การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อสมรรถนะพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

The Development of a Participatory Clinical Supervision Model on Nursing Competency and Clinical Outcomes in Stroke Patients at Chiangmai Neurological Hospital

วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ พย.ม.* Wiriyaporn Singthongwan, M.N.S. *
จตุพงษ์ พันธ์วิไล ปร.ด.* Jatupong Panwilai, Ph.D.*
ณัฐชยา คนใจซื่อ พย.ม.* Natchaya Khonjaisue, M.N.S. *
กนกวรรณ ชั้นอินทร์งาม พย.บ.* Kanokwan Chantinngam, B.N.S. *

Corresponding author: Email: beer.panwilai@gmail.com
Received: 27 Oct 2025, Revised: 1 Feb 2026, Accepted: 9 Apr 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน 2) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม 3) การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลผู้นิเทศ จำนวน 15 คน พยาบาลผู้รับการนิเทศจำนวน 15 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนใช้รูปแบบการนิเทศฯ จำนวน 262 ราย และหลังใช้รูปแบบการนิเทศฯ จำนวน 248 ราย ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินความรู้และทักษะด้านการนิเทศมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเครียดในการทำงาน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ wiriyapornsing@gmail.com, beer.panwilai@gmail.com, noynutchaya1@gmail.com, beer.panwilai@gmail.com*

**Registered nurse, Senior professional level, Nursing Division, Chiangmai Neurological Hospital Email: wiriyapornsing@gmail.com, beer.panwilai@gmail.com, noynutchaya1@gmail.com, beer.panwilai@gmail.com*

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า STROKE Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ S - ระบบและแนวทางที่เป็นมาตรฐาน T - การบูรณาการเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์ R - การสร้างความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน O - การสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง K - การเสริมสร้างความรู้และทักษะ และ E - การมีส่วนร่วม และความผูกพัน โดยภายหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม พบว่าสมรรถนะของพยาบาลผู้นิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะเดียวกันสมรรถนะและความมั่นใจในตนเองของพยาบาลผู้รับการนิเทศเพิ่มขึ้นนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ระดับความเครียดในการปฏิบัติงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=.03) และโดยรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ได้แก่ การลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล การลดอัตราการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่วางแผน และแนวโน้มภาวะแทรกซ้อนลดลง

รูปแบบ STROKE Model ถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: การนิเทศทางคลินิก การมีส่วนร่วม สมรรถนะพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This research and development study aimed to develop a participatory clinical supervision model on nursing competency and clinical outcomes in stroke patients at Chiangmai Neurological Hospital. It consisted of four phases; 1) situation analysis, 2) model development, 3) model implementation, and 4) model evaluation. The participants included 15 nurse supervisors, 15 supervisees, 262 stroke patients before using the model and 248 stroke patients after using the model. The study carried from January 2025 to September 2025. The research instruments comprised demographic questionnaire, focus group discussion guideline, standard clinical supervision knowledge test, self-assessment form for supervisors, evidence-based stroke care knowledge test, five-minutes talk measurement tool, work stress questionnaire, self-efficacy assessment questionnaire, stroke nursing competency assessment, participatory clinical supervision competence assessment, and clinical outcomes record form. All instruments were validated for content validity and reliability by five experts prior to data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon signed rank test.

The results revealed that the developed participatory clinical supervision model, named the STROKE Model, comprised six key components: S – Systematic and Standardized Approach, T – Technology and Evidence-Based Practice Integration, R – Relationship Building and Supportive Environment, O – Ongoing Support and Continuous Development, K – Knowledge and Skills Enhancement, and E – Engagement and Participatory Approach. After the implementation, the competencies of nurse supervisors significantly improved ($p < .001$). In addition, the competencies and self-confidence of supervised nurses increased significantly ($p < .001$), while their stress levels significantly decreased ($P = .03$). Overall, participants reported a high level of satisfaction with the use of this model. Furthermore, clinical outcomes among patients with stroke demonstrated improvement, including shorter hospital stays, fewer unplanned ICU transfers, and a declining trend in complications.

The STROKE Model was proved to be an effective and contextually appropriate guideline for tertiary hospitals providing care for stroke patients. It helps strengthening nursing competency and increases clinical outcomes in stroke patients.

Keywords: Clinical supervision, Participation, Nursing competence, Stroke, Clinical outcomes

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาวของผู้รอดชีวิต โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 6.55 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรจาก 467.46 ในปี 2560 เป็น 542.54 ในปี 2562 และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 47.81 ในปี 2560 เป็น 55.53 ในปี 2564[2] โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรุนแรง ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพที่บูรณาการความรู้และทักษะเฉพาะทางตั้งแต่ระยะฉุกเฉินเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคซ้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งการประสานงาน ติดตามและประเมินผลการรักษา ให้ความรู้ และจัดการปัญหาซับซ้อนต่าง ๆ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทั้งด้านความรู้เฉพาะทาง ทักษะ การสื่อสาร การตัดสินใจทางคลินิก และการมีทัศนคติที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพในทุกระยะของโรค ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน[3]

ในปัจจุบันองค์กรพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผ่านกระบวนการนิเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการนิเทศทางคลินิกซึ่งมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หนึ่งในรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพร็อคเตอร์ (Proctor's model)[4] เนื่องจากมีโครงสร้างที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติการพัฒนา (Formative) เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการคิดสะท้อนจากการปฏิบัติงาน 2) มิติมาตรฐาน (Normative) เพื่อกำกับการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ และ 3) มิติการสนับสนุน (Restorative) ที่มุ่งดูแลด้านจิตใจ ลดความเครียดและเสริมพลังในการทำงาน ซึ่งทั้งสามมิตินี้ทำงานเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล และเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผ่านกระบวนการสนับสนุน แนะนำ และประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาทักษะวิชาชีพ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[5,6] ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาล เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในงาน การคงอยู่ในวิชาชีพและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนช่วยลดความเครียดและภาวะหมดไฟ[6,7] ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติยังคงพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดนโยบายและรูปแบบการนิเทศที่เป็นมาตรฐาน ระบบข้อมูลและการประเมินผลที่ไม่มีประสิทธิภาพ การขาดการสนับสนุนจากองค์กร[6,8] ตลอดจนข้อจำกัดด้านเวลาภาระงาน ความรู้ ทักษะ ความต่อเนื่องในการนิเทศ

สัมพันธภาพและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดความตระหนักทางวัฒนธรรม[9,10] นอกจากนี้ โครงสร้างองค์กรที่เป็นลำดับชั้นอาจส่งผลให้พยาบาลผู้รับการนิเทศไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง[11]

ดังนั้น การนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขอุปสรรคของการนิเทศ โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผน และประเมินผล ซึ่งช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสะท้อนคิด พัฒนาความมั่นใจและทักษะ เพิ่มความพึงพอใจ ลดความเครียด ตระหนักถึงอคติ และลดการใช้อำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน[7,9,12] ทั้งนี้ Sashkin[13] ได้ระบุองค์ประกอบของการนิเทศแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และ 4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิด้านโรคระบบประสาท ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษามากที่สุดในโรงพยาบาล และถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบนิเทศอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1) การนิเทศแบบดั้งเดิมเป็นการสื่อสารทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วม 2) ขาดระบบนิเทศแบบต่อเนื่อง 3) บุคลากรขาดทักษะการนิเทศ 4) สมรรถนะพยาบาลที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และ 5) ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น ในปี 2566 - 2567 พบปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 4.7 – 6.6 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.1 – 2.7[14] เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมนำในการนิเทศบุคลากรพยาบาล จึงสนใจพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

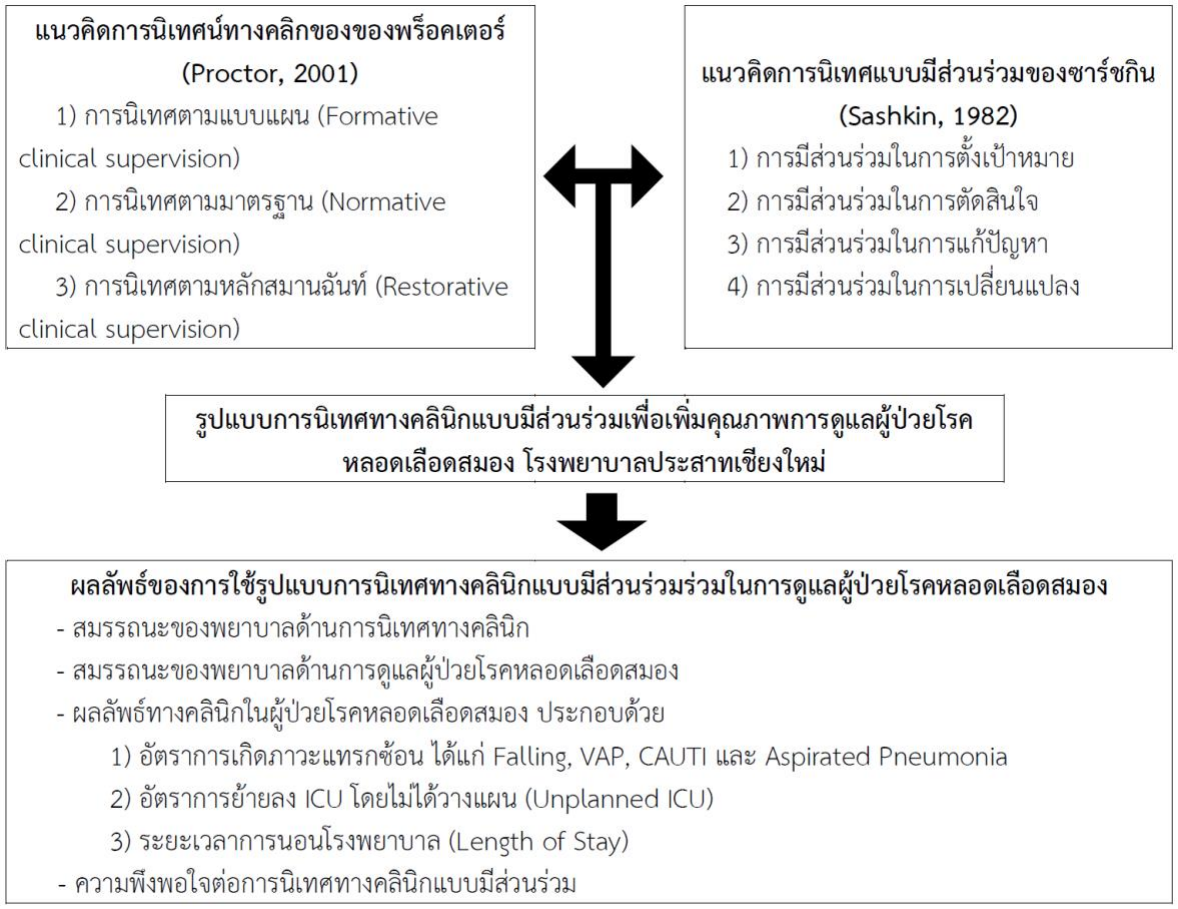
2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3) เพื่อประเมินผลและผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลของ Proctor[4] และแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] ในการพัฒนาแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guidelines) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากการสนทนากลุ่มถูกนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีโครงสร้างกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการนิเทศฯ 3) การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศฯ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศฯ ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2568 ที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (เลขที่ EC006-68) และทีมผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1) พยาบาลผู้นิเทศ คือพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยทุกคนทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 15 คน จาก 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย

สามัญอายุรกรรมประสาท หอผู้ป่วยสามัญประสาทศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมประสาท โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นหัวหน้างาน รองหัวหน้างาน หรือพยาบาลเวรตรวจการณ์ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 10 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะของการดำเนินการวิจัย คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจากทั้ง 4 หอผู้ป่วย จำนวน 15 คน (กลุ่มละ 7-8 คน) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และระยะที่ 4 การประเมินผลและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม จำนวน 15 คน

2) พยาบาลผู้รับการนิเทศ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 15 คน จาก 4 หอผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพยาบาลปฏิบัติการ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 5 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะของการดำเนินการวิจัย คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจากทั้ง 5 หอผู้ป่วย จำนวน 15 คน (กลุ่มละ 7-8 คน) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และระยะที่ 4 การประเมินผลและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม จำนวน 15 คน

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมประสาท หอผู้ป่วยสามัญประสาทศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมประสาท ที่มีเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ ≥18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มก่อนการพัฒนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2568 (ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม 262 ราย) และ 2) กลุ่มหลังการพัฒนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2568 (หลังนำการใช้รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม 248 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

จำแนกตามระยะของการดำเนินการ ได้แก่

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และแนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับสำหรับพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ) ที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor[4] และแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] เป็นกรอบในการพัฒนาแนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในการนิเทศทางคลินิก รวมถึงองค์ประกอบ และข้อเสนอแนะจำเป็นในการ

นิเทศ และได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว

ระยะที่ 2 รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม คือ "S-T-R-O-K-E model" โดยได้ผ่านความเห็นชอบ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 3 ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 9 ชุด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้เรื่องการนิเทศมาตรฐาน (CVI = .88, KR-20 = .81) 2) แบบประเมินตนเองเรื่องการนิเทศมาตรฐานสำหรับพยาบาลผู้นิเทศ (CVI = .86, Cronbach's alpha = .73) 3) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (CVI = .93, KR-20 = .72) 4) แบบประเมินความรู้จาก five-minutes talk (CVI = .91, KR-20 = .81) 5) แบบวัดความเครียดในการทำงาน (CVI = .90, Cronbach's alpha = .78) 6) แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (CVI = 0.81, Cronbach's alpha = .76) 7) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CVI = .87, Cronbach's alpha = .75) 8) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลด้านการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม (CVI = .88, Cronbach's alpha = .73) และ 9) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย Length of stay, Unplanned ICU, Falling, VAP, CAUTI และ Aspirated Pneumonia

ระยะที่ 4 แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (R1: Situation analysis) ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มในประเด็นสถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้นิเทศ 15 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน 2) พยาบาลผู้รับการนิเทศ 15 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน ตามแนวทางการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการนิเทศของ Proctor[4] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] โดยการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 60 – 90 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม (D1: Model development) ทีมผู้วิจัยนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากมุมมองของพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ จากระยะที่ 1ซึ่งสะท้อนทั้งจุดแข็ง ปัญหา และความต้องการของระบบการนิเทศในบริบทจริง โดยสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor[4] และแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] อย่างเป็นระบบมาประชุมกลุ่มเพื่อสังเคราะห์หาองค์ประกอบของ

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ คือ "S-T-R-O-K-E model" มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ S - Systematic and standardized approach (ระบบและแนวทางที่เป็นมาตรฐาน) T - Technology and evidence-based practice Integration (การบูรณาการเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์) R - Relationship building and supportive environment (การสร้างความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน), O - Ongoing support and continuous development (การสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง), K - Knowledge and skills enhancement (การเสริมสร้างความรู้และทักษะ) และ E - Engagement and participatory approach (การมีส่วนร่วม และความผูกพัน) และได้มีการประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อออกแบบ และคิดกิจกรรมการนิเทศ การวัดและประเมินผลลัพธ์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับองค์ประกอบในแต่ละด้าน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศฯ (R2: Model implementation) ทีมผู้วิจัยได้นำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น (STROKE model) ไปทดลองใช้กับพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศ โดยรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

S – Systematic and atandardized approach เป็นการพัฒนาและใช้ระบบการนิเทศที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นมาตรฐาน โดยมีการพัฒนาคู่มือการนิเทศมาตรฐาน จัดอบรมให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการนิเทศมาตรฐานแก่พยาบาลผู้นิเทศ เพื่อให้การนิเทศมีความสอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความมั่นใจในการนิเทศ

T - Technology and evidence-based Practice Integration เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีและข้อมูลจากงานวิจัยที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการนิเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยการสร้างกลุ่มไลน์มาใช้ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และอัพเดทความรู้จากงานวิจัยใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลาตามความต้องการ

R - Relationship building and supportive environment เป็นการสร้างบรรยากาศการทำงานและการเรียนรู้ เน้นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ โดยการจัดทำคู่มือ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการส่งเสริมทักษะให้คำชื่นชมเชิงบวกในการนิเทศ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำงานของพยาบาล

O - Ongoing support and continuous development เป็นการให้การสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดระบบ Buddy system คือ การจับคู่พยาบาลผู้นิเทศกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ เป็นพี่เลี้ยงกัน 1:1 เพื่อลดความเครียดจากการทำงานของพยาบาลผู้รับการนิเทศ

K - Knowledge and skills enhancement มีการใช้วิธีการที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดกิจกรรม Five-minutes talk

สำหรับพยาบาลผู้นิเทศ เพื่อให้พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเวลาภายใน 5 นาที

E - Engagement and participatory approach เป็นการส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ ไปจนถึงการประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับ ความเป็นเจ้าของร่วม และผลลัพธ์ที่ยั่งยืน โดยจัดกิจกรรม Pre-post conference เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศเพื่อวางแผนร่วมกัน

ระยะที่ 4 การประเมินผลและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม (D2: Evaluation) ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยสรุปผลการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในแต่ละองค์ประกอบไปใช้ และประชุมกลุ่มเพื่อสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลผู้นิเทศ จำนวน 15 คน และพยาบาลผู้รับการนิเทศ 15 คน เกี่ยวกับใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมผลลัพธ์ทางคลินิกจากรายงานประจำเดือนความเสี่ยงภารกิจด้านการพยาบาลเปรียบเทียบก่อน (262 ราย) และหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม (248 ราย) ประกอบด้วย Length of stay, Unplanned ICU, Falling, VAP, CAUTI และ Aspirated pneumonia

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานและร้อยละ

2. เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำหรับพยาบาลผู้รับการนิเทศ) และสมรรถนะของพยาบาลด้านการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำหรับพยาบาลผู้นิเทศ) ความรู้เรื่องการนิเทศมาตรฐาน ความเครียดในการทำงาน และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการเข้าร่วมกิจกรรม Five-minutes talk ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศฯ วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสถิติด้วย Paired t-test ในขณะที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองวิเคราะห์โดยใช้ Wilcoxon signed rank test

3. การแสดงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยตาราง

4. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตรวจสอบของสมาชิก และการตรวจสอบระหว่างทีมผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการ

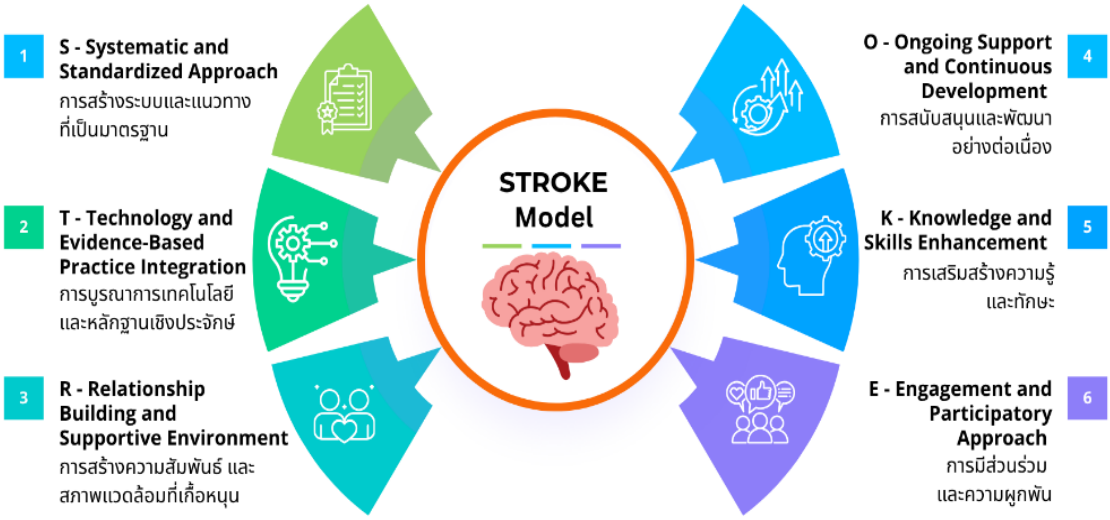
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา โดยสามารถจำแนกผลการวิเคราะห์ตามมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้นิเทศมองว่าการนิเทศทางคลินิกเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเป็นพลวัตร ต้องใช้วิธีการและเทคนิคที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังมองว่าการนิเทศมีบทบาทในการกำกับดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ควบคุมคุณภาพ และสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม พบปัญหาคือ การขาดรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน มีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมและการสื่อสาร จึงเสนอแนะให้พัฒนาระบบนิเทศอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และนำนวัตกรรมมาใช้

1.2 ผู้รับการนิเทศรับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของการนิเทศทางคลินิกในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ช่วยสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพควรใช้วิธีสอนที่หลากหลาย มีการสะท้อนคิดและให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร แต่พบอุปสรรคด้านวิธีการนิเทศที่ขาดประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การขาดการสนับสนุน และบรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวย จึงเสนอแนะให้พัฒนาระบบนิเทศที่เป็นมาตรฐาน ประยุกต์ใช้นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ผลการสนทนากลุ่มของทั้ง 2 กลุ่มเมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor[4] พบว่า 1) ด้านการนิเทศตามแบบแผน มีจุดแข็งในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของพยาบาล แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความไม่สม่ำเสมอของรูปแบบการสอน ความแตกต่างของแนวทางระหว่างผู้นิเทศ และการขาดระบบประเมินผลที่เป็นมาตรฐาน จึงควรพัฒนาโครงสร้างการนิเทศที่มีคู่มือสมรรถนะหลัก และแผนประเมินผลชัดเจน 2) ด้านการนิเศตามมาตรฐานที่ถือว่ามีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลความปลอดภัยและมาตรฐานวิชาชีพ แต่ยังพบปัญหาด้านการรับรู้เหมือนถูกควบคุมหรือจับผิด ความกังวลต่อผลกระทบ และการสื่อสารเชิงลบ จึงควรปรับไปสู่การกำกับมาตรฐานเชิงพัฒนาที่เน้นการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาดอย่างปลอดภัย และ 3) ด้านการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ มีข้อดีคือการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและการสนับสนุนด้านจิตใจ แต่พบข้อจำกัดด้านความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุน ภาระงานสูงของผู้นิเทศ และบรรยากาศตึงเครียดในบางช่วง จึงควรจัดให้มีระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบพี่เลี้ยง การติดตามหลังการนิเทศ และการพัฒนาทักษะด้านจิตวิทยาการนิเทศของผู้นิเทศ และเมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิด การนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศในทุกด้านยังอยู่ในระดับจำกัด โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจเชิงนโยบาย การแก้ปัญหาเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนานวัตกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ยังดำเนินไปในลักษณะจากบนลงล่าง และพึ่งพาผู้นิเทศเป็นศูนย์กลาง ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือควรมีการพัฒนากลไกการมี

ส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายร่วม การตัดสินใจร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การเปิดพื้นที่ให้ผู้รับการนิเทศร่วมออกแบบแนวทางแก้ปัญหา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยทางคลินิก โดยสรุปผลการสนทนากลุ่มนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิกที่มีระบบและโครงสร้างชัดเจน แต่ยังพบปัญหาเชิงระบบที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ การพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐาน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

2. องค์ประกอบของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE Model) ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor[4] และการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นผู้นิเทศ และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (ภาพที่ 1) ดังนี้

2.1 S - Systematic and standardized approach การสร้างระบบการนิเทศที่มีมาตรฐานเดียวกัน ได้มีการพัฒนาคู่มือ และระบบนิเทศมาตรฐาน พร้อมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลผู้นิเทศ

2.2 T - Technology and evidence-based practice integration มุ่งเน้นการบูรณาการเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์เข้าสู่กระบวนการนิเทศ โดยสร้างกลุ่มไลน์สำหรับสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และอัพเดทงานวิจัยใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่พยาบาลผู้นิเทศ

2.3 R - Relationship building and supportive environment เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้เชิงบวก โดยจัดทำคู่มือ และอบรมเทคนิคการเสริมแรงทางบวกแก่พยาบาลผู้นิเทศ

2.4 O - Ongoing support and continuous development มุ่งสร้างการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง โดยจับคู่พยาบาลผู้นิเทศกับพยาบาลผู้รับการนิเทศแบบ 1:1 (Buddy system) เพื่อให้คำปรึกษา และนิเทศอย่างใกล้ชิด

2.5 K - Knowledge and skills enhancement เน้นการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรม Five-minutes Talk สำหรับพยาบาลผู้นิเทศให้ถ่ายทอดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวลาสั้นๆ 5 นาที แก่พยาบาลผู้รับการนิเทศ

2.6 E - Engagement and participatory approach ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยให้พยาบาลผู้นิเทศเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้รับการนิเทศร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดูแล และประเมินผลร่วมกันในระหว่างการทำ Pre – post Conference แต่ละวัน

3. ประเมินผลของการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้นิเทศจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี (S.D. = 3.45) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 86.70) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60.0) และปริญญาโท (ร้อยละ 40.0) ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 46.67, 33.33 และ 20.00 ตามลำดับ) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 26.30 ปี (S.D. = 5.6) และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 20.73 ปี (S.D. = 7.62) ทุกคนผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน และหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับพื้นฐาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้รับการนิเทศจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 27.33 ปี (S.D. = 1.60) ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 80) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 2.73 ปี (S.D. = 1.28) และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 2.33 ปี (S.D. = 1.18) ส่วนใหญ่ยังไม่เคยอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (ร้อยละ 80) แต่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 86.67)

องค์ประกอบที่ 1 และ 2 (Systematic and standardized approach และ Technology and evidence-based practice integration)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องการนิเทศมาตรฐาน การประเมินตนเองในการปฏิบัติการนิเทศมาตรฐาน และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศมาตรฐานสำหรับพยาบาลผู้นิเทศ

	N	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	t-test	p-value
ความรู้เรื่องการนิเทศมาตรฐาน						
ก่อนการอบรม	15	100	80.40	2.55	-9.05	.001*
หลังการอบรม	15	100	84.33	2.81		
สมรรถนะการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศ						
ก่อนการอบรม	15	80	70.53	2.86	-2.24	.04*
หลังการอบรม	15	80	74.27	2.95		
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์						
ก่อนการอบรม	15	70	55.53	4.22	-10.97	<.001*
หลังการอบรม	15	70	67.33	1.59		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

จากตารางที่ 1 เป็นการพบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พยาบาลผู้นิเทศมีระดับคะแนนความรู้เรื่องการนิเทศมาตรฐาน คะแนนการประเมินตนเองเกี่ยวกับการนิเทศมาตรฐาน และคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001, .04 และ <.001 ตามลำดับ)

องค์ประกอบที่ 3 – 5 (Relationship building and supportive environment, Ongoing support and continuous development and knowledge and skills enhancement)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง คะแนนความเครียดในการทำงาน และคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับรับพยาบาลผู้นิเทศ

	N	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	t/w	p-value
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง						
ก่อนการอบรม	15	70	60.53	3.74	0.00[w]	<.001*
หลังการอบรม	15	70	68.00	4.26		
คะแนนความเครียดในการทำงาน						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	15	100	60.47	4.58	5.29[t]	.03*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	15	100	59.80	4.36		
ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการเข้าร่วมกิจกรรม five-minutes talk						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	15	40	31.00	2.97	2.28[t]	.04*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	15	40	33.13	2.71		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05), t = paired t-test w = Wilcoxon Signed-Rank Test

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พยาบาลผู้รับการนิเทศมีระดับคะแนนความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001 และ 0.04 ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนความเครียดในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.03)

องค์ประกอบที่ 6 (Engagement and participatory approach)

จากการสอบถามความคิดเห็นพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการนิเทศระหว่างการทำ pre-post conference ทั้งหมดเห็นว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์หลายอย่าง คือ 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมนิเทศ 2) เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ที่หลากหลาย 3) สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นในการนำแผนไปปฏิบัติ 4) เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทีมงาน นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะให้จัดกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะของทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

"มันช่วยกระตุ้นให้น้องๆ ได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (พยาบาลผู้นิเทศ 1)"

"หนูรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นค่ะ ได้ใช้ความคิดวิเคราะห์ของตัวเองในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (พยาบาลผู้รับการนิเทศ 1)"

"ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายค่ะ ทั้งจากพี่ผู้นิเทศและผู้ปฏิบัติค่ะ (พยาบาลผู้นิเทศ 3)"

"การที่ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของและอยากผลักดันแผนที่วางไว้ให้สำเร็จค่ะ (พยาบาลผู้รับการนิเทศ 4)"

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้รับการนิเทศ และสมรรถนะการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

	N	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	t-test	p-value
สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้รับการนิเทศ						
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	15	156	113.60	9.20	6.02	<.001*
หลังการใช้รูปแบบฯ	15	156	134.70	7.80		
สมรรถนะการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศ						
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	15	152	123.30	7.15	4.25	.001*
หลังการใช้รูปแบบฯ	15	152	134.00	6.85		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้รับการนิเทศและคะแนนสมรรถนะการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001, และ .001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อน และหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการใช้รูปแบบฯ	หลังการใช้รูปแบบฯ
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	262 ราย	248 ราย
จำนวนวันนอน (Length of stay)	10.35	7.26
Unplanned ICU	7 ราย (ร้อยละ 2.67)	5 ราย (ร้อยละ 2.02)
Falling	0 ราย	0 ราย
VAP	8 ราย (ร้อยละ 3.05)	7 ราย (ร้อยละ 2.82)
CAUTI	2 ราย (ร้อยละ 0.76)	1 ราย (ร้อยละ 0.40)
Aspirated Pneumonia	0 ราย	0 ราย

จากตารางที่ 4 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม 262 ราย ขณะที่หลังการใช้รูปแบบฯ มี 248 ราย และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ มีแนวโน้มที่ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น โดยจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 10.35 วัน เหลือ 7.26 วัน และอัตราการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่วางแผน (Unplanned ICU) ลดลงจากร้อยละ 2.67 เป็นร้อยละ 2.02 เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากเครื่องช่วยหายใจ (VAP) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวน (CAUTI) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลและลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

จากการประชุมกลุ่มโดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมทั้งในกลุ่มพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจ และเห็นควรมีการนำรูปแบบการนิเทศนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของทั้งพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งนี้ กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการนิเทศฯ มองว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมกันในทีม ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและกล้าแสดงออก ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง และช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในทีม

"...ให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศค่ะ ได้แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะทางคลินิกไปด้วยกัน (พยาบาลผู้นิเทศ 1)"

"การนิเทศแบบนี้ทำให้รู้สึกว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของทีมจริงๆ ค่ะ ไม่ใช่แค่ผู้ฟังฝ่ายเดียว พวกเรามีส่วนร่วมในการพูดคุย แสดงความเห็น ช่วยกันแก้ไขปัญหา.... (พยาบาลผู้รับการนิเทศ 3)"

"หนูประทับใจที่พี่ๆ ผู้นิเทศเปิดโอกาสให้เราได้แสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติจริงค่ะ ทำให้กล้าคิด กล้าทำมากขึ้น เวลาไม่แน่ใจก็สามารถปรึกษาได้ทันที ช่วยเสริมความมั่นใจในการทำงานค่ะ (พยาบาลผู้รับการนิเทศ 1)"

"...นอกจากจะช่วยพัฒนาผู้รับการนิเทศแล้ว ยังช่วยให้ผู้นิเทศ...ได้ทบทวนความรู้และฝึกทักษะการสอน การต้องถ่ายทอดให้ชัดเจน ทำให้เราต้องศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอ เป็นการพัฒนาตัวเองไปด้วย (พยาบาลผู้นิเทศ 3)"

"หนูชอบที่เราได้ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริง ทำให้เห็นภาพและเข้าใจง่ายขึ้นมาก พี่ๆ ดูแลอย่างทั่วถึง ชี้จุดที่ต้องแก้ไข ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์.... (พยาบาลผู้รับการนิเทศ 4)"

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

(STROKE model) มีประสิทธิผลทั้งต่อพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ผลต่อพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้นิเทศมีความรู้ และสมรรถนะในการเป็นผู้นิเทศการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้รับการนิเทศมีความรู้และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงความพึงพอใจต่อการนิเทศเพิ่มขึ้น และ 2) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวันนอนลดลง อัตราการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่วางแผน ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากเครื่องช่วยหายใจ (VAP) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากสายสวน (CAUTI) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ซึ่งให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา คือ ภายหลังจากมีการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแล้ว พยาบาลผู้รับการนิเทศมีความรู้ และสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลผู้นิเทศมีความรู้และสมรรถนะในการเป็นผู้นิเทศ ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น โดยรูปแบบการนิเทศเหล่านั้นได้เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ วางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหา ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจต่อระบบการนิเทศ และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในกระบวนการพัฒนางาน นำไปสู่การยกระดับคุณภาพการนิเทศของพยาบาลผู้นิเทศ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้รับการนิเทศ เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย[15-18] โดยประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศตาม STROKE Model ที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นผลจากการบูรณาการแนวคิดการนิเทศทางคลินิกตามกรอบของ Proctor[4] ที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติหลัก ได้แก่ Formative (T, O, K, E), Normative (S) และ Restorative (R, O, E) เข้ากับแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (O, K, E) 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (S, T, E) 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (R, E) และ 4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (O, E) ผ่านองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ดังนี้

S – Systematic and standardized approach เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน เช่น การจัดทำคู่มือการนิเทศมีขั้นตอนที่ชัดเจน และการฝึกอบรมพยาบาลผู้นิเทศช่วยลดความแปรปรวนในการปฏิบัติและเพิ่มความสม่ำเสมอของการนิเทศ โดยระบบและมาตรฐานที่ชัดเจนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างคุณภาพบริการด้านสุขภาพที่ดี[19] อีกทั้งการนิเทศโดยใช้แนวทางมาตรฐานสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลและความพึงพอใจต่อการทำงาน รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัยมากขึ้น[5] ซึ่งการมีแนวทางการนิเทศที่เป็นมาตรฐานช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การดูแลทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดวันนอนโรงพยาบาล อัตราการส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่วางแผน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้ งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าการนิเทศ

บนฐานแนวปฏิบัติมาตรฐานช่วยเพิ่มสมรรถนะและความมั่นใจของพยาบาล รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล[19,20]

T – Technology and evidence-based practice integration เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับกระบวนการนิเทศ ทำให้การสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การสร้างกลุ่มสื่อสารออนไลน์ (Line group) เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ อัปเดตแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และรวบรวมกรณีศึกษาจริงเพื่อใช้ในการสะท้อนคิดร่วมกัน แนวทางนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยได้อย่างรวดเร็ว เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[21] และการใช้เทคโนโลยีและแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ในการนิเทศช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของพยาบาลในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางคลินิก[22] การที่พยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ การดูแลสายสวน การป้องกัน VAP และ CAUTI ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่อธิบายแนวโน้มการลดลงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้ EBP อย่างเป็นระบบช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[23]

R – Relationship building and sup portive environment ที่เน้นการสร้างมีมนุษยสัมพันธ์และบรรยากาศแห่งการสนับสนุน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการนิเทศเชิงพัฒนา พยาบาลผู้นิเทศใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก การให้คำชมเชย และการสะท้อนผลเชิงสร้างสรรค์ เพื่อสร้างความไว้วางใจและลดความวิตกกังวลของพยาบาลผู้รับการนิเทศ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยนี้ ช่วยให้พยาบาลผู้รับการนิเทศมีแรงจูงใจในการพัฒนาและกล้าแสดงออกทางวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Butterworth et al[19] ที่ระบุว่าการนิเทศที่มีบรรยากาศสนับสนุนและไม่ตัดสินจะช่วยเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้และการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

O – Ongoing support and continuous development เป็นการสนับสนุนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้รูปแบบ Buddy system จับคู่พยาบาลผู้นิเทศกับพยาบาลผู้รับการนิเทศแบบ 1:1 เพื่อเป็นการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะยาว เป็นการสร้างความสัมพันธ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ช่วยลดความเครียดจากภาระงานและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก เกิดความพึงพอใจในการทำงานและรักษาการคงอยู่ในงาน รวมทั้งการรักษาสมรรถนะของพยาบาลในระยะยาว[24] พยาบาลที่มีความมั่นใจและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็ว และตัดสินใจได้ดีขึ้นในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลด Unplanned ICU admission และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

K – Knowledge and skills enhance ment เน้นการเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะอย่าง

ต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ในระยะเวลาอันสั้น เช่น กิจกรรม Five-Minutes Talk ที่มีการให้พยาบาลผู้นิเทศสรุปเนื้อหา สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความยาว 5 นาที ช่วยให้พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถเรียนรู้เนื้อหาสำคัญในระยะเวลาจำกัด ตรงประเด็นเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง อีกทั้งสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพอี ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสะท้อนคิด พัฒนาความมั่นใจและทักษะทางคลินิก รวมถึงส่งผลดีต่อความพึงพอใจในงาน และลดความเครียดในการทำงาน[7] ซึ่งพยาบาลที่มีทักษะและความรู้ตรงประเด็นสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น VAP และ CAUTI ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการดูแลทางเดินหายใจอย่างถูกเทคนิค การดูแลสายสวนอย่างปลอดภัย และการประเมิน หรือค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

E – Engagement and participatory approach ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการนิเทศ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติและประเมินผล ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกันของทีมพยาบาล กิจกรรมที่สะท้อนองค์ประกอบนี้ เช่น การให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการพยาบาล หรือการเรียนรู้ของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin[13] และ Ghiyasvandian et al[25] ที่เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีบทบาทสำคัญในการวางแผน ควบคุม และพัฒนากิจกรรมการทำงานด้วยตนเอง ผ่านองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายงานร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือและตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานใหม่ๆ และ 4) การมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมในองค์กร ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การสะท้อนคิด และการสร้างพลังขับเคลื่อนภายในองค์กรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ระบบนิเทศที่เป็นมาตรฐาน (S) เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่กำหนดทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนา 2) การบูรณาการเทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์ (T) ที่เพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดองค์ความรู้ 3) การสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุนที่ดี (R) ซึ่งช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจเกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ 4) การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (O) ที่รักษาความต่อเนื่องของการพัฒนาทักษะและความรู้ 5) การเสริมสร้างความรู้และทักษะเฉพาะด้าน (K) และ 6) การมีส่วนร่วมและความผูกพันของทุกฝ่าย (E) ซึ่งสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วม โดยองค์ประกอบทั้งหมดนี้ทำหน้าที่เสริมพลังซึ่งกันและกัน นำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนและเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำ STROKE Model ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาล (Competency-based

supervision) โดยใช้โมเดลเป็นเครื่องมือกำกับการนิเทศอย่างเป็นระบบ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรบูรณาการหลักการของ STROKE Model เข้าสู่นโยบายองค์กรเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลระยะยาวของการใช้โมเดลต่อความคงทนของสมรรถนะทางคลินิก ทักษะการนิเทศ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

2. ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ STROKE Model ในแง่ของการลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเฉพาะทางระบบประสาทแห่งเดียว และใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด อาจทำให้การสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่นต้องใช้ความระมัดระวัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual report 2022 [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2023 [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2022_-_online.pdf
2. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [Internet]. 2568 [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
3. Jarva E, Mikkonen K, Tuomikoski AM, Kääriäinen M, Meriläinen M, Karsikas E, et al. Healthcare professionals' competence in stroke care pathways: a mixed-methods systematic review. J Clin Nurs 2021;30(9–10):1206–23.
4. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001:25–46.
5. Brunero S, Stein-Parbury J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence-based literature review. Aust J Adv Nurs 2021;25(3):86–94.
6. Snowdon DA, Sargent M, Williams CM, Maloney S, Caspers K, Taylor NF. Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study. BMC Health Serv Res 2020;20(1):29.
7. Martin P, Lizarondo L, Kumar S, Snowdon D. Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: a mixed methods systematic review. PLoS One 2021;16(11):e0260156.
8. อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ, อมราพร สุรการ. การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30(3):144–57.
9. Zhang H, Watkins CE Jr, Hook JN, Hodge AS, Davis CW, Norton J, et al. Cultural humility in psychotherapy and clinical supervision: a research review. Couns Psychother Res 2022;22(3):548–57.
10. ธัญลักษณ์ หมื่นหน้า. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(1):22–33.
11. Howard V, Eddy-Imishue GEK. Factors influencing adequate and effective clinical supervision for inpatient mental health nurses' personal and professional development: an integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2020;27(5):640–56.
12. Saab MM, Kilty C, Meehan E, Goodwin J, Connaire S, Buckley C, et al. Peer group clinical supervision: qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors. Collegian 2021;28(4):359–68.
13. Sashkin M. A manager’s guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division; 1982.

14. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. รายงานการประชุมเวรตรวจการณ์ประจำปี 2567 ภารกิจด้านการพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่; 2567.
15. ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, สุวัฒนา เกิดม่วง, มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, นิจวรรณ วีรวัฒโนดม, ศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง. ผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30(2):190-202.
16. รุ่งทิพย์ เจริญศรี, รุ่งรัตน์ สายทอง, จรูญศรี มีหนองหว้า, วันชัย เลิศวัฒนวิลา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2566;29(3):56–74.
17.ประกายทิพย์ พรหมสูตร. ผลการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน 2567;2(1):30-40.
18.สมสมัย บุญส่อง, ศนิชา ชาติมนตรี, อิสริยาภรณ์ แสงสวย และสุเพียร โภคทิพย์. ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยากลุ่มควบคุม ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2564;5(3):81-92.
19. Butterworth T, Bell L, Jackson C, Pajnkihar M. Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001–2007. Nurse Educ Today 2008;28(3):264–72.
20. Cummings TG, Worley CG. Organizational development and change. 8th ed. New York: South-Western College; 2005.
21. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
22. Chaghari M, Saffari M, Ebadi A, Ameryoun A. Empowering education: a new model for in-service training of nursing staff. J Adv Med Educ Prof 2017;5(1):26–32.
23. Pronovost PJ, Watson SR, Goeschel CA, Hyzy RC, Berenholtz SM. Sustaining reductions in central line–associated bloodstream infections in Michigan intensive care units: A 10-year analysis. BMJ Qual Saf 2016;25(9):1–8.
24. Gularte-Rinaldo J, Baumgardner R, Tilton T, Brailoff V. Mentorship ReSPeCT Study: a nurse mentorship program's impact on transition to practice and decision to remain in nursing for newly graduated nurses. J Prof Nurs 2023;41:40–7.
25. Ghiyasvandian S, Malekzadeh J, Cheraghi MA. Reflective practice and clinical supervision in nursing: a concept analysis. Nurs Open 2021;8(3):1456–66.