ช พยาบาลใหม่มีความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน มีคะแนนความสามารถด้านการปฏิบัติการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกคนและคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมลดา พรหมมา (2559)⁽⁷⁾ ที่พบว่าโค้ชเป็นกิจกรรมการพัฒนาผู้นำพยาบาลให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการและการสอนแนะ ช่วยให้ผู้รับการโค้ชเกิดความกระจ่างในช่องว่างระหว่างความรู้ และความเข้าใจในปัญหา สามารถ

ช่วยให้ผู้รับการโค้ชเกิดความรู้ และการสอนแนะ ช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน⁽⁷⁾

สรุป

การพัฒนาความสามารถของพยาบาลงานห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา โดยใช้แนวคิดการโค้ช แนวคิดการประเมินเพื่อพัฒนา แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาเพิ่มขึ้นได้ ทำให้ลดข้อจำกัดเรื่องความไม่พร้อมของพยาบาลจึงสามารถเพิ่มห้องผ่าตัดและขยาย

หน่วยบริการการผ่าตัดทั้งในเวลาและนอกเวลาเพิ่มขึ้น ลดอุบัติเหตุการงด/เลื่อนผ่าตัดฯ เนื่องจากความไม่พร้อมของบริการพยาบาล ลดช่องว่างของการเข้าถึงการบริการพยาบาลผู้ป่วยในเครือข่ายได้ และการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนาความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่ยุ่ยาก ซับซ้อนชนิดอื่น ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของโรงพยาบาลอื่นๆ อีก เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดเส้นเลือด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐดา เจริญสุข, สุรินทร์ ชุมแก้ว, เกษราภรณ์ สุดตาพงศ์. กลยุทธ์การสอนงาน (Coaching) เพื่อสร้างสมรรถนะที่เป็นเลิศในการปฏิบัติงาน. วารสารการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 2558;4(2):60-66.
2. สาธิต เทียงวิทยาพร, ธนินธิย์ โชตนฤติ. ออร์โธปิดิกส์ วิวัฒน์ 3. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น จำกัด; 2560.
3. มารยาท ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดด้วยวัสดุภายในร่างกาย. กรุงเทพฯ: นันทพันธ์ พรินต์ จำกัด; 2553.
4. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2554.
5. ศิริพร พุทธรังษี, สุนิสา สีมม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(1):94-103.
6. อัญญา ปลดเปลื้อง. สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8(3):168-174.
7. สมลา พรหมมา. รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ 2559;11(2):354-368.
8. บุษราคม ศรีจันทร์, สุเทพ อ่วมเจริญ. รูปแบบการโค้ชทางปัญญาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนของครู. วารสารศิลปศึกษาศาสตร์วิจัย 2560;9(1):84-99.
9. Saifon Songsiengchai. The Selection and implementation of teacher professional development: coaching and mentoring in teaching approaches. Journal of Information 2017;16(2):1-11.
10. ธัญพร ชื่นกลิ่น, วัชรรา เล่าเรียนดี. การพัฒนารูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2555;4(1):112-129.

11. สุชาดา วิภวกันต์, มนินสา เพชรโยธา, กิตติยา ผลึกเพชร. การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2557;1(3): 59-72.
12. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. ความหมายของสมรรถนะ. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://competency.rmutp.ac.th>
13. เทียน ทองแก้ว. สมรรถนะ Competency: หลักการและแนวปฏิบัติ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.competency.mju.ac.th/doc/22141.doc>
14. ยุวดี เกตสัมพันธ์. Coaching: GROW Model กับผู้นำ. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/news_files/63_72_2.pdf
15. พิชารณ ธรรมจริยกุล, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติของพยาบาลและเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2553;22(1-3):68-81.
16. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, อรชร อินทองปาน. การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(1):167-177.