

Development of a Clinical Supervision Model on Nursing Competence and Clinical Outcomes on Stroke Patients at Hatyai hospital

Kannika Angkun, MNS, RN, APN*, Juk Suwanno, MNS, RN, APN**

**Director of Division of Nursing, Hatyai Hospital, Songkhla 90110 Thailand*

***Head of Stroke Unit, Hatyai Hospital, Songkhla 90110 Thailand*

Abstract

Objective: To develop and evaluation the effects of a clinical supervision model on nursing competence and stroke outcomes.

Methods: The research and development (R&D) model was implemented during October 2018 to June 2020 at medicine wards of Hatyai Hospital, Songkhla. Three steps approach were generated as following: step 1, identification of nurses mentor's need and limitations pertaining to clinical supervision in stroke care; step 2, development and implementation of clinical supervision model for nurses mentor; and step 3, evaluation of outcomes. Outcome Measures: Using pre-post clinical supervision outcomes evaluation. We measured two levels of outcomes including nurses-focused, and patients-focused. Nurses-focused outcomes included nurse mentors supervision competence (n=30) and staff nurses competence on stroke care (n=60), by using performance questionnaires. Patients-focused outcomes were as followed: physical functioning of the stroke patients before discharge (n=1,110) defined by using Barthel Index, and family caregiver competence (n=1,110) performance questionnaire. Paired t-test was performed using SPSS program.

Results: After implemented the clinical supervision program, nurse mentors had higher clinical supervision competence (300 vs. 215, $p<0.001$), and staff nurses had higher clinical competence (240 vs. 179, $p<0.001$) compared to previous time before implemented the program. Improved physical functioning was noted by the patients had increased score on Barthel Index (78.75 vs. 74.38, $p<0.001$), and the greater score on family caregiver competence (87.83 vs. 42.18, $p<0.001$), respectively.

Conclusion: This study had demonstrated the effectiveness of clinical nurses supervision model on nursing care quality and patient outcomes

Keywords: clinical supervision, nursing competence, clinical outcome, stroke patients (J Thai Stroke Soc. 2020;19(3):5-16)

Corresponding author: **Kannika Angkun, MNS, RN, APN** (Email: kannika210@hotmail.com)

Received 29 September 2020 Revised 30 September 2020 Accepted 14 October 2020

การพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่

พย.ม. วว. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.กรรณิกา อังกูร*

พย.ม. วว. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.จุก สุวรรณโณ**

*หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา 90110 ประเทศไทย

**หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา 90110 ประเทศไทย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีวิจัย ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2563 ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการพัฒนา และข้อจำกัดการนิเทศผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้นิเทศ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะการนิเทศและการสอนงาน แก่พยาบาลผู้นิเทศ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการประเมินผลลัพธ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา คือ 1) ผลลัพธ์ต่อพยาบาล ใช้แบบประเมินสมรรถนะการนิเทศของพยาบาลผู้นิเทศ จำนวน 30 คน และสมรรถนะการพยาบาลของพยาบาลผู้รับการนิเทศ จำนวน 60 คน 2) ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย จำนวน 1,110 คน และแบบวัดสมรรถนะของญาติผู้ดูแล จำนวน 1,110 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติทดสอบค่าทีแบบรายคู่ ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ SPSS

ผลการวิจัย หลังพัฒนา พยาบาลผู้นิเทศมีคะแนนสมรรถนะการนิเทศเพิ่มขึ้นเป็น 300 จากเดิม 215 คะแนน ($p<0.001$) และพยาบาลผู้รับการนิเทศ มีคะแนนสมรรถนะการพยาบาล เพิ่มขึ้นเป็น 240 จากเดิม 179 คะแนน ($p<0.001$) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีคะแนนบาร์เทิลเพิ่มขึ้นเป็น 78.75 จากเดิม 74.38 ($p<0.001$) และญาติผู้ดูแล มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้นเป็น 87.83 คะแนน จากเดิม 42.18 ($p<0.001$)

บทสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: การนิเทศทางคลินิก, สมรรถนะการพยาบาล, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (J Thai Stroke Soc. 2020;19(3):5-16)

บทนำ (introduction)

มาตรฐานบริการพยาบาลกำหนดให้องค์กรพยาบาล มีกลไกในการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ นิสิต และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้บริหารจึงหากลยุทธ์ที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ การนิเทศทางคลินิกจึงเป็นกิจกรรมสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ในการพัฒนาความรู้ และสอนงานให้พยาบาลปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน ส่งผลต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย¹ แนวคิดการนิเทศทางคลินิกที่นิยม คือการนิเทศของพรอคเตอร์² เนื่องจากเป็นกระบวนการนิเทศที่ใช้เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐานมาตรฐาน (Normative clinical supervision) นิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ (Formative clinical supervision) และการนิเทศเพื่อธำรงรักษา (Restorative clinical supervision) ทำให้ผู้รับการนิเทศพึงพอใจและปฏิบัติการพยาบาลได้ดีขึ้น³ อย่างเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพของนางลักษณ์⁴ พบว่า หลังพัฒนาการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยลดลง และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์การนิเทศของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ผ่านมาพบว่ามี การนิเทศทางการบริหารมากกว่าการนิเทศทางคลินิก พยาบาลผู้รับการนิเทศจึงไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทำให้การประเมินผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลไม่ตอบสนองปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเช่น ผลการประเมินการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า พยาบาลประเมินการกลืนและการส่งเสริมการกลืนไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการสำลักเสี่ยงต่อการภาวะปอดอักเสบ เมื่อวิเคราะห์วิธีการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้นิเทศไม่ประเมินความสามารถการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับการนิเทศรายบุคคล ไม่เน้นการสอนงาน และมีพฤติกรรมการนิเทศไม่เหมาะสม เช่น กล่าวโทษ แสดงความโกรธ

ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศไม่ได้รับการสอน และรู้สึกไม่พึงพอใจเหมือนถูกจับผิด เป็นผลจากกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาการนิเทศเกิดจากวิธีปฏิบัติการนิเทศไม่ชัดเจน และไม่มีรูปแบบการนิเทศ⁵ ผู้วิจัยจึงวางแผนพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล ก่อนที่จะพัฒนานิเทศทางคลินิกทั้งองค์กร ผู้วิจัยจะศึกษานำร่องการพัฒนานิเทศทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อมีรูปแบบการพัฒนากการนิเทศที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ต่อสมรรถนะพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยการจัดทำโปรแกรมพัฒนากการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย การนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ การสอนงานรูปแบบ GROW model ของอเล็กซานเดอร์⁶ การวิเคราะห์ทางคลินิกเชิงเหตุผล (clinical reasoning) concept mapping เพื่อนำมาพัฒนาให้พยาบาลผู้นิเทศมีสมรรถนะในการนิเทศ และสอนงานให้ พยาบาลผู้รับการนิเทศให้มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น และภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการศึกษารั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor ร่วมกับการสอนงานรูปแบบ GROW model ของอเล็กซานเดอร์⁶ ดังนี้

รูปแบบการนิเทศทางคลินิก นำมาใช้พัฒนา
สมรรถนะของพยาบาลผู้นิเทศ/พยาบาลผู้รับการ
นิเทศ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง
 - 1.1 แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์
 - 1.2 การนิเทศใช้สอนงาน GROW model: การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Initial Goalsetting: G) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน (Reality: R) การกำหนดทางเลือก (Option: O) เลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติ (Way Forward: W)
 - 1.3 การวิเคราะห์เชิงเหตุผลใช้ concept mapping
 - 1.4 อธิบายการใช้คู่มือการนิเทศ/แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 ทดลองปฏิบัติการนิเทศ
 - 1.6 ติดตามการนิเทศ การให้คำแนะนำและอภิปรายกลุ่ม
2. ปฏิบัติการนิเทศ ผู้นิเทศประเมินผู้รับการนิเทศและจัดทำแผนการนิเทศรายบุคคล และวางแผนการนิเทศร่วมกัน กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ Pre conference, Content conference Coaching, Counseling, Nursing care conference ใช้ concept mapping, Post conference
3. การประเมินผลการนิเทศ: การติดตามการปฏิบัติการนิเทศ/การปฏิบัติการพยาบาล/การพัฒนาความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแล/ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะพยาบาล

1. สมรรถนะการนิเทศและความพึงพอใจการนิเทศของพยาบาลผู้นิเทศ
2. สมรรถนะการพยาบาลและความพึงพอใจการนิเทศของพยาบาลผู้รับการนิเทศ

ผลลัพธ์ทางคลินิก

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI: Barthel Index) และ (mRS: Modified Ranking Scale)
 - ความพิการทางระบบประสาท (NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale)
 - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลของญาติผู้ดูแล

วิธีวิจัย (methods)

ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการนิเทศ และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ 100 คน และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,780 ราย และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) มี 2 กลุ่ม คือ 1.พยาบาล แบ่งเป็น

1) พยาบาลผู้นิเทศ เป็นพยาบาลหัวหน้าทีม ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี 30 คน และ 2) พยาบาลผู้รับการนิเทศ ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี 60 คน 2.ผู้ให้บริการแบ่งเป็น 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนพัฒนา 472 คน กลุ่มหลังพัฒนา 638 คน และ 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน เป็นกลุ่มก่อนพัฒนา 472 คน กลุ่มหลังพัฒนา 638 คน

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 5 หอ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วิธีการดำเนินการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาการนิเทศผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยการประชุมกลุ่ม เพื่อการสอบถามตามแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศ ปัญหาการนิเทศ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาการนิเทศ แบ่งกลุ่มพยาบาลผู้นิเทศ เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอพยาบาลหัวหน้าทีม 10 คน และพยาบาลผู้รับการนิเทศ 10 คน ผู้วิจัยทบทวนรายงานตัวชี้วัดทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา นำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก มีดังนี้ 1) ออกแบบการนิเทศ เป็นการจัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย โครงการพัฒนาการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิด พรอคเตอร์ การใช้ Grow model การสอนงาน บทบาท Coach การวิเคราะห์เชิงเหตุผล (Clinical reasoning) concept Mapping จัดทำคู่มือการนิเทศ โปรแกรมพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะญาติผู้ดูแล และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนาการนิเทศ ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติ ระยะเวลา 4 วันโดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน สอนการนิเทศและการวิเคราะห์เชิงเหตุผล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ พยาบาลผู้นิเทศกลุ่มตัวอย่าง 30 คน สอนแบบบรรยาย อภิปราย แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการทบทวนเวชระเบียน และฝึก

ปฏิบัติบทบาท ผู้นิเทศ การโค้ช การทำ Mapping ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ทดลองปฏิบัติการนิเทศ ของพยาบาลผู้นิเทศ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้รับการนิเทศ 60 คน ดำเนินการดังนี้ 3.1) การมอบหมายงาน พยาบาลผู้นิเทศรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ และจัดทำแผนการนิเทศรายบุคคล ได้แก่ การประเมินระบบประสาท ประเมินการกลืน เป็นต้น โดยต้องแจ้งให้พยาบาลผู้รับการนิเทศทราบล่วงหน้า เพื่อให้เตรียมความรู้เรื่องที่จะรับการนิเทศ 3.2) กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ การตรวจเยี่ยม การให้คำปรึกษา สอนงานข้างเตียง ให้ความรู้ แนะนำ และช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงานร่วมกัน พยาบาลผู้นิเทศติดตามนิเทศให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3.3) สอนงานGROW model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ด้วยการตั้งคำถามกระตุ้นให้คิดเป้าหมายการพยาบาลในแต่ละวัน (2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการประเมินปัญหาผู้ป่วย/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกร่วมกัน (3) กำหนดทางเลือก เป็นการร่วมกันกำหนดทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก แล้วให้ผู้รับการนิเทศ เลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติ (4) กำหนดสิ่งที่จะทำต่อไป เป็นการนำทางเลือกที่ผู้รับการนิเทศเลือกไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกัน มีการตกลงร่วมกันและระยะเวลา สิ้นสุดการสอนงานในแต่ละเป้าหมาย เมื่อประเมินผลแล้วมีผลการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมาย จะยุติกระบวนการสอนงานในแต่ละครั้ง 3.4) จัดกิจกรรมให้ความรู้ ตามโปรแกรมพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสอนโรคพยาธิสภาพ และการประเมิน NIHSS, clinical reasoning, concept mapping การทบทวนเวชระเบียน และจัดประชุมปรึกษาเกี่ยวกับเนื้อหาสาระสำคัญ (content conference) โดยนัดวันประชุมล่วงหน้า 3.5) สรุปผลการนิเทศรายวัน พยาบาลผู้นิเทศนำข้อมูลการประเมินผู้รับการนิเทศ และวางแผนการนิเทศครั้งต่อไป ในระยะการทดลองปฏิบัติการนิเทศ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการนิเทศทางคลินิก เพื่อบันทึกประเด็นการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศ

พฤติกรรมของพยาบาลผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่มร่วมกับพยาบาลผู้นิเทศ เพื่อให้ทุกคนได้ ร่วมเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา การนิเทศหลังการทดลองปฏิบัติการนิเทศทุกสัปดาห์ โดยมีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมประเมินกับผู้วิจัย 2 ครั้ง การทดลองการนิเทศการสิ้นสุดเมื่อครบ 4 สัปดาห์ 4) ปฏิบัติการนิเทศ พยาบาลผู้นิเทศจะนิเทศทุกเวรทุกวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน มีกิจกรรมการนิเทศ เช่นเดียวกับการทดลองปฏิบัติการนิเทศ หรือผู้นิเทศจะมีกิจกรรมการนิเทศที่จำเป็นอื่น ๆ ได้ ระยะนี้มีการอภิปรายกลุ่มเพื่อประเมินผลการนิเทศ และนำข้อเสนอแนะมาพัฒนาทุก 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นพยาบาลผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศได้ด้วยตนเองจนสิ้นสุดการวิจัย รวมเวลาทั้งหมด 18 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล เป็นการประเมินผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะพยาบาล ประเมินสมรรถนะการนิเทศของผู้นิเทศ 30 คน และสมรรถนะการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับการนิเทศ 60 คน และ 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,110 คน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) และ (mRS) ความพิการทางระบบประสาท (NIHSS) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และญาติผู้ดูแล 1,110 คน ประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาล

เครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยมีเครื่องมือ ดังนี้

1. โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย 1) แผนการสอน เรื่อง การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดพรอคเตอร์ การสอนงานใช้ Grow model, Coach, Clinical reasoning, concept Mapping 2) คู่มือการนิเทศ มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศ กระบวนการนิเทศ การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดพรอคเตอร์ การสอนงานใช้ Grow model และแบบบันทึกการนิเทศ 3) โปรแกรมพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินสมรรถนะการนิเทศทางคลินิก

ของพยาบาลผู้นิเทศ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมการนิเทศ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการนิเทศ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินการนิเทศ การเรียนรู้การนิเทศ การสนับสนุนการนิเทศ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศ ประกอบด้วย 3 ด้านเช่นกัน แบบประเมินส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5-1 ตามลำดับ การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 ระดับมาก 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 1.50-2.49 ระดับน้อย และ 1.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลผู้รับการนิเทศประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อายุ ประวัติการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล คือการประเมินผู้ปฏิบัติการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศประกอบด้วย 3 ด้านเช่นเดียวกัน คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

2.3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ส่วนคือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความรู้สึกตัว บั๊จยเสี่ยง ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้ BI และ mRS ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท ใช้ NIHSS ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 แบบประเมินญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ทำได้ครบ ทำได้บางส่วน ทำไม่ได้ คะแนนคะแนน 2-0 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาล คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทั้ง 4 ชุด มีค่าเท่ากับ 0.86, 0.87, 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ หาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.86, 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ หนังสือเลขที่ 118/2561 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2561 และหนังสือเลขที่ 99/2562 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ผู้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2563 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ก่อนการพัฒนากาหนดิเทศ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมถึง 26 พฤศจิกายน 2561 มีดังนี้ 1) สอบถามใช้แบบสัมภาษณ์การนิเทศทางคลินิก เกี่ยวกับวิธีการนิเทศและปัญหาการนิเทศกลุ่มพยาบาล เป็นพยาบาลผู้นิเทศ 10 คน พยาบาลผู้รับการนิเทศ 10 คน 2) ประเมินสมรรถนะการนิเทศของผู้นิเทศ 30 คน 3) ประเมินสมรรถนะการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ 60 คน 4) ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 472 คน 5) ประเมินสมรรถนะญาติผู้ดูแล จำนวน 472 คน

2. หลังการพัฒนากาหนดิเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2563 มีดังนี้ 1) ประเมินสมรรถนะการนิเทศของผู้นิเทศ 30 คน

- 2) ประเมินสมรรถนะการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ 60 คน 3) ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 638 คน และ 4) ประเมินสมรรถนะญาติผู้ดูแล 638 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติบรรยายประกอบด้วย การแจกความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติทดสอบค่าที่ แบบรายคู่ (paired t-test) Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังพัฒนา โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ SPSS

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก มีดังนี้ 1) ผลลัพธ์ต่อสมรรถนะพยาบาลพยาบาลผู้นิเทศ ได้รับการพัฒนาตามโปรแกรมการพัฒนากาหนดิเทศทางคลินิก ทำให้มีทักษะการนิเทศที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ บทบาทการโค้ช และการได้รับความรู้การวิเคราะห์เชิงเหตุผล และใช้ concept mapping ทำให้พยาบาลผู้นิเทศเข้าใจวิธีการวิเคราะห์อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อมโยงกายวิภาค และพยาธิของผู้ป่วย กำหนดปัญหา และแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลผู้รับการนิเทศ ได้รับการสอนงาน ที่มีส่วนร่วมในการเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติจริงทางเลือกปฏิบัติ การประเมินผลและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการ conference การสอนข้างเตียง และสอนการวิเคราะห์เชิงเหตุผลใช้ concept mapping 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนา ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีดังนี้

2.1 กลุ่มพยาบาล มี 2 กลุ่ม ผลการวิจัยมีดังนี้
 2.1.1. พยาบาลผู้นิเทศ ทั้งหมด 30 คน อายุอยู่ในช่วง 34-54 ปี (เฉลี่ย 41.85 ± 6.31) ผลการประเมินสมรรถนะการนิเทศ พบว่า คะแนนเฉลี่ย หลังการพัฒนาด้านการดำเนินการนิเทศ (100 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 100 ± 0.00 จากเดิม 74.65 ± 13.29) ด้านการเรียนรู้ (125 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 125 ± 0.00

จากเดิม 69.15 ± 21.30) ด้านการสนับสนุนการนิเทศ (75 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 75 ± 0.00 จากเดิม 54.55 ± 10.30) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.0001$) (ตาราง 1) และคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศ หลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 80 ± 0.00 จากเดิม 61.80 ± 9.15) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.0001$)

ตาราง 1. แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะการนิเทศ (n=30)

การนิเทศ (ระดับคะแนน 1-5)	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ สมรรถนะ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ สมรรถนะ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 300)	129-300	215.55 (41.00)	ดี	300 (0.00)	ดีมาก	9.21	<0.0001
รายด้าน							
การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 100)	36-100	74.65 (13.29)	ดี	100 (0.00)	ดีมาก	8.53	<0.0001
การเรียนรู้ (คะแนนเต็ม 125)	24-125	86.35 (21.30)	ดี	125 (0.00)	ดีมาก	8.12	<0.0001
การสนับสนุน (คะแนนเต็ม 75)	31-75	54.55 (1.30)	ดี	75 (0.00)	ดีมาก	8.88	<0.0001

2.1.2. กลุ่มพยาบาลผู้รับการนิเทศทั้งหมด 60 คน อายุ 23-45 ปี (เฉลี่ย 29.07 ± 5.40) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 5-9 ปี ร้อยละ 53.33 และได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 66.67 ผลการประเมินสมรรถนะการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 240.63 ± 8.45 จากเดิม 179.00 ± 18.49) (ตาราง 2) มีคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศ หลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 80.00 ± 0.00 จากเดิม 61.25 ± 6.66) (ตาราง 3)

ตาราง 2. แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=60)

สมรรถนะ การพยาบาล (ระดับคะแนน 1-5)	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ สมรรถนะ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ สมรรถนะ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 240)	140-240	179.00 (18.49)	ปานกลาง	240.00 (0.00)	ดีมาก	25.54	<0.001
การประเมินผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 70)	38-70	51.43 (6.02)	ปานกลาง	70.00 (0.00)	ดีมาก	23.88	<0.001
การวางแผน (คะแนนเต็ม 55)	30-55	42.75 (5.21)	ปานกลาง	55.00 (0.00)	ดีมาก	18.23	<0.001
การพยาบาลผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 75)	41-75	53.73 (5.54)	ปานกลาง	75.00 (0.00)	ดีมาก	29.71	<0.001
การประเมินผล (คะแนนเต็ม 40)	18-40	31.12 (4.17)	ปานกลาง	40.00 (0.00)	ดีมาก	16.47	<0.001

ตาราง 3. แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศ (n=60)

ความพึงพอใจต่อ การนิเทศ (ระดับคะแนน 1-5)	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ ความพึง พอใจ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ ความพึง พอใจ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 80)	48-80	61.25 (6.66)	มาก	80.00 (0.00)	มากที่สุด	21.80	<0.0001
การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 20)	12-20	15.45 (1.85)	มาก	20.00 (0.00)	มากที่สุด	19.10	<0.0001
การเรียนรู้ (คะแนนเต็ม 30)	18-30	23.00 (2.83)	มาก	30.00 (0.00)	มากที่สุด	19.17	<0.0001
การสนับสนุน (คะแนนเต็ม 30)	18-30	22.80 (2.79)	มาก	30.00 (0.00)	มากที่สุด	19.98	<0.0001

2.2 กลุ่มผู้รับบริการ มี 2 กลุ่ม คือ

2.2.1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 1,110 ราย แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยก่อนการพัฒนา 472 ราย (42.52 %) กลุ่มผู้ป่วยหลังการพัฒนา 638 ราย (57.48 %) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.46 อายุ ตั้งแต่ 30-94 ปี (เฉลี่ย 62.70 ปี) มีปัจจัยเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.98 ผลลัพธ์ทางคลินิกใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำหน้าที่ของระบบ ประสาท ประเมินจาก NIHSS, ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจาก BI และ mRS

พบว่า หลังการพัฒนาดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม NIHSS ลดลงจาก 6.95 เป็น 5.87 BI เพิ่มขึ้นจาก 74.38 เป็น 78.75 และ mRS ดีขึ้นจาก 2.15 เป็น 1.76 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.001$) และมีการจำแนกคะแนนรายกลุ่ม (ตาราง 4) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และภาวะแทรกซ้อนทั่วไป หลังพัฒนาดังกล่าว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.001$) (ตารางที่ 5)

ตาราง 4. จำนวนและร้อยละผู้ป่วยจำแนกตามผลการทำหน้าที่ของระบบประสาท ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินจาก NIHSS, BI และ mRS ($N = 1,110$)

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา (n=472)	หลังการพัฒนา (n=638)	p-value
NIHSS			<0.001
≤ 4	267 (56.57)	407 (63.79)	
5-14	133 (28.18)	187 (29.32)	
15-24	28 (5.93)	18 (2.82)	
≥ 25	13 (2.75)	8 (1.25)	
Death	31 (6.57)	18 (2.82)	
Barthel Index			<0.001
95-100	176 (37.29)	315 (49.37)	
55-90	177 (37.5)	239 (37.45)	
0-50	88 (18.64)	66 (10.36)	
Death	31 (6.57)	18 (2.82)	
mRS			<0.001
0-1	238 (50.42)	397 (62.23)	
2-3	115 (24.37)	156 (24.45)	
4-5	88 (18.64)	67 (10.50)	
Death	31 (6.57)	18 (2.82)	

ตาราง 5. เปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และภาวะแทรกซ้อนทั่วไป (N = 1,110)

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ก่อนการพัฒนา (n=472)	หลังการพัฒนา (n=638)	p-value
Neurological complications			<0.001
None	388 (82.2)	631 (98.9)	
Brain edema	58 (12.29)	6 (0.94)	
Hemorrhagic transformation	11 (2.33)	1 (0.16)	
Recurrent stroke	15 (3.18)	0 (0)	
Medical complications			
Gastrointestinal bleeding	23 (4.87)	2 (0.31)	< 0.001
Urinary tract infection	10 (2.12)	1 (0.16)	0.001
Pneumonia	17 (3.6)	1 (0.16)	< 0.001
Pressure sore	10 (3.18)	0 (0)	< 0.001
Deep vein thrombosis	0 (0)	0 (0)	

2.2.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 1,110 คน อายุอยู่ในช่วง 25-70 ปี (เฉลี่ย 53.45 ปี) ร้อยละ 46.67 เป็นบุตรของผู้ป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแลก่อนการพัฒนา 472 ราย และกลุ่มหลังการพัฒนา 638 ราย ผลการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 42.18 ± 5.64 เป็น 87.83 ± 2.69 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) และคะแนนความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาล หลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

อภิปราย (Discussion)

ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก มีดังนี้ 1) ผลลัพธ์ต่อพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้นิเทศมีสมรรถนะการนิเทศและพึงพอใจต่อการนิเทศเพิ่มขึ้น พยาบาลผู้รับการนิเทศ มีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจต่อการนิเทศเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมธุรส และคณะ

ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล สำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ⁶ พบว่า หลังการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลสูงขึ้น และพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเบญจพร⁷ พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังใช้โปรแกรมการนิเทศสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม 2) ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัย ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพของนางลักษณะ⁴ พบว่า หลังพัฒนาการเกิดผลกดทับของผู้ป่วยลดลง

บทสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลผู้รับการนิเทศ และพยาบาลผู้นิเทศ

องค์ความรู้ใหม่ ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนิเทศทางคลินิก มีประสิทธิผลที่ดีทั้งผลลัพธ์ต่อพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกคือ สมรรถนะการโค้ชทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศที่สามารถเลือกเวลา สถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสมในทุกกิจกรรมการนิเทศ และเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้รับการนิเทศในการกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์

อ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4.นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2561.
2. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention, in J.R. Cutcliffe, T. Butterworth and B. Proctor (eds), *Fundamental Themes in Clinical Supervision*, London: Routledge 2001; 25-46.
3. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. มาตรฐานการบริหารองค์การพยาบาลและการผดุงครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiheart.org/images/column>
4. นางลักษณ์ กำภูศสร, สุวิณี วิวัฒน์วานิช. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43(3): 44-58.
5. Alexander G. Behavioral coaching-the GROW model In Passmore, Jonathan. *Excellence in coaching: The industry guide*. (2nd ed.). Philadelphia: Kogan; 2010.
6. มธุรสตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, ประนอม โอทกานนท์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(3): 41-51.
7. เบ็ญจพร ไพบุลย์พลาย้อย. ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.