

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย
และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ



นางนงลักษณ์ กำภักศร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM FOR PATIENTS' PRESSURE
ULCER PREVENTION AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION

Mrs. Nongluk Kamparsorn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของ พยาบาลวิชาชีพ
โดย	นางนงลักษณ์ กำภักศร
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

นงลักษณ์ กำภักศร : ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ (EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM FOR PATIENTS' PRESSURE ULCER PREVENTION AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 210 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับการได้รับการนิเทศตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 36 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 18 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 18 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แผนการอบรม แนวทางการนิเทศ คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ แบบบันทึกการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($x = 4.26$, $SD = .26$) สูงกว่าการนิเทศทางคลินิกตามปกติ ($x = 3.07$, $SD = .67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577327936 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: PROGRAM CLINICAL SUPERVISION / PRESSURE ULCER / NURSES' SATISFACTION

NONGLUK KAMPARKSORN: EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM FOR PATIENTS' PRESSURE ULCER PREVENTION AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 210 pp.

The purpose of this Quasi-experimental research were to compare patient's pressure ulcer in nursing service with patient's pressure ulcer receiving of clinical supervision program and nurses' satisfaction between group the experimental group and control group. Before and after use clinical supervision program for prevention pressure ulcer. The research subjects consisted of 36 patients and 13 professional nurses . The patients subjects were selected by purposive sampling who had risk for pressure ulcer and admission in Med male ward, Sena Hospital, experimental and control groups of 18 patients per group, and 13 professional nurses assigned in Med male ward. The instruments were training project of clinical supervision program, training program, clinical supervision guideline, clinical supervision practice handbook, the observation form of clinical supervision practice, record form of patient's pressure ulcer and nurses' satisfaction in clinical supervision questionnaire, test for content validity by 5 experts. The Cronbach's alpha coefficients were .96. Data were analyzed were by frequency, percent, mean, standard deviation, Chi-square test statistics , and t- test.

Major findings of this study were as follow

1. Pressure ulcer of patients between groups' patients were receiving nursing care of program clinical supervision on prevention pressure ulcer and those receiving routine nursing care and was no significant.

2. Nurses' satisfaction toward supervision receiving program clinical supervision on prevention pressure ulcer ($x = 4.26$, $SD = .26$) was higher than those receiving routine clinical supervision ($x = 3.07$, $SD = .67$), and significant at the .05 level.

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์ ท่านได้ให้ความเมตตาและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์รชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้แนวคิดและประสบการณ์ที่ดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชชนาฏ ณ นคร อาจารย์ภาควิชา การพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย,ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ กรรมการสภาการพยาบาล สำนักงานการพยาบาล สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์, นางวลีรัตน์ สุธนันท์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และนางสาวจุฬาร ประสงค์ พิทยบาลผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ทำอนุเคราะห์ให้ทดลองการใช้เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา ผู้รักษาการแทนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และพยาบาลหัวหน้าทีมโรงพยาบาลเสนาที่ให้โอกาสและร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	13
2. การนิเทศทางคลินิก.....	22
3. แผลกดทับ.....	38
4. แนวทางนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ.....	50
5. แนวคิดความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก.....	54
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	63
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	72
ขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	73
การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	84
การวิเคราะห์ข้อมูล	97
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	97
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	105
สรุปผลการวิจัย	110
อภิปรายผลการวิจัย	110
ข้อเสนอแนะ	117
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	129
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือ และเก็บข้อมูล.....	131
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในโครงการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง	136
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	146
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	200
ภาคผนวก ฉ เอกสารประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิด ผลกดทับ และแผ่นพับการให้คำแนะนำผู้ดูแล	207
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	210

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงระหว่างกลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ อายุ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ การมีผู้ดูแล และการเกิดแผลกดทับ.....	68
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ.....	69
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มผู้รับการนิเทศจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ การปฏิบัติงานและประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา.....	71
ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มผู้นิเทศจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา.....	72
ตารางที่ 5 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	83
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	99
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตาม อายุ ระดับความเสี่ยง การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และผู้ดูแล	100
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างหลังได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กับหลังให้การนิเทศตามปกติ (n=13).....	101

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างหลังได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ กับหลังให้การนิเทศตามปกติ (n=13).....	104
ตารางที่ 10 แสดงผลการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จำแนกตามรายกิจกรรม (n=26).....	201
ตารางที่ 11 แสดงผลการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จำแนกตามรายกิจกรรม (n=13).....	204



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	64
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	96



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดแผลกดทับ (pressure ulcer) ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้เป็นสากล และในด้านวิชาชีพพยาบาลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐานปัจจุบันสภาการพยาบาลได้กำหนดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2554) ซึ่งแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว (Barker et al, 2012 and Baumgarten et al, 2012) และผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใส่สายต่างๆ (Cooper, 2013) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU การเกิดแผลกดทับร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 41 (Bourset al, 2001., Van Gilder, 2009 and Campbell et al, 2010) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณ 5-10% ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุดตาน วงศ์ศิริรัตนชัย, 2556) ซึ่งผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด การติดเชื้อ ทำให้อนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจนถึงทำให้เสียชีวิตได้ มีผลกระทบต่อจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล รวมทั้งเป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Theisen et al., 2012., European Pressure Ulcer Advisory Panel: EPUAP, 2009, วิจิตรศรีสุพรรณ และคณะ, 2547) เป็นการเพิ่มภาระงานของพยาบาล (จิณพิชญ์ชา มะมม, 2555) พยาบาลเกิดความอ่อนล้า เบื่อหน่าย ส่วนโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Cooper, 2013) สูญเสียงบประมาณของรัฐบาล มีต้นทุนในการรักษาสูงขึ้น ซึ่งความล้มเหลวในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้ (Bennett et al., 2000 cite in Yap and Kennerly, 2013)

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา ปี 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ คิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 อยู่ระหว่าง 2.11-10.86 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ยเท่ากับ 9.33 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา ปี 2557) ในขณะที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดเกณฑ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย คืออัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ไม่เกิน 5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยกลุ่มการพยาบาลได้ทำคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับทุกหน่วยงาน จากการทบทวนพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด สาเหตุหลักพบว่า

พยาบาลยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างแท้จริง รวมทั้งขาดการควบคุม ประเมินติดตามการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการควบคุมกำกับงานที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยด้านการ ทำงานที่ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด(วารุณี ตั้งสถาเจริญ พร, 2555) หัวหน้าทีมการพยาบาลยังไม่สามารถประเมินติดตามควบคุมกำกับกับการปฏิบัติอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม ทำให้พยาบาลสมาชิกทีมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับปฏิบัติตาม ความเข้าใจ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ซึ่ง สำคัญในการที่จะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแนวทาง กำหนด คือพยาบาลต้องได้รับการกระตุ้น สนับสนุน สอนแนะ ชี้นำ จากพยาบาลหัวหน้าทีมให้เกิด ความเข้าใจและได้การประเมินย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดแผล กดทับจนชัดเจน รวมทั้งได้รับการสนับสนุน จูงใจทำให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทาย ในการพัฒนาพยาบาลของหัวหน้าหอและทีมนำในหอผู้ป่วยสามารถสนับสนุนให้พยาบาลตั้งศักยภาพ ของตนเพื่อปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรได้

การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยนับวันยังมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นและยัง พบการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่องหากทีมสุขภาพไม่ให้ความสำคัญ (Nixon, 2005) พยาบาลมี บทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดแผลกดทับจาก การกระตุ้นฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอกจากนี้พยาบาล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในกลไกการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถ ปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้อง (Yap and Kennerly, 2013)ซึ่ง แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ การประเมินผิวหนัง การใช้อุปกรณ์รองรับแรงกดทับ การเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การส่งเสริมโภชนาการและการให้ความรู้กับผู้ป่วย (National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP , 2014; Guy , 2012and Wilson , 2011) รวมทั้งการใช้นวัตกรรมเพื่อช่วยในการ ลดแรงกดทับของผิวหนังมาใช้เช่นการใช้หมอนเจลยางพาราสามารถลดแรงกดทับเฉพาะจุดได้ (นลินี โกวิทวานวรงค์, 2557) การกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติเช่นการใช้นาฬิกาปลุกเตือนเวลาใน การช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยการกำหนดตารางเวลาพลิกตะแคงตัว แต่บางครั้งยังพบว่าการปฏิบัตินั้น ไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ เพื่อที่จะสามารถนำมาประเมินความสามารถของพยาบาลผู้ให้การดูแล (นันทมน วุฑธานนท์ และคณะ , 2554 และ Ontario, 2005) การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดย พยาบาลต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี ต่อการป้องกันแผลกดทับไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานต้องหา วิธีการที่จะสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ ทีมผู้ดูแลต้องมีกลยุทธ์ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ(Ibrahim and Mukhtar, 2006)แต่พบว่ากลยุทธ์ต่างๆยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ อย่างสม่ำเสมอ

การนิเทศทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพราะการนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) เป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงานโดยใช้หลักสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ (Proctor, 2001) มีหลักการนิเทศโดยมุ่งที่การพัฒนาบุคลากร พัฒนางาน การทำงานเป็นทีม ร่วมกันกำหนดแผนการนิเทศ วิธีการ เกณฑ์การตัดสินความสำเร็จของงาน ยึดหลักประชาธิปไตย ส่งเสริมกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานและทัศนคติ (สุพิศ กิตติรัช, 2551) ซึ่งกระบวนการนิเทศนั้นประกอบด้วย การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศและการติดตามประเมินผลการนิเทศ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ ,2549) ผู้นิเทศมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายและตามมาตรฐานที่กำหนด สนับสนุนให้กำลังใจให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Proctor, 1986) การนิเทศงานมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับสูง (พิมพ์ผกา ไชยเลิศ, 2550) ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความสามารถ พัฒนาตนเองและวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีประโยชน์ต่อองค์กรลดการขาดงาน ลดอัตราการลาออกและเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน (White and Winstanly, 2010) การนิเทศทางคลินิกสามารถลดความเครียดและจัดการความเครียดได้ทั้งในผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน (Cruz, 2013) ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาคนให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานได้ ผลลัพธ์ของการนิเทศทางคลินิกคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน บรรลุเป้าหมายของการรักษา สามารถการดูแลตนเองได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

จากการสำรวจของสภาการพยาบาล ตามมาตรฐานองค์กรพยาบาลปี 2555-2557 พบปัญหาเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ถึง 97.1% และจากรายงานการวิจัยพบว่าปัญหาการนิเทศที่ไม่ได้ผล เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการนิเทศ นโยบาย หลักการ และวิธีปฏิบัติไม่แน่นอน ไม่ชัดเจน เจตคติไม่ดีต่อการนิเทศ ไม่มีรูปแบบการนิเทศ ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และประเด็นการนิเทศมีด้านบริหารมากกว่าทางคลินิก (รัชตวรรณ ศรีตระกูล, 2558) ซึ่งมาตรฐานบริการพยาบาล ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ กำหนดให้องค์กรพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยการควบคุมกำกับ และการประเมินผลงานของบุคคลให้ มีประสิทธิภาพ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินของสภาการพยาบาลขั้นต่ำระดับ 3 (สภาการพยาบาล, 2555) กล่าวคือ ทุกหน่วยงานต้องมีระบบการนิเทศ กำกับดูแล และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อเป็นกลไกและสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ ส่งผลให้เกิดการสร้างผลงานที่ดีและนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จได้ (ลัดดาวลัย รวมเมฆ, 2557) แนวคิดในการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลนำมาใช้ในหลายโรงพยาบาล เพื่อเป็นกลไกที่จะช่วยให้

สามารถนำไปปฏิบัติได้ และด้านผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขึ้น แล้วนำมาศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งคาดหวังว่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยพัฒนาคุณภาพให้พยาบาลหัวหน้าทีมให้มีความรู้ความสามารถในการนิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศสามารถปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้

คำถามการวิจัย

1. การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการนิเทศตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกระหว่างกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับกับหลังให้การนิเทศตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่สำคัญในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยวิกฤตใช้เครื่องช่วยใจ ซึ่งการเกิดแผลกดทับส่วนมากสามารถป้องกันได้ ถ้าทีมผู้ดูแลให้ความสำคัญ ตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการป้องกันปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้การเกิดแผลกดทับทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับมี

การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับส่วนมากประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องประเมินความเสี่ยงที่มีความเที่ยงตรง แบบประเมินBraden Scale เป็นแบบประเมินความเสี่ยงที่ผ่านการทดสอบและใช้กันอย่างแพร่หลาย 2) การดูแลผิวหนัง ป้องกันเรื่องความเปียกชื้น 3) การลดแรงกดทับโดยการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงและการใช้อุปกรณ์ช่วย การใช้ที่นอนลมอย่างเหมาะสม 4) การดูแลด้านโภชนาการให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และ 5) การให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (NPUAP, 2014) ร่วมกับการใช้นวัตกรรมส่งเสริมการปฏิบัติและการลดแรงกดทับกับผู้ป่วย แต่การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลยังมีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย แต่พบว่าพยาบาลยังมีบทบาทน้อยในการให้การพยาบาลข้างเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Sving et al, 2012) แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเสนาามีแนวทางปฏิบัติส่วนมากเหมือนแนวทางปฏิบัติที่กล่าวมา แต่ขาดรายละเอียดในการปฏิบัติในบางอย่าง และขาดการทบทวนไม่เป็นปัจจุบันทำให้ไม่ได้รับความสนใจในการนำมาปฏิบัติตามรวมทั้งการประเมินติดตามการปฏิบัติไม่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับขณะที่นอนโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างถูกต้องและต่อเนื่องนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และต้องได้รับการประเมินติดตามการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ การติดตามการปฏิบัติ นั้นต้องมีเทคนิคที่เหมาะสมไม่ทำให้รู้สึกว่าเป็นการจับผิดในการปฏิบัติงาน ซึ่งบุคคลที่สำคัญในการประเมินติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับคือพยาบาลหัวหน้าทีม เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด สิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถประเมิน ติดตามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพคือใช้แนวคิดในการนิเทศทางคลินิก เนื่องจากการนิเทศเป็นระบบการให้คำปรึกษา แนะนำ เสริมพลังหรือการสอนงานที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญกว่ามีการติดตามและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม มาตรฐานและแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยควบคุม กำกับบุคลากรให้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม(ลดาวัลย์ รวมเมฆ , 2557)การนิเทศทางคลินิกในหอผู้ป่วยปัจจุบัน เป็นการนิเทศตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล ยังไม่มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ยังไม่สามารถบอกได้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการนิเทศได้ ซึ่งการนิเทศทางคลินิกที่มีคุณภาพควรมีการวางแผน เป็นขั้นตอน ตามกระบวนการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย การวางแผนการนิเทศ กำหนดเป้าหมายในการนิเทศทางคลินิก การดำเนินการนิเทศและการประเมินผลการนิเทศ(เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) ทำให้มองเห็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจน และการวัดผลเป็นขั้นตอนรวมทั้งการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่หัวหน้าทีมสามารถเข้าใจได้ง่าย

ตามแนวคิดของ Proctor (1986) ประกอบด้วยบทบาทของผู้นิเทศ 3 ด้านคือ 1) ด้านการให้ความรู้ และพัฒนาทักษะ โดยการสอนให้ความรู้ตามหลักวิชาการและประสบการณ์ทำให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้ เข้าใจ 2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานโดยการสอนแนะใช้ เทคนิค GROW Model เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม 3) ด้านการสนับสนุน ให้กำลังใจการปฏิบัติงานหลังจากนั้นมีการประเมินติดตามผลจากการนิเทศให้สามารถนำมาพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างต่อเนื่องซึ่งการนิเทศทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจ

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นการจัดขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพ โดยนำแนวคิดการจัดกระบวนการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549)ร่วมกับบทบาทผู้นิเทศของ Proctor (1986)เริ่มจากการวางแผน เตรียมหัวหน้าทีมผู้นิเทศและพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับการนิเทศ มีการดำเนินการนิเทศ ตามแนวทางที่กำหนด ปฏิบัติการนิเทศโดยใช้กิจกรรมในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับการนิเทศจากหัวหน้าทีม และการประเมินผลการนิเทศทางคลินิกได้จากพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ตามแนวทางที่กำหนดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษา ของชวลี แยมวงษ์ และคณะ (2548) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงและการประเมินผลความพึงพอใจต่อการนิเทศจากแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ White and Winstanly (2011) ซึ่งรูปแบบการนิเทศทางคลินิกดีส่งผลต่อผู้รับการนิเทศทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา Davis and Burke (2011) พบว่าการนิเทศทางคลินิกช่วยจูงใจในการทำงาน รู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางได้รับการสนับสนุนและความเครียดลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมกมล สายทอง (2552) พบว่าการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม ทำให้คุณภาพการพยาบาลและพยาบาลมีความพึงพอใจสูงขึ้น

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจ พัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยบูรณาการกระบวนการนิเทศทางคลินิก ของเพ็ญจันทร์แสนประสานและคณะ (2549) ในการเตรียมความพร้อมของผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศนำแนวคิดการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบของ Proctor (1986) เพื่อให้ผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกอย่างมั่นใจรวมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ (NPUAP, 2014) ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยลดลงตรงตามเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด

สามารถนำไปเทียบเคียงโรงพยาบาลระดับเดียวกันได้ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การเกิดแผลกดทับของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าความพึงพอใจที่ได้รับการนิเทศตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (The Posttest-Only Design With Nonequivalent group) ดำเนินการศึกษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่มได้แก่

1.1 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดกิจกรรม และ/หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale ได้คะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และยังไม่มีแผลกดทับ จำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 18 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 18 คน

1.2 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนาจำนวน 13 คน เป็นผู้รับการนิเทศ

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวจัดกระทำ ได้แก่ โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คำจำกัดความในการวิจัย

การเกิดแผลกดทับ หมายถึงการที่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และยังไม่มีการเกิดแผลกดทับมาก่อน พบว่าบริเวณผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่ โดยส่วนมากพบบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ซึ่งเกิดจากแรงกดทับ หรือจากแรงกดทับร่วมกับแรงเสียดสีและแรงเสียดสีทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยลักษณะผิวหนังเริ่มจากเป็นรอยแดงๆ หลังจากนั้นกลายเป็นตุ่มน้ำพองใส และแตกผิวหนังเปิดออกพบลักษณะแผลตื้นๆสีแดง

ความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกด้านบวก รู้สึกยินดีของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากหัวหน้าทีมพยาบาลทำให้มีความรู้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบวัดความพึงพอใจขึ้นตามแนวคิดของ White and Winstanly (2011) โดยวัดความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ

1. ด้านการให้ความรู้และพัฒนาทักษะ หมายถึงพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการที่ผู้นิเทศให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะปฏิบัติกิจกรรมทำให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นมองเห็นรูปธรรมในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้รับการสอนตามหลักวิชาการและประสบการณ์ของผู้นิเทศ ซึ่งประสบการณ์ของผู้นิเทศสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และทำให้มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน หมายถึงพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการที่ผู้นิเทศประเมินติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้หลักฐานทางวิชาการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรม โดยการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแนะนำการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน และปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้อย่างอิสระ

3. ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ หมายถึงพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการที่ผู้นิเทศให้ความช่วยเหลือสนับสนุน โดยให้เวลาเป็นที่ปรึกษา จัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อมขณะนิเทศ ใช้คำพูดทำให้เกิดกำลังใจ โดยให้คำชื่นชมเมื่อปฏิบัติงานได้ถูกต้อง และไม่ตำหนิเมื่อปฏิบัติไม่ได้ และให้บอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงการนิเทศและการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. ด้านคุณภาพโดยรวม หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้นิเทศ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกิดต้นแบบในการปฏิบัติการพยาบาล ได้รับการ

สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยอำนวยความสะดวก ทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในการปฏิบัติงาน และการนิเทศทางคลินิกสามารถลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีการในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้มีความชัดเจนเป็นรูปแบบเดียวกันให้กับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา โดยใช้กระบวนการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) และแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ NPUAP (2014) เป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการนิเทศ หมายถึง การเตรียมผู้นิเทศทางคลินิก คือพยาบาลหัวหน้าทีม 4 คน และผู้รับการนิเทศ คือพยาบาลวิชาชีพ 13 คน การเตรียมผู้นิเทศทางคลินิกให้มีความรู้ความสามารถในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ“การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” จัดทำแนวทางการนิเทศและคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย และวางแผนการลงปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเตรียมผู้รับการนิเทศโดยให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการนิเทศ หมายถึงการที่ผู้นิเทศปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระยะแรกรับและขณะนอนโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) ซึ่งผู้นิเทศมีบทบาท 3 ด้าน คือ 1) การให้ความรู้และทักษะโดยการสอนและสาธิตการปฏิบัติ (Formative Clinical Supervision) 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) คือการนำแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ NPUAP (2014) ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลผิวหนัง (3) การลดแรงกดทับ/การใช้อุปกรณ์ช่วย (4) การดูแลด้านโภชนาการ (5) การให้ความรู้ผู้ดูแล ให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยการสอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal) การสำรวจสถานการณ์จริง (Reality) กำหนดทางเลือก (Option) และการนำไปปฏิบัติ (Wrap up) ร่วมกับ 3) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Restorative clinical supervision) การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม และการให้คำปรึกษา โดยใช้กิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) ปฏิบัติการนิเทศ ดังนี้

1) Pre Conference เป็นการเตรียมก่อนให้การดูแลผู้ป่วย โดยประเมินความรู้ของผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศให้ความรู้และทักษะเพิ่ม (Formative Clinical Supervision) และการเตรียมมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Normative Clinical Supervision)

2) Nursing Care เป็นการประเมินติดตามการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับและการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Normative Clinical Supervision) โดยการสอนและตามรูปแบบ GROW Model การให้ความรู้และทักษะเพิ่ม โดยการสาธิตการปฏิบัติ ใช้นวัตกรรม (Formative Clinical Supervision) และการสนับสนุนให้กำลังใจสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม (Restorative clinical supervision)

3) Post Conference เป็นการสรุปการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การให้ความรู้เพิ่มส่วนที่ขาด (Formative Clinical Supervision) และวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการให้กำลังใจ สนับสนุนสิ่งที่ต้องการ สะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Restorative clinical supervision)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการนิเทศ หมายถึงการที่ผู้นิเทศ การติดตามประเมินผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตรวจสอบการบันทึก ในแบบฟอร์มและการบันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึงการที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การดูแลผิวหนัง ประเมินการเกิดแผลกดทับการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง การใช้ที่นอนลดแรงกดทับและการดูแลด้านการได้รับสารอาหาร การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบางกิจกรรมในบางเวลา และการปฏิบัติเป็นไม่ต่อเนื่อง

การนิเทศตามปกติ หมายถึง การที่พยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศ ทำหน้าที่ในการประเมินตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด เมื่อพบว่าไม่ปฏิบัติจะบอกให้ไปปฏิบัติ บางครั้งสอน บางครั้งตำหนิที่ไม่ปฏิบัติ และบางครั้งไม่บอกอะไรแต่ไปปฏิบัติเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมแกนนำในการนิเทศ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอื่นๆที่สนใจนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆต่อไป
2. เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปพัฒนาการนิเทศทางคลินิก เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยมาใช้ ส่งผลให้ลดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการนิเทศมากขึ้นหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอได้เป็นลำดับดังนี้

1. โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - 1.1 โรงพยาบาลเสนา
 - 1.2 ทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา
2. การนิเทศทางคลินิก
 - 2.1 ความหมายการนิเทศ
 - 2.2 วัตถุประสงค์การนิเทศทางการพยาบาล
 - 2.3 เป้าหมายของการนิเทศทางการพยาบาล
 - 2.4 หลักการนิเทศทางการพยาบาล
 - 2.5 องค์ประกอบการนิเทศทางการพยาบาล
 - 2.6 คุณลักษณะผู้นิเทศทางการพยาบาล
 - 2.7 รูปแบบการนิเทศทางคลินิก
 - 2.8 กระบวนการนิเทศทางคลินิก
 - 2.9 กิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล
 - 2.10 วิธีการนิเทศทางคลินิก
3. แผลกดทับ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
 - 3.3 การแบ่งระดับแผลกดทับ
 - 3.4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 - 3.5 เครื่องมือการประเมินการเกิดแผลกดทับ
4. แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. แนวคิดความพึงพอใจในการนิเทศ
 - 5.1 ความหมายความพึงพอใจ

- 5.2 แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับความพึงพอใจ
- 5.3 การประเมินความพึงพอใจ
- 5.4 โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกกับความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.1 โรงพยาบาลเสนา

โรงพยาบาลเสนาเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) มี 180 เตียง ปฏิบัติงานตอบสนองตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยทั่วไป และให้บริการเฉพาะทาง ได้แก่ สาขาอายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมโรคไต สาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ สาขากุมารเวชกรรม สาขาจักษุ หูคอจมูก สาขา จิตเวช การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก รวมทั้งให้บริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรคแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ทั้งในเขตอำเภอเสนา และรอยต่อ รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยจาก 4 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง โรงพยาบาลบางไทร และโรงพยาบาลผักไห่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากรสาธารณสุข ทั้งแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาเภสัชกร นักศึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้ช่วยพยาบาล สถิติการให้บริการในปี 2557 ให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 966รายต่อวัน ผู้ป่วยใน 151 รายต่อวัน อัตราครองเตียงรวมเท่ากับ ร้อยละ 96.50

การดำเนินงานไปตามวิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาล คือ “เป็นองค์กรชั้นนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดำรงองค์มาตรฐาน ให้บริการประดุจญาติ” และกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาลดังนี้ (แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเสนา, 2558)

- 1) พัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพ
- 2) เป็นต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) เสริมสร้างระบบธรรมาภิบาล
- 4) เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ
- 5) พัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างภาคีและเครือข่าย

โดยมีแผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย

- 1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกมิติ
- 2) พัฒนาศูนย์การสู่การเป็นองค์กรเรียนรู้
- 3) พัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารแบบ

ธรรมาภิบาล

- 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ
- 5) พัฒนาคือความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างชุมชนและภาคีเครือข่าย

นอกจากนี้ วัฒนธรรมขององค์กรของโรงพยาบาลเสนาที่ยึดปฏิบัติต่อมา คือ มีจิตบริการที่ดี (Service mind) มีความยุติธรรม เทียบตรง (Equity) การเชื่อมโยงลงสู่เครือข่าย(Networking) มุ่งเน้นเห็นผลงาน /สัมฤทธิ์ผล(Achievement)รวมทั้งการกำหนดอัตลักษณ์องค์กร คือ ชื่อสัตย์ สามัคคี มีน้ำใจ ซึ่งการปฏิบัติงานของบุคลากรมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพงานจนผ่านการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ภายใต้นโยบายที่กำหนดประกอบด้วย ทีมบริการหลายภาคส่วนซึ่งทีมการพยาบาลเป็นส่วนที่สำคัญอย่างมากในการพัฒนาในองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายและพันธกิจที่กำหนดไว้ เพราะทีมการพยาบาล มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการทั้งหมด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทีมบริการพยาบาลหผู้ป่วยในจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง

1.2 ทีมการพยาบาลหผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา มีบทบาทหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาล ควบคุมการใช้กระบวนการพยาบาลให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับระดับบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์เช่นเดียวกับโรงพยาบาล และได้กำหนดนโยบายในการบริหารจัดการองค์กรที่ชัดเจน ดังนี้ (คู่มือคุณภาพกลุ่มการพยาบาล, 2558)

- 1) ส่งเสริมบุคลากรให้สามารถประกอบวิชาชีพการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐาน อารังไว้ซึ่งคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ
- 2) ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) ส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีสมรรถนะตามระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสมและใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและองค์ความรู้อื่น ๆ ที่ทันสมัยในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 4) ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

5) ส่งเสริมสนับสนุนการทำงานเป็นทีม โดยให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการทางการพยาบาล

รวมทั้งยึดหลัก ปรัชญาที่ว่า “เราเชื่อว่า การใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี” ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมุ่งเน้นในการพัฒนาในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

การบริหารจัดการระบบงานโดยมีคณะกรรมการบริหาร 3 ด้านได้แก่

- 1) คณะกรรมการพัฒนาด้านยุทธศาสตร์และการจัดการทรัพยากร
- 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล และ
- 3) คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ส่วนการจัดระบบการให้บริการแบ่งเป็น การบริการผู้ป่วยส่วนหน้าประกอบด้วย งานบริการผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้บริการผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยทั้งหมด 8 หอ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยสูติ-ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยกุมาร หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กแรกเกิด หอผู้ป่วยคลอด และหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระเกียรติ และการประสานต่อเนื่องลงสู่ชุมชนโดยเชื่อมการดูแลกับงานเวชกรรมสังคม บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 197 คน ผู้ช่วยพยาบาล 11 คน พนักงานช่วยเหลือคนได้ 76 คน แม่บ้าน 18 คน และพนักงานเปล 12 คน การปฏิบัติงานเป็นทีมซึ่งการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของงาน ทำให้การปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าทีม หัวหน้าเวร และสมาชิกทีมผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และแม่บ้าน ซึ่งแต่ละคนมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป ในการให้การบริการผู้ป่วยซึ่งในที่นี่จะกล่าวถึงเฉพาะบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1.2.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย โดยการควบคุมอำนวยการและการดูแลให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งบริหารงานหอผู้ป่วยไปพร้อมกัน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2546:137-140) กล่าวถึงบทบาทที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบ มีดังนี้

- 1) จัดให้มีการพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอในหน่วยงาน คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการแพทย์อื่นๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดหาทรัพยากรที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและการแพทย์ เพื่อสนองความต้องการ

ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

3) จัดให้มีการรายงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างเที่ยงตรง กำหนดความรับผิดชอบและการมอบหมายงานให้กับผู้ช่วยหัวหน้าตึก พยาบาลประจำการ นักศึกษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่นๆ

4) วางแผนการสอนในคลินิก ให้ความร่วมมือกับครูประจำหอผู้ป่วย และหาโอกาสที่จะเพิ่มพูนประสบการณ์ให้แก่ นักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ ประเมินผลและบันทึกผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลตลอดจน นักศึกษาพยาบาลและให้การแนะแนวแก่นักศึกษาพยาบาล

5) ช่วยเหลือให้การศึกษาวิธีการใหม่ๆที่จะปรับปรุงการพยาบาลอยู่เสมอ

6) สั่งการประสานงาน และนิเทศกิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลได้บังคับบัญชาทุกระดับ

7) สั่งการในงานแม่บ้าน เพื่อให้หน่วยงานอยู่ในสภาพที่สะอาด สบาย สะอาดและปลอดภัย จัดแจกจ่ายเครื่องมือเครื่องใช้ที่เหมาะสมและรักษาสภาพที่ดีไว้เสมอ

กองการพยาบาล (2540) กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การเป็นผู้บริหารระดับต้น กำหนดนโยบายการพยาบาลระดับหอผู้ป่วยและการวางแผนการปฏิบัติงานให้ดำเนินสู่ความสำเร็จ เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลให้คำปรึกษา และการวินิจฉัยสั่งการ

2) การเป็นผู้จัดการพยาบาล คือเป็นผู้อำนวยความสะดวกพยาบาล ทำหน้าที่ในการจัดการให้บุคลากรพยาบาลสามารถทำการพยาบาลได้ดีที่สุดในปริมาณที่พอเหมาะ และเป็นผู้นิเทศ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ถูกต้องมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3) การเป็นผู้ประสานงานการรักษาพยาบาล รับผิดชอบในการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงโดยการติดตามประเมินผลตรวจสอบผลงาน วิเคราะห์ความต้องการทางการพยาบาล

4) การเป็นผู้สนับสนุนประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล เป็นผู้ดูแลตรวจสอบการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ติดตามผลการรักษา และกำกับดูแลผู้ที่ได้รับมอบหมายงาน

5) เป็นนักพัฒนาที่มีความคิดริเริ่มการสร้างกระบวนการใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ

6) เป็นผู้รักษาสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ดูแลให้ความถูกต้องเป็นธรรมกับผู้ป่วยในการรักษาตามสิทธิ์

7) เป็นครู เป็นตัวอย่างและเป็นผู้สอนให้เกิดการเรียนรู้

8) เป็นผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกที่ปฏิบัติงาน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเสนา กำหนดหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

1) ด้านบริหาร

(1) รับนโยบายจากกลุ่มการพยาบาล

(2) วางแผนการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับ แผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนาบริการพยาบาล แผนการจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ แผนการจัดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาบุคลากร และแผนการใช้งบประมาณ

(3) จัดตารางเวรการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และควบคุมให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในบริการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสม

(4) ติดตาม ควบคุม กำกับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความเชื่อมโยงในการรักษา

(5) ประเมินผลงานเกี่ยวกับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล คุณภาพการพยาบาลหน่วยงาน

(6) พิจารณาความดี ความชอบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน

(7) จัดประชุมของหน่วยงาน การสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่

(8) สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจที่ดีในการทำงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ

(9) ควบคุม ดูแลความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน

(10) จัดหา ควบคุมการใช้และการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเครื่องนอนและเสื้อผ้า

(11) ประสานความร่วมมือในการทำงานกับหน่วยงานอื่น ทั้งภายใน ภายนอก โรงพยาบาล ร่วมทำงานในทีมคุณภาพต่างๆของโรงพยาบาล และเป็นผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

2) ด้านบริการ

(1) ปฏิบัติการพยาบาลโดยซื่อสัตย์สุจริตทางคลินิกใรงานบริการ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล

(2) อำนวยความสะดวก และสนับสนุนทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทุกประเภทให้ปลอดภัย

(3) วางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

(4) นิเทศติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

(5) สนับสนุนการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลให้บริการอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ

(6) ควบคุมและตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้องและครบถ้วน

3) ด้านวิชาการ

(1) พัฒนาความรู้และทักษะด้านวิชาการให้บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อตอบสนองการพัฒนา

งานคุณภาพการให้บริการทั้งก่อนประจำการ และขณะประจำการ

- (2) ประเมินความรู้และทักษะทั้งประสบการณ์ทำงาน และผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- (3) จัดทำ ตำรา คู่มือและเอกสารแนวทางในการปฏิบัติงานไว้ในหน่วยงาน
- (4) เป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานวิชาการในหน่วยงาน
- (5) สนับสนุนการนำผลงานวิจัยทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการบริการพยาบาล
- (6) รวบรวมสถิติ และวิเคราะห์ จัดทำรายงานของหน่วยงานประจำเดือนและประจำปี
- (7) เป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลกับประชาชนในเรื่องสุขภาพ
- (8) ร่วมเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจในคณะทำงานต่างๆ
- (9) ปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

สรุปได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับการบริหารในหน่วยงาน มีการวางแผนการให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง พัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต นิเทศสอนงาน ผู้ใต้บังคับบัญชาให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง สามารถแก้ไขปัญหาในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาตนเอง เป็นแบบอย่างที่ดี ในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้

1.2.2 หัวหน้าทีม (Team leader)

หัวหน้าทีมคือ ผู้ทำหน้าที่นำ โน้มน้าวและจูงใจสมาชิกทีมให้ร่วมมือกันในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หัวหน้าทีมจึงเป็นบุคคลที่เป็นแกนความสำคัญต่อความสำเร็จในการทำงานของทีมการพยาบาล แบ่งบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวร (In chart) และหัวหน้าทีม (Leader team) โดยมีหน้าที่ปฏิบัติดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2551: 403-406)

1) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (Nursing round) เพื่อประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการมอบหมายงานให้กับสมาชิกทีม รวมทั้งการวางแผนการพยาบาลร่วมกันกับทีมสุขภาพ

2) การมอบหมายงาน (Assignment) เป็นการมอบหมายภารกิจให้รับผิดชอบ โดยคำนึงถึงความสามารถ และขอบเขตงานของสมาชิกทีมแต่ละคน

3) การประชุมก่อนให้การพยาบาล (Pre-conference) เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่สมาชิกทีมและวางแผนการพยาบาลร่วมกัน รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่ควรให้การเฝ้าระวัง

4) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care planning) แผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นขั้นตอนและครอบคลุมปัญหาของ

ผู้ป่วยแต่ละบุคคล แผนการพยาบาลที่ดีต้องมีกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดงของผู้ป่วย

5) การพยาบาล (Nursingcare) หัวหน้าทีมไม่ใช่ทำหน้าที่ในการบริหารทีมการพยาบาล ต้องสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ หัวหน้าทีมจึงต้องมีความรู้ความสามารถในด้านการพยาบาลด้วย

6) การนิเทศการพยาบาล (Supervision) เพื่อช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติงาน และประเมินผลการปฏิบัติงานของสมาชิกทีม รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลซึ่งการนิเทศที่ถูกหลักจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมได้ รวมทั้งพัฒนาความสามารถแก่สมาชิกทีมซึ่งจะทำให้การทำงานในหอผู้ป่วยเป็นระบบ ขจัดปัญหา การทำงาน ซ้ำซ้อน ผิดพลาด และความขัดแย้งระหว่างบุคคล

7) การบันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) เพื่อเป็นหลักฐานการพยาบาลที่บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญที่ต้องบันทึกการพยาบาล ได้แก่ อาการ อาการแสดงของผู้ป่วย การพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

8) การประชุมภายหลังให้การพยาบาล (Post-conference) เพื่อประเมินติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่าได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ มีปัญหา อุปสรรคอย่างไร ควรนำไปปรับแผนการพยาบาลต่อไปอย่างไร

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา กำหนดบทบาท หน้าที่ ของหัวหน้าทีม (Leader team) และ เป็นหัวหน้าเวร (In chart) ดังนี้(คู่มือคุณภาพกลุ่มการพยาบาล, 2558)

- 1) รับนโยบายจากหัวหน้าหน่วยงาน วางแผนการพยาบาลในงานที่รับผิดชอบ
- 2) มอบหมายงานแก่สมาชิกทีม ตามความรู้ ความสามารถ และปริมาณงาน
- 3) ควบคุมและตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลของสมาชิกทีม
- 4) จัดเก็บ จัดเตรียมอุปกรณ์ และดูแลรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอ และดูแลอาคารสถานที่ให้เป็นระเบียบ สะดวก และปลอดภัยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
- 5) ประเมิน รายงานปัญหาทั้งด้านการรักษา และเหตุการณ์ผิดปกติอื่นๆให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- 6) ดูแลผู้ป่วยให้การรักษา และได้อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์
- 7) เป็นผู้นำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น การรับส่งเวร การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Pre-Post conference) การเปี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round) การศึกษาผู้ป่วยรายบุคคล (Case conference) การประชุมปรึกษาทางวิชาการของหน่วยงาน
- 8) นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับรองลงมา
- 9) สรุปรายงานเหตุการณ์
- 10) เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ระดับรอง
- 11) ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ประสานงานทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน

- 12) ร่วมปรับปรุงระบบงานบริการของหน่วยงาน
- 13) ร่วมจัดประสบการณ์การศึกษาทางการพยาบาล
- 14) ปฏิบัติงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

พยาบาลหัวหน้าทีมและหัวหน้าเวรมีบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน สำหรับงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าทีมนี้ ต้องมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมอบหมายให้เป็นหัวหน้าทีมก่อนแล้ว เมื่อผ่านการประเมินจึงมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวรได้

ทีมนำทางการพยาบาลที่เป็นแกนนำการนิเทศในหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าทีมและหัวหน้าเวร ซึ่งผู้นิเทศ (Supervisor) หมายถึง ผู้ที่มีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาตามตำแหน่งหน้าที่ แจ้งไว้ตามกฎหมาย ทำหน้าที่ควบคุม กำกับงานให้ได้ตามการผลิตงาน หรือผลิตบริการต่างๆ ให้ได้ผลลัพธ์ตามนโยบาย ของหน่วยงาน ถือเป็น Formal Authority ผู้นิเทศดังกล่าวจะมีหลายลำดับชั้น หรืออีกความหมายหนึ่ง เป็นผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้นิเทศ อาจจะเป็นบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้นิเทศ พยาบาลหัวหน้าทีม หรือพยาบาลหัวหน้าเวร เป็นผู้ที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้นิเทศ ทางคลินิกในหน่วยงาน โดยนิเทศระบบการจัดการของหน่วยงานและกิจกรรมการให้การพยาบาลผู้ป่วย (วาริ วนิชปัญจพล, 2548 :110-111) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา ผู้นิเทศคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าทีมและหัวหน้าเวรแต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้นิเทศคือพยาบาลหัวหน้าทีม

1.3สมาชิกทีม (Member)หมายถึงบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และแม่บ้าน แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เป็นผู้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ดังนี้ (คู่มือคุณภาพกลุ่มการพยาบาล, 2558)

- 1) รับมอบหมายงานจากหัวหน้าทีมการพยาบาล
- 2) วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล และมีการปรับปรุงแก้ไขตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและแผนการดูแลของสหวิชาชีพ
- 3) ร่วม Pre- conference และ Post Conference โดยนำเสนอข้อมูลการดูแลในผู้ป่วย Case ที่ตนเองรับผิดชอบ
- 4) ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดในเวรที่ได้รับมอบหมาย
- 5) เป็นผู้ประสานและติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- 6) ทบทวนแผนการพยาบาลกับผู้ป่วย / ครอบครัว พยาบาลหัวหน้าทีม และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้ไม่บรรลุผลลัพธ์ตามแผนการดูแล

7) สอน/ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อปัญหาได้เต็มที่ และติดต่อกับพยาบาลผู้ดูแลได้โดยตรง

8) ประเมินประสิทธิผลที่ผู้ป่วยได้รับ และรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยแก่พยาบาล หัวหน้าทีม

9) ทำหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นสมาชิกทีม จะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับการนิเทศ ซึ่งผู้รับ การนิเทศ หมายถึง บุคลากรทางการพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในงานการพยาบาล ที่เป็นผู้ปฏิบัติใน ระดับต่างๆ ในหน่วยงาน การนิเทศจะมีทุกระดับของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีผู้บังคับบัญชาในความ รับผิดชอบ ตามลำดับชั้น (วารี วณิชปัญญาผล, 2548: 111)

การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่วน การปฏิบัติการพยาบาล ในแต่ละหอผู้ป่วยจะได้รับการจัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติงานตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้รับนโยบายจากกลุ่มการ พยาบาล แล้วนำมาวางแผนในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสื่อสารมอบหมายการ ปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ หัวหน้าเวร หัวหน้าทีมและสมาชิกทีมดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย มีพยาบาลวิชาชีพทั้ง หมด 18 คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) การขึ้นปฏิบัติงาน หมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดอัตรากำลังในเวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ 6 คน ผู้ช่วยพยาบาลและ พนักงงานช่วยเหลือคนไข้ 3 คน เวรบ่าย/ดึก พยาบาลวิชาชีพ 4-5 คน ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงาน ช่วยเหลือคนไข้ 2-3 คน ภาระงานในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉลี่ย วันละ 28 คน พยาบาลบางส่วนต้อง ปฏิบัติงานตามนโยบาย ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยต้องปฏิบัติงานมากขึ้น

ด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีทั้งผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉลี่ยวันละ 8-10 คน และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยที่ นับวันยิ่งเพิ่มขึ้น รวมทั้งแนวทางการรักษาที่ซับซ้อนและการทำหัตถการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น พยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลาการประเมินติดตามการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน ทำให้ผลลัพธ์ในการ พยาบาลไม่ได้ตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ การทำงานให้ได้คุณภาพต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากทีมนำอย่างจริงจัง การประเมินติดตามการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ต้องมีเทคนิควิธีการที่ผู้ปฏิบัติไม่ เกิดความเครียดขณะได้รับการประเมิน การนิเทศทางคลินิกจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำมาใช้ในการ ใช้ในการช่วยเหลือให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องทำให้เกิด คุณภาพของงานตรงตามตัวชี้วัดขององค์กรหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นมีการนิเทศงาน ด้านการบริหาร จัดการ ครอบคลุมเรื่องบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อม แต่การนิเทศทางคลินิกมี การปฏิบัติน้อยหัวหน้าทีมที่มีประสบการณ์ทำงานจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการนิเทศทางคลินิก เพราะผู้ที่ปฏิบัติหน้างานมีประสบการณ์โดยตรงจะสามารถทราบปัญหา และหาทางแก้ไขได้อย่างตรง

ประเด็นแต่พบว่าการนิเทศทางคลินิกยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้หัวหน้าทีมยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการนิเทศทางคลินิกอย่างจริงจัง

2. การนิเทศทางคลินิก

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกระดับ การนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพต้องมีการวางแผน มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีลักษณะยืดหยุ่น สามารถปรับปรุงเข้ากับสถานการณ์นำไปปฏิบัติได้ และต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์การผู้ที่ทำการนิเทศต้องมีความเข้าใจกับการนิเทศอย่างถ่องแท้ การนิเทศเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นในงานขององค์การพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

2.1 ความหมายการนิเทศ

การนิเทศเป็นศิลปะทางวิทยาศาสตร์ประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคล ที่ต้องการเรียนรู้และให้ความช่วยเหลือในทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ตลอดจนพัฒนาความสามารถของคนให้ได้มากที่สุด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงและสร้างความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และช่วยให้ใช้ทักษะในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ (Swansberg, 2002)

วิเชียร ทวีลาภ (2537) ให้ความหมายการนิเทศการพยาบาลเป็นกระบวนการหนึ่งของการบริหารและเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้าทีม ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานที่ได้มอบหมายแก่สมาชิกและเป็นการช่วยควบคุมคุณภาพบริการพยาบาล

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) กล่าวถึงการนิเทศทางการพยาบาลคือการควบคุมกำกับการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน แนะนำการสอน การปรับปรุง ช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการเจริญงอกงาม ส่งเสริมให้เกิดทักษะ และมีการจรรโลงให้อิสระในการปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2554) การนิเทศทางการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้นิเทศปฏิบัติเพื่อควบคุม กำกับให้ผู้ถูกนิเทศปฏิบัติงานได้ถูกต้อง สอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบที่กำหนดโดยมีการช่วยเหลือชี้แนะ จูงใจ มีการปฏิบัติการนิเทศอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะส่งผลให้ผู้ถูกนิเทศ มีคุณภาพผลลัพธ์ของงานมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์การมีประสิทธิภาพ

ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2557) การนิเทศทางคลินิกหมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำ เสริมพลังหรือการสอนงานที่มุ่งเน้นด้านบริหารจัดการและด้านการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญกว่ามีการติดตามและกำกับให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย มาตรฐานและแนวปฏิบัติการ

พยาบาล โดยควบคุม กำกับบุคลากรในที่มสุขภาพทุกระดับให้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม

Ward (1990) การนิเทศเป็นศิลปะทางวิทยาศาสตร์การประยุกต์อย่างหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลที่ต้องการเรียนรู้ และการให้ความช่วยเหลือทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการพัฒนาความสามารถของบุคคลนั้นให้มากที่สุด

Lyth (2000) การนิเทศทางคลินิกเป็นกลไกส่งเสริม สนับสนุนในการปฏิบัติงานร่วมกันของวิชาชีพในองค์กรเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทำให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้ เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น กระบวนการนิเทศทางคลินิกจะทำให้เกิดความตระหนักในความรับผิดชอบ และการสะท้อนคิดการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่าการนิเทศทางคลินิก หมายถึงกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้นิเทศเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้และสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศ มีความรู้ ทักษะ เพิ่มประสบการณ์และมั่นใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานให้มากที่สุด สามารถแก้ไขปัญหาทางคลินิกได้นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดี

2.2 วัตถุประสงค์การนิเทศทางการพยาบาล

การตั้งวัตถุประสงค์การนิเทศทางคลินิกนั้นเป็นการกำหนดสิ่งที่จะได้รับหรือปรากฏให้เห็น เมื่อได้รับการนิเทศทางคลินิกไปแล้ว อาจเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ หรือวัตถุประสงค์ทั่วไป

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2549) กล่าวถึงวัตถุประสงค์การนิเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

สุพิศ กิตติรัชดา และ วารี วนิชปัญญาพร (2551) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้สามารถมีทักษะด้านวิชาการและมีทัศนคติที่ดีต่องาน เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการบริการพยาบาลอย่างถูกต้อง จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการใช้กระบวนการพยาบาลช่วยเหลือและช่วยปฏิบัติแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม และเพื่อสร้างขวัญ กำลังใจให้ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

สมกมล สายทอง (2554: 29) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศการพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลให้ได้รับความสะดวกในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสอน ชี้แนะให้ความรู้ทางด้านวิชาการ ทักษะในการปฏิบัติงาน ช่วยให้ผู้บุคลากรทางการพยาบาลมีการพัฒนาตนเอง พัฒนางานที่รับผิดชอบทั้งด้านคุณภาพและปริมาณเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพบริการ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2557)กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนิเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย เพื่อส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะในการ ปฏิบัติงานสูงขึ้น เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์การ

Kron(1981) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการนิเทศเป็นการพัฒนาบุคลากรมากกว่าให้ทำงานสำเร็จตามเวลา เมื่อบุคคลได้รับพัฒนาด้านวิทยาการเทคนิคทางพยาบาล ตามก้าวหน้าทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่นๆ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์การพยาบาลจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลได้รับการปรับปรุงอยู่เสมอ

สรุปได้ว่าวัตถุประสงค์ในการนิเทศทางคลินิก เพื่อให้ผู้รับการนิเทศได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน มีทัศนคติที่ดีต่องาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยปลอดภัย การปฏิบัติงานได้ตรงตามเป้าหมายขององค์การ

2.3 เป้าหมายการนิเทศทางการพยาบาล

เป้าหมายของการนิเทศจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของงาน หน่วยงานและสภาพของสังคม เศรษฐกิจ ในงานพยาบาลการตั้งเป้าหมายในการนิเทศเพื่อจะปรับปรุงการปฏิบัติงาน การบำรุงรักษาทรัพยากรบุคคล สิ่งของหรือของใช้ การสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้ได้ตามเป้าหมาย การเป้าหมายในการนิเทศการพยาบาล (สุพิศ กิตติรัชดา, 2551: 25) มีดังนี้

- 1) เพื่อให้ให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็ว คล่องตัวในการติดต่อประสานงานทุกระดับงาน เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายทั้งปริมาณ และคุณภาพ
- 2) เพื่อส่งเสริมความรู้ทางวิชาการและทักษะในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญกำลังใจและสวัสดิการต่างๆของบุคลากร
- 3) เพื่อบำรุงรักษาทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ ส่งเสริมความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนางาน
- 4) เพื่อมุ่งพัฒนาคน พัฒนางานด้านการพยาบาล และสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติ มีความพึงพอใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ
- 5) เพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงาน

ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2557)ได้กล่าวถึงการนิเทศทางคลินิก มีเป้าหมาย (Purpose) เพื่อสร้างความปลอดภัยโดย ใช้กระบวนการ (Process) ในการดูแลผู้ป่วย การสร้างพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert Nurse) พัฒนาการพยาบาลรายโรคมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรค (Clinical Nursing Practice Guideline) เพื่อประเมินความรู้ความสามารถ วัตถุประสงค์ (Performance) จาก ผู้ป่วยปลอดภัยและเพื่อให้ มีแผนการพัฒนาคน/ระบบบริการ

สรุปได้ว่าเป้าหมายการนิเทศทางคลินิกเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ มีทักษะและกำลังใจในการปฏิบัติงานทำให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2.4 หลักการนิเทศการพยาบาล

หลักการในการนิเทศทางการพยาบาลประกอบด้วยปรัชญาการนิเทศ หลักทางจิตวิทยาเพื่อการนิเทศ หลักการทางสังคมเพื่อการนิเทศ ลักษณะการเป็นผู้นำ และการติดต่อสื่อสาร ซึ่งสามารถปรับปรุงหรือเสริมสร้างในผู้นิเทศได้ ผู้นิเทศต้องสร้างความเข้าใจในบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์ เพื่อช่วยบุคคลผ่านกระบวนการปรับตัวไปได้ด้วยความสุข และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

สมสมัย สุธีรศานต์ (2551) ได้กล่าวถึงหลักการนิเทศสมัยใหม่มีดังนี้

- 1) ให้ความสำคัญกับตัวบุคคลเชื่อในการทำงานแบบประชาธิปไตย
- 2) ผู้นำต้องเป็นลักษณะจูงใจ ให้ความร่วมมือ
- 3) ต้องให้การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
- 4) มุ่งความสัมพันธ์ การจูงใจ การมีส่วนร่วม
- 5) เน้นความต้องการและความแตกต่างของบุคคล
- 6) เน้นการจัดระบบงาน การชี้แนะ การอำนวยความสะดวกและการติดตามงาน
- 7) ให้การช่วยเหลือ

Barrette (1968 อ้างในสุพิศ กิตติรัชดา และ วารี วนิชปัญญพร, 2551) กล่าวถึงหลักการนิเทศที่ดีต้องมีสิ่งต่อไปนี้

1) ผู้นิเทศต้องมีความรู้ถูกต้องตามหลักวิชาการ มุ่งปรับปรุงงาน โดยพัฒนาบุคลากรให้เก่งวิชาการ มีความรู้ตามหลักวิชาชีพ มีความชำนาญหรือทักษะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพมากกว่าจะใช้เป็นเครื่องในการเลื่อนตำแหน่ง

2) มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับการนิเทศ ดังนั้นผู้นิเทศต้องศึกษาหาความต้องการตรงประเด็นการนิเทศร่วมกับผู้รับการนิเทศ เพื่อความร่วมมือในกิจกรรมการนิเทศที่เหมาะสม โดยเลือกเทคนิควิธีการที่เหมาะสมในการนิเทศ และกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความรับผิดชอบรู้ว่าตนมีบทบาทอะไรที่สำคัญต่อความสำเร็จของงาน

3) ดำเนินการนิเทศตามแนวทางประชาธิปไตย บุคลากรมีสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งไม่ละเมิดสิทธิคนอื่น ใช้ความสามารถและสติปัญญาตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม ให้ความเป็นอิสระแก่ผู้รับการนิเทศที่จะนำเสนอข้อมูลและการปฏิบัติงานของตน

4) การนิเทศการพยาบาลต้องเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับการนิเทศแต่ละบุคคล เทคนิคการนิเทศที่ยืดหยุ่น สร้างขวัญและกำลังใจอย่างเป็นรูปธรรม

5) การนิเทศงานโดยตรง ผู้นิเทศต้องมีความชำนาญในงานที่นิเทศ เพื่อให้ถูกหลักตามวิชาการวิเคราะห์งานได้อย่างถูกต้อง การนิเทศตามขั้นตอนพร้อมศึกษานโยบาย ภารกิจของหน่วยงานที่นิเทศ และสิ่งที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนเพื่อความสมบูรณ์และถูกต้องในการนิเทศงาน

6) การนิเทศทางการพยาบาลเน้นการมีส่วนร่วม โดยการสอบถามเพื่อค้นหาข้อมูล ให้อิสระในการให้ข้อมูล และสามารถชี้แจงได้เมื่อพบข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

ลดาวัลย์ รวมนเมฆ (2557)กล่าวถึง หลักพื้นฐานการนิเทศ 5 ประการ คือ

1) หลักปรัชญาการนิเทศ เป็นการนำหลักวิทยาศาสตร์มาใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล การนิเทศจะประสบความสำเร็จได้จะต้องให้ผลพัฒนาทั้งด้านคนและงาน โดยมุ่งให้ผู้ปฏิบัติได้ทำงานบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและพัฒนาตนเองด้วยความพึงพอใจ

2) หลักจิตวิทยาการนิเทศ การนิเทศเป็นการกระทำโดยตรง หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคน ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับ

(1)ทัศนคติและความรู้สึกของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการนิเทศ เป็นไปในทิศทางใดเพื่อการปรับบทบาทและวิธีการนิเทศให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีเหตุผล

(2) พื้นฐานของผู้ได้รับการนิเทศ ในแง่ลักษณะ อุปนิสัย ผลงานและปัญหาเพื่อมาวางแผนเป็นแนวทางที่จะเข้าถึงขณะนิเทศได้อย่างถูกต้อง

(3) ความต้องการ เป้าหมายของการนิเทศ มีความต้องการอย่างไรจากการนิเทศและผู้ได้รับการนิเทศ

(4) ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คนทุกคนมีความแตกต่างกันในตัวบุคคล ซึ่งมีความต้องการเหมือนกัน ต่างกันตรงระดับความต้องการ

3) หลักการเป็นผู้นำ หมายถึงการใช้ความรู้ความสามารถและการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ เป็นการทำงานไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

4) หลักการมนุษยสัมพันธ์ ผู้นิเทศจะต้องใช้มนุษยสัมพันธ์อย่างสูงเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในบทบาทภารกิจของกันและกัน

5) หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าหลักการนิเทศทางคลินิก เป็นหลักการที่ใช้หลักปรัชญา หลักจิตวิทยา มุ่งเน้นการพัฒนาคนและพัฒนางาน เน้นให้บุคคลมีความรู้ ทักษะในงาน การทำงานแบบมีส่วนร่วม การสร้างความสัมพันธ์ ยึดหลักประชาธิปไตย มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การนิเทศทางคลินิกให้ผลงานที่ได้รับถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.5 องค์ประกอบการนิเทศการพยาบาล

องค์ประกอบการนิเทศทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่จำนำมารวบรวมเข้าด้วยกันทำให้มองเห็นถึงการนิเทศการพยาบาลซึ่งองค์ประกอบของการนิเทศงาน ประกอบด้วย ผู้นิเทศ เครื่องมือในการนิเทศ กระบวนการนิเทศ ผู้รับการนิเทศและผลลัพธ์การนิเทศ (วารี วณิชปัญญาพล, 2548: 110)

รัชณี อยู่ศิริ และคณะ (2551) กล่าวถึง องค์ประกอบการนิเทศมี 2 ส่วนคือการนิเทศงานตามวิชาการ และการนิเทศตามการบริหารจัดการ เพื่อมุ่งปรับปรุงโดยการพัฒนาตนเองหรือปรับปรุงคุณภาพระบบงาน

สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วณิชปัญญาพร (2551) กล่าวถึง องค์ประกอบการนิเทศการพยาบาลมี 5องค์ประกอบคือ

- 1) องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วยหลักการนิเทศ แนวคิด เป้าหมายและวัตถุประสงค์การนิเทศการพยาบาล
- 2) องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย หน้าที่ความรับผิดชอบ บทบาท คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้นิเทศทางการพยาบาล
- 3) องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย กระบวนการนิเทศการพยาบาล กิจกรรมการนิเทศและวิธีการนิเทศ
- 4) องค์ประกอบที่ 4 เครื่องมือในการนิเทศการพยาบาล
- 5) องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์การนิเทศการพยาบาล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2554) กล่าวถึง องค์ประกอบในการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) องค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่
 - (1) ผู้บริหารหรือหัวหน้างานเป็นผู้กำหนดนโยบาย หรือหลักการในการปฏิบัติงาน
 - (2) ผู้นิเทศทางการพยาบาล ได้แก่หัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการและหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลหัวหน้าทีม
 - (3) ผู้รับการนิเทศ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
 - 2) องค์ประกอบที่เป็นด้านกิจกรรมหรืออุปกรณ์ ได้แก่การตรวจเยี่ยม การประชุมปรึกษาหารือ การสอน การแก้ปัญหา การสังเกต และการร่วมมือปฏิบัติงาน
- สรุปได้ว่าองค์ประกอบในการนิเทศทางคลินิกนั้นประกอบด้วย หลักการและแนวคิดในการนิเทศทางคลินิก บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติและมีสมรรถนะในการนิเทศ มีผู้รับการนิเทศ โดยใช้กระบวนการนิเทศเป็นเครื่องมือ และวัดผลที่ได้จากการนิเทศในด้านคุณภาพการดูแล และความพึงพอใจจากการนิเทศที่ได้รับ

2.6 คุณลักษณะของผู้นิเทศทางการแพทย์พยาบาล

ในด้านพฤติกรรมกรรมการบริหารงานผู้นิเทศการพยาบาลนั้นต้องมีคุณลักษณะที่มีบุคลิกภาพเป็นผู้นำ (Leader) ซึ่งมีคุณสมบัติพิเศษที่มีความสามารถผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ คุณลักษณะของผู้นิเทศการพยาบาลควรมีดังนี้ (สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วณิชปัญญพล, 2551: 55-57)

- 1) มีภาวะผู้นำมีบุคลิกภาพที่ดี
- 2) มีความรู้ความเข้าใจในงานมั่นใจในตนเอง
- 3) มีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี
- 4) มีประสบการณ์ที่ดีนำไปใช้ในการนิเทศ
- 5) มีการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี
- 6) มีท่าทีเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส
- 7) มีทักษะการสอน
- 8) สามารถสังเคราะห์ วิเคราะห์งานได้ดี
- 9) มีการสื่อสารที่ชัดเจน
- 10) มีการประสานงานที่ดี

ผู้นิเทศทางคลินิกควรมีลักษณะเป็นผู้นำทางคลินิก ซึ่งผู้นำทางคลินิกเป็นสิ่งจำเป็นในการกำกับดูแลทางคลินิกซึ่งเกิดขึ้นในทุกระดับของการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการนำการทำกิจกรรมการปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัย เป็นการจัดคุณสมบัติของผู้นำทีมในหน่วยงาน (Victoria Health Care Association, 2008)

Davidson, Elliott and Daly (2006) กล่าวว่า การเป็นผู้นำทางคลินิก เป็นภาวะผู้นำที่สามารถมองเห็นการระบุเป้าหมายที่ชัดเจนการจัดบริการการสร้างแรงจูงใจให้คนอื่น ๆ ในการทำงานให้การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ทำงานบรรลุเป้าหมายการสร้างข้อตกลงร่วมกันเพิ่มความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และการติดตามการให้บริการและผลลัพธ์ของแต่ละคน

Pintar et al (2007) กล่าวถึงลักษณะผู้นำทางคลินิก คือเป็นผู้อุทิศตน มีความกระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี ความยืดหยุ่น ทำงานอย่างมืออาชีพ มีความคิดเปิดกว้าง มีทักษะในการจินตนาการ สามารถจัดระดับความสำคัญ สามารถมองมุ่งเน้นในงานและมุ่งมั่นในการเรียนรู้

Kieseker(2013) กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย มีความสามารถในการสนับสนุนความสัมพันธ์ แยกบทบาทการนิเทศทางคลินิกจากบทบาทในการปฏิบัติงาน การเข้าถึงได้ง่าย เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ไม่ด่วนตัดสินใจ มีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการปฏิบัติงานทางคลินิกเป็นแบบอย่างในการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการนิเทศทางคลินิก มองเห็นความจำเป็นทางคลินิกจากความจำเป็นด้านบุคคลมีมุมมององค์การที่กว้างมีแนว

ทางการบันทึก มีวิธีการสำหรับการสร้างสรรค์โอกาสสำหรับการพัฒนาปรับปรุง มีเทคนิคการจัดการ
ทีมอย่างเป็นระบบ

สำหรับผู้ใหม่ ควรมีความรู้และทักษะดังนี้

- 1) มีความสามารถในการให้ความรู้และการจัดการอารมณ์
- 2) เป็นผู้ฟังที่ดี และมีการรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) มีความสามารถในการกระตุ้นการสะท้อนกลับการปฏิบัติงานโดยใช้แนว

ทางการตั้งคำถาม

- 4) มีความสามารถในการช่วยผู้รับการนิเทศสรุปในช่วงการประชุมร่วมกัน
- 5) สามารถในการเชิญชวน ท้าทายตลอดจน การสนับสนุนผู้รับการนิเทศ
- 6) สามารถเสนอความคิดเห็นที่มีประสิทธิภาพ
- 7) สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในขณะที่ให้การนิเทศ
- 8) การกำจัดอุปสรรคในการนิเทศ
- 9) ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการนิเทศอย่างเปิดเผยและจริงใจ
- 10) ให้การสนับสนุนอย่างเท่าเทียมกันในระยะเวลาการนิเทศ

สรุปได้ว่าผู้นิเทศทางคลินิกเป็นผู้ที่มีลักษณะเป็นผู้นำทางคลินิกเป็นหัวหน้าทีมพยาบาลที่มี
คุณลักษณะเป็นผู้ที่มีความรู้เชี่ยวชาญในงานสามารถให้ความรู้และควบคุมอารมณ์ได้ มีสัมพันธภาพที่
ดีกับผู้ปฏิบัติงาน มุ่งมั่นในการเรียนรู้ มีวิสัยทัศน์ที่ดี มีความกระตือรือร้น กล้าแสดงความคิดเห็นที่มี
ประโยชน์ มีเป้าหมายในการทำงาน มีความยืดหยุ่น มองโลกในแง่ มีความคิดเปิดกว้างเป็นผู้ฟังที่ดี
อุทิศตนในการปฏิบัติงานและสามารถสร้างทีมงานให้มีประสิทธิภาพได้ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้นิเทศทาง
คลินิกเป็นพยาบาลหัวหน้าทีมที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อน
ร่วมงาน

2.7 รูปแบบการนิเทศทางคลินิก (Model of clinical supervision)

ความหมายของรูปแบบ (Model) ตามพจนานุกรมการศึกษา หมายถึง แบบอย่างของสิ่งใดสิ่ง
หนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็น
ตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน
และกันซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม ตามความหมายดังกล่าวอาจ
กล่าวได้ว่า รูปแบบ คือแบบจำลองของสิ่งที่

สมสมัย สุธีรศานต์ (2551)รูปแบบการนิเทศ ตามลักษณะของปรัชญาและลักษณะของผู้นิเทศ
ออกเป็น 4 รูปแบบ

1) การนิเทศแบบตรวจตรา (Inspection Supervision) เป็นการนิเทศแบบดั้งเดิมผู้นิเทศทำหน้าที่ตรวจสอบเช่นการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานเมื่อตรวจแล้วชี้แจงให้พยาบาลแก้ไขข้อบกพร่อง

2) การนิเทศแบบให้ผลผลิต (Supervision as Production) พยาบาลเป็นพนักงานและผู้ป่วยเป็นผลผลิตและผู้นิเทศทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพและพัฒนาเพื่อให้ผลผลิตมีคุณภาพ

3) การนิเทศเพื่อพัฒนา (Developmental Supervision) เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตามความสามารถที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลซึ่งนำเมื่อพยาบาลมีความรู้ความสามารถทำให้มีความสามารถสูงขึ้น เมื่อเกิดปัญหา ก็สามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันได้

4) การนิเทศแบบคลินิก (Clinical Supervision) ได้ข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตการทำงานเป็นการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับผู้นิเทศสามารถวิเคราะห์การปฏิบัติเพื่อนำไปปรับปรุงการทำงาน

Faugier(1992) รูปแบบการนิเทศในการพัฒนาและการสนับสนุน (Growth and Support Model) เป็นบทบาทของผู้นิเทศที่ต้องสนับสนุนผู้รับการนิเทศในด้านการศึกษาและด้านบุคลิกภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนการพัฒนาความสามารถในทางคลินิกของตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ในด้านความเอื้ออาทร ความไวต่อความไม่ประณีประนอม การให้รางวัล ท่าทางการเปิดใจ การเต็มใจที่จะเรียนรู้ การกำหนดเป้าหมายทิศทาง ความรอบครอบและการกระตุ้นความคิด สัมพันธภาพ ความเป็นมนุษย์ และความไวใจ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้เป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ในกระบวนการนิเทศซึ่งผู้นิเทศสามารถมั่นใจในปัจจัยที่สำคัญเหล่านี้

Hawkins and Shohet(1989) รูปแบบการนิเทศแบบบูรณาการ (Integrative Model) คือรูปแบบที่มองเข้าไปถึงความใกล้ชิดของความสัมพันธ์ในการนิเทศซึ่งมี 4 องค์ประกอบคือผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศ ผู้รับบริการ และบริบทการทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็นสองส่วนได้คือ ในส่วนของผู้รับบริการกับสถานที่ให้บริการ และในส่วนของผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ เหมือนเป็นการข้อตกลงร่วมกันในเรื่องการให้เวลา การเจรจาต่อรองเรื่องงานและการตั้งเป้าหมาย

Proctor(1986) รูปแบบการนิเทศเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นิเทศ (Three-function interaction Model) มี 3 บทบาทประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative = Managerial) เป็นการบริหารจัดการ โดยการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ พัฒนามาตรฐาน และการสนับสนุนการตรวจสอบทางคลินิก 2) การให้ความรู้ (Formative= Education) เป็นการสนับสนุนการพัฒนาทักษะ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 3) การสนับสนุน (Restorative = Pastoral Support) ให้กำลังใจในผู้รับการนิเทศ ให้มีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอารมณ์เครียดสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลได้

แนวทางการนิเทศของ Proctor มีความแตกต่างกันตามหน้าที่และการทำงาน ดังนี้ (Inskipp and Proctor, 1995 cite in Proctor, 2001: 42)

1) การนิเทศแบบเป็นผู้นำโดยตรง (Active Leadership) ผู้นิเทศมีความมุ่งมั่นที่จะนำให้เกิดการปฏิบัติโดยการจูงใจ กระตุ้นในการสอน ในการปรับเปลี่ยนความคิด เป็นจุดเริ่มต้นของการตกลง การปฏิบัติงาน

2) การนิเทศตามข้อตกลง (Assertion) ผู้นิเทศมุ่งมั่นยึดตามข้อตกลงที่ร่วมกัน เป็นแนวทางการปฏิบัติตามความรับผิดชอบ เป็นยอมรับการเริ่มต้นที่ผู้รับการนิเทศต้องลงมือปฏิบัติ

3) การนิเทศแบบติดตาม (Following) ผู้นิเทศปฏิบัติหลังจากมีการให้ความรู้และการปฏิบัติตามข้อตกลง ต้องมีการติดตาม ภายใต้วางใจ การติดตามในเป้าหมายที่ตกลงกัน

สิ่งที่ได้จากการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบของ Proctor (Proctor, 2001: 31)

1) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้นและ มีการตรวจสอบการทำงานของตนเอง ในวิชาชีพทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมอย่างมีคุณค่าเพียงพอ เป็นการสนับสนุน และการกระตุ้นผู้ปฏิบัติงาน

2) ความสามารถการสะท้อนกลับจากประสบการณ์และการปฏิบัติงาน ในชีวิตและการเรียนรู้

3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เท่ากันซึ่งได้จากการที่ ผู้เรียนรู้ต้องรู้สึกได้ถึงความสำเร็จและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และการปฏิบัติอย่างจริงจัง

4) ผู้นิเทศเปรียบเสมือนผู้ร่วมปฏิบัติงานอาจจะมีหรือไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน หรือมีอายุที่มากกว่าก็ได้ แต่ผู้นิเทศเป็นผู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนแนวคิดในด้านวิชาชีพและจริยธรรมได้

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกนั้นมีหลายแนวคิด การนำไปปรับใช้แล้วแต่สถานที่ และประโยชน์ ความมุ่งหวังของการนำไปใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำรูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor (1986) เป็นการกำหนดหน้าที่ของผู้นิเทศ 3 บทบาท คือ การให้ความรู้เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการให้สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานเป็นการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ และการสนับสนุนให้กำลังใจไม่เครียดขณะปฏิบัติงาน ซึ่งรูปแบบการนิเทศนี้ใช้ในการนิเทศทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม

2.8 กระบวนการนิเทศทางคลินิก

กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นงานที่ทำต่อเนื่อง มีแบบแผนการนิเทศงานของพยาบาลและมีลำดับขั้นตอนชัดเจน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ พวงรัตน์ บุญญารักษ์ (2538) กระบวนการนิเทศมี 10 ขั้นตอน

1) กำหนดวัตถุประสงค์ระยะยาวของคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

2) ประเมินความต้องการการปรับปรุงการพยาบาลในหน่วยงาน

- 3) กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะตามความต้องการในการปรับปรุงการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการปรับปรุงหน่วย
- 4) กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะ
- 5) ประเมินความต้องการการปรับปรุงการพยาบาลในแต่ละคน หรือการปรับปรุงกิจกรรมพยาบาลในแต่ละเวร แต่ละคน
- 6) กำหนดวัตถุประสงค์ของบุคลากรเป็นรายบุคคล และสิ่งที่ต้องการปรับปรุงในแต่ละเวร
- 7) กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์รายบุคคล
 - 8) ปฏิบัติตามแผนตั้งแต่ขั้นที่1 ถึงขั้นที่ 7 ภายใต้การนิเทศ
 - 9) ประเมินผลแผนงานและกำหนดแผนใหม่
 - 10) ประเมินผลบุคลากรรายบุคคล และกิจกรรมพยาบาลเฉพาะ อย่างเป็นทางการของคุณภาพการพยาบาล

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) กระบวนการนิเทศการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือการวางแผนการนิเทศ โดยมีขั้นตอนดำเนินการกำหนดวัตถุประสงค์ การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและการกำหนดแผนการนิเทศ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) กระบวนการนิเทศเป็นกระบวนการสำคัญของการจัดการเพื่อความปลอดภัย เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นงานที่ต้องทำต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน มีขั้นตอนชัดเจน การนิเทศเริ่มต้นตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในระบบการดูแลรักษาแก่นสำคัญคือการร่วมมือในการรักษาพยาบาลดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ

- 1) การวางแผนการนิเทศเป็นการกำหนดเป้าหมายเบื้องต้นของการนิเทศ การกำหนดทางเลือกของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย มีการกำหนดเป้าหมายและวิธีการดำเนินการที่แน่นอนชัดเจน จัดทำแผนนิเทศ กำหนดวิธีการประเมินผลนิเทศ และมีการบันทึกการนิเทศเป็นลายลักษณ์อักษร

- 2) การดำเนินการนิเทศ มีขั้นตอนดังนี้ คือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการนิเทศ พิจารณาผู้รับการนิเทศ ดำเนินการตามที่วางไว้ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนจากกัน

- 3) การประเมินผลการนิเทศมีขั้นตอนดังนี้ คือ การกำหนดเป้าหมายและมาตรฐานขั้นต่ำของการประเมินผล การรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลวิเคราะห์ข้อมูล และการบันทึกผลการประเมินไว้เป็นหลักฐาน

สรุปได้ว่ากระบวนการนิเทศทางคลินิก เป็นกระบวนการนิเทศปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่องมีการจัดลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนจำหน่ายประกอบด้วย การวางแผนการการนิเทศ การดำเนินการนิเทศและการประเมินผลการนิเทศ

2.9 กิจกรรมการนิเทศการพยาบาล (Practice of Nursing Supervision)

กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) กล่าวถึงวิธีการนิเทศหลายวิธีที่อาจใช้พร้อมกันได้ คือ การปฐมนิเทศ การประชุม การปรึกษาหารือ การสังเกต การตรวจเยี่ยม การแนะนำและการให้คำปรึกษา วิธีการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลควรจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม มุ่งให้ผู้รับการนิเทศพัฒนาตนเองทั้งด้านสติปัญญา ทักษะและทักษะในการปฏิบัติงาน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) และวารี วัฒนชัยจุพล (2544) กล่าวถึงกิจกรรมการนิเทศการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพประกอบด้วยกิจกรรมการนิเทศ 7 ประการ

- 1) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล (Nursing Round) เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของบุคลากร
- 2) การประชุมปรึกษาหารือ (Nursing Conference) เป็นการใช้หลักของกระบวนการกลุ่มในการอภิปรายปัญหาเพื่อให้หาแนวทางในการปฏิบัติในการแก้ปัญหา
- 3) การสอน (Teaching) เป็นการแสวงหาความรู้ใหม่ทางการพยาบาลและถ่ายทอดให้บุคลากรโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่
- 4) การแก้ปัญหา (Problem-Solving) เป็นการให้แนวทางในการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อประกอบการตัดสินใจขณะให้การพยาบาล มุ่งเน้นให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติงานในสิ่งที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง เหมาะสมกับสถานการณ์
- 5) การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling & Guidance) เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้น ผู้นิเทศต้องเข้าใจในกระบวนการแก้ปัญหา โดยเริ่มกระบวนการแก้ไขจากการรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาลักษณะของปัญหา วางแผนกิจกรรมนำสู่การปฏิบัติและประเมินผลเมื่อปฏิบัติกิจกรรมแล้ว
- 6) การสังเกต (Observation) เป็นกิจกรรมสำคัญและจำเป็นในการนิเทศทางการพยาบาล โดยสื่อให้เห็นทั้ง verbal หรือ Non verbal ทำให้ทราบปัญหาความต้องการของผู้รับการนิเทศ และผู้ให้บริการ เพื่อให้การพยาบาลที่ดีที่สุด การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเต็มใจ ซึ่งนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย
- 7) การร่วมมือปฏิบัติ (Participation) เป็นกิจกรรมที่นิเทศและผู้รับการนิเทศปฏิบัติงานร่วมกัน ในการสอน ช่วยเหลือ แนะนำ รวมทั้งเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติงาน มีโอกาสแลกเปลี่ยนแนวคิดช่วยในการค้นปัญหาได้ด้วยตนเอง

สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วัฒนชัยจุพล (2551) กล่าวถึงกิจกรรมในการนิเทศทางคลินิกที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมการพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติคือ การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) โดยทั่วไปมี 7 อย่างดังนี้

1) การประชุมปรึกษาในการชี้แนะแนวทาง(Direction giving conference) หรือการประชุมก่อนการปฏิบัติ (Pre conference) เป็นการประชุมปรึกษาก่อนเริ่มการปฏิบัติงานในแต่ละเวรเกี่ยวกับ การมอบหมายผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาลเฉพาะอย่าง เป็นการประชุมรายบุคคลมากกว่าการประชุมเป็นรายกลุ่ม เป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจในงานและการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2) การประชุมเกี่ยวกับสาระสำคัญ (Content conference) เป็นการที่สมาชิกทีมมีการอภิปรายเนื้อหาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เนื้อหาเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยร่วมกัน โดยผู้นิเทศหรือหัวหน้างานเป็นผู้กำหนดมอบหมายให้เป็นรายบุคคลเตรียมมา และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามหัวข้อที่มอบหมาย หรือที่สมาชิกกลุ่มสนใจในขอบเขตการพยาบาลใช้เวลา 30-45 นาที

3) การประชุมทีมการพยาบาล (Nursing Team Conference)เป็นการประชุมปรึกษาในทีมหรือหลายทีมร่วมกันเพื่อศึกษาปัญหา และหาแนวทางการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย ทีมประกอบด้วยพยาบาล แพทย์ และผู้รักษาด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย

4) การประชุมปรึกษาข้างเตียง (Bedside conference) เป็นการนำผู้ป่วยมาร่วมศึกษาผลการพยาบาล สมาชิกทีมต้องมีข้อมูลผู้ป่วยและให้ความระมัดระวังคำพูดอาจทำให้ผู้ป่วยกังวลใจขณะร่วมประชุมด้วย

5) การประชุมปรึกษาของบุคลากรพยาบาล (Nursing staff conference) เป็นการประชุมที่ไม่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการประชุมเพื่อหาข้อยุติในการบริหารจัดการ เป็นการประชุมของทีมการพยาบาลร่วมกับทีมบริการด้านอื่นๆ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

6) การประชุมปรึกษาการพยาบาล (Nursing care conference) เป็นการประชุมปรึกษาการพยาบาล เพื่ออภิปรายการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งมีผลกับการวางแผนการพยาบาลโดยตรง

7) การประชุมปรึกษาประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน (Post conference) เป็นการประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไข เพื่อนำไปปรับปรุงการวางแผนการปฏิบัติงานต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลคือ ก่อนการปฏิบัติกิจกรรม (Pre Conference) ขณะให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย (Nursing Care) และเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาล (Post Conference)

นอกจากนี้กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกยังมีเทคนิคในเรื่อง การสอน (Teaching and Learning) การสอนแนะ (Coaching) และการเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring)มาใช้ในแต่ละขั้นตอนที่ปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ โดยพิจารณาตามสถานการณ์ ดังนี้

1) การสอน (Teaching and Learning) เป็นกิจกรรมการนิเทศโดยมุ่งหวังที่จะให้มีการพัฒนาในบุคคล และส่งเสริมประสิทธิภาพ ประสิทธิผลทางการพยาบาล การสอนผู้นิเทศจะใช้รูปแบบของการสอนพยาบาลในคลินิก โดยเน้นการเรียนการสอนแบบผู้ใหญ่ (Adult education) โดยมุ่งที่ความรับผิดชอบในวิชาชีพเป็นสำคัญ

Kron(1981) กล่าวถึงการสอนที่ดีมี 4 ขั้นตอนคือการเตรียม (prepare) การนำเสนอ (present) การปฏิบัติ (practice) และการติดตามผล (follow up) การสอนในการนิเทศทางคลินิก ผู้นิเทศจะกำหนดวิธีการสอนขึ้นอยู่กับวิธีการนิเทศด้วยว่าเป็นรายกลุ่ม หรือรายบุคคล การสอนอาจกำหนดเป็นแผนหรือไม่มีแผนการสอนก็ได้ การวางแผนขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และวัตถุประสงค์ของการสอน

ซึ่งวิธีการสอนนั้นผู้นิเทศเป็นคนเลือกเองได้ว่าจะสอนเป็นกลุ่ม สัมมนาใช้วิธีการวิเคราะห์เฉพาะราย ในการทำงานเป็นทีมควรสอนทั้งทีม การสอนแบบสาธิตจากขั้นตอนการทำงานต้องฝึกให้เชี่ยวชาญมีการวางแผนการสอนไว้ หรือการสอนขณะการเยี่ยมชมตรวจ เป็นปฏิบัติการที่ต้องสอนทันที ทำให้ผู้รับการนิเทศเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2) การสอนแนะ (Coaching) เป็นการสอนงาน เป็นกระบวนการหนึ่งที่หัวหน้างานนำมาพัฒนาลูกน้อง ให้มีความรู้ ทักษะ มีคุณลักษณะเฉพาะตัว ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย

ปรีชา พรหมบุตร (2554) ให้ความหมายของการสอนแนะว่า หมายถึง การสอนแนะ ซึ่งการสอนแนะเป็นเทคนิคหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร ทั้งนี้จะเรียกผู้สอนงานว่า “Coach” โดยปกติผู้เป็น Coach สามารถเป็นได้ทั้งผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ส่วนผู้ถูกสอนแนะโดยปกติจะเป็นลูกน้องที่อยู่ภายในทีม หรือกลุ่มงานเดียวกันเรียกว่า “Coachee”

การสอนแนะคือ วิธีการในการพัฒนาสมรรถภาพการทำงานของบุคคลโดยเน้นไปที่การทำงานให้ได้ตามเป้าหมายของงานนั้น หรือการช่วยให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ หรือได้รับการอบรมมาไปสู่การปฏิบัติได้

Mink (1993) กล่าวถึงการสอนแนะหมายถึง การสนับสนุนและให้การส่งเสริมให้ผู้อื่นมีความสามารถมากขึ้น เพื่อให้บุคคลนั้นมีอำนาจในตัวเองที่จะสามารถค้นหาแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงการทำงานที่สร้างด้วยตัวเองได้

การสอนแนะที่ใช้รูปแบบ GROW Model (White, 2012) ประกอบด้วย

G = Goal หมายถึง การตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เรื่องที่ต้องการวัดผล

R= Reality หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นจริงอยู่ ความคิด ความรู้สึกที่อยู่ปัจจุบัน

O= Option หมายถึง ทางเลือกวิธีการแผนงาน ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ

W= Way Forward, Will หมายถึง สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติหรือตัดสินใจทำ

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2554) กล่าวถึงการใช่ GROW Model เป็นเครื่องมือการสอนงานไม่เน้น
ชี้แนะเป็นการตั้งคำถามกระตุ้นความคิด ใช้ Topic ทำความเข้าใจกับประเด็นว่าจะคุยกันเรื่องอะไร

G = Goal เป้าหมายอยากเห็นผลอะไร

R = Reality ข้อเท็จจริง กำลังเกิดอะไรอยู่

O = Option ทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้

W = Will or Wrap up ตัดสินใจจะทำอะไร

การนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้การสอนแนะตาม GROW Model
สามารถใช้คำถามที่ช่วยกระตุ้นความคิดของผู้รับการนิเทศดังตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอน	คำถามกระตุ้นความคิด
G = Goal	<ul style="list-style-type: none"> - มีวิธีการอย่างอื่นใหม่ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยรายนี้ - จะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนานๆ - ถ้าเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยจะเกิดผลกระทบอะไรบ้างกับตัวเรา ญาติ และโรงพยาบาล
R= Reality	<ul style="list-style-type: none"> - ตอนนี้ต้องทำอะไรบ้างในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ - ในหอผู้ป่วยมีวิธีการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างไร - มีอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลเพียงพอไหม - มีอุปสรรคอะไรใหม่ที่ทำให้ไม่สามารถพลิกตัวตามเวลาที่กำหนด - มีอุปสรรคในการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงหรือไม่ - แนวปฏิบัติที่ทำอยู่มีการอ้างอิงทางวิชาการหรือไม่
O= Option	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดแผลกดทับเลยต้องทำอะไรบ้าง - ทำอย่างไรให้มีการประเมินความเสี่ยงทุกราย - การให้ญาติมีส่วนร่วมทำอย่างไร - พี่จะจัดท่านอนตะแคง 30 องศาให้ดู น้องคิดว่าจะทำได้ไหม
W = Will or Wrap up	<ul style="list-style-type: none"> - ตกลงจะใช้วิธีไหนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยรายนี้ - จะประเมินผลการดูแลของน้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร - จะให้พี่ช่วยอะไรอีกไหม

3) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) ระบบพี่เลี้ยงเป็นการสอนงานแบบตัวต่อตัวโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า การมีระบบพี่เลี้ยงสามารถทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและเกิดความพึงพอใจในงานได้

จารุพรรณ สีสะยุทธโยธิน (2555) ให้ความหมาย Mentor ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่มีเป้าหมายในวิชาชีพ การพัฒนาบุคคล เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ของตนให้ผู้ที่มีประสบการณ์ที่น้อยกว่า

Cooper and Palmer (2000) ให้ความหมาย Mentor ว่าเป็น พยาบาลประจำการที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและมีประสบการณ์ มีความเต็มใจที่จะทำงานร่วมกับพยาบาลใหม่หรือผู้ที่ย้ายเข้ามาใหม่ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุน ให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ และสถานการณ์ใหม่ภายใต้ภาวะแวดล้อมทางคลินิกที่หลากหลายได้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2548) กล่าวถึงบทบาทที่เลี้ยงประกอบด้วย บทบาท การเป็นผู้สอนงาน (Teacher/ Coach) ผู้แนะนำ ผู้ให้คำปรึกษา (Advisor/Counselor) ผู้เป็นแบบอย่าง (Role Model) เป็นผู้อุปถัมภ์ แหล่งทรัพยากรบุคคล (Sponsor/Resource personal) นักปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner) และผู้นิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision)

สรุปได้ว่ากิจกรรมการนิเทศทางคลินิกในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) ร่วมกับเทคนิค การสอนให้ความรู้ การสอนแนะ โดยปฏิบัติ ดังนี้

1) การนิเทศขณะ Pre Conference เป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนให้การดูแลผู้ป่วย โดยประเมินความรู้ของผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศให้ความรู้และทักษะเพิ่มเป็นการเตรียมมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

2) การนิเทศขณะ Nursing Care เป็นการประเมินติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับและการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ โดยการสอนแนะ ตามรูปแบบ GROW Model การให้ความรู้และทักษะเพิ่ม โดยการสาธิตการปฏิบัติ ใช้นวัตกรรม และการสนับสนุนให้กำลังใจ สะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม

3) การนิเทศขณะ Post Conference เป็นการสรุปการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ การให้ความรู้เพิ่มส่วนที่ขาดและวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ สะท้อนความรู้สึกต่อการปฏิบัติและสนับสนุนสิ่งที่ต้องการเพื่อทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.10 วิธีการนิเทศทางคลินิก

ปัจจุบันมีวิธีการการนิเทศทางคลินิกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ หลายวิธีซึ่งขึ้นกับการเลือกนำไปใช้ ดังนี้

ประพิณ วัฒนกิจ (2541) และนิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) วิธีนิเทศมี 2 วิธีคือ

1) การนิเทศอย่างใกล้ชิด (Close supervision) เป็นการติดตามควบคุม ดูแลการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่คนใดคนหนึ่งอย่างใกล้ชิด การนิเทศลักษณะนี้มี ผลเสีย คือผู้รับการนิเทศขาดอิสระในการปฏิบัติงานไม่มีโอกาสสำหรับความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ผลดีคือเป็นการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตราย

2) การนิเทศแบบทั่วไป (General supervision) เป็นการนิเทศที่สังเกตอยู่ห่างๆให้อิสระแก่ผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติงาน ผู้นิเทศเพียงให้คำแนะนำอยู่ห่างๆการนิเทศแบบนี้ผู้นิเทศใช้ความคิดของตนเองและตัดสินใจด้วยตัวเอง ผลสัมฤทธิ์ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน และผู้รับการนิเทศมีความสุข

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) เทคนิคการนิเทศทางการพยาบาลคือ เริ่มจากการนิเทศรายกรณีและแก้ไขเป็นรายๆสู่ความครอบคลุมทุกราย เทคนิคการนิเทศคือ

- 1) เลือกกระบวนการที่สำคัญในการดูแลที่ต้องการคุณภาพการดูแลรักษา
- 2) การให้ความรู้กระบวนการพัฒนางานโดยการดูแลผู้ป่วย
- 3) ให้ความรู้เรื่องมาตรฐานที่ต้องพัฒนา
- 4) ชี้จุดบริการที่ไม่เหมาะสม
- 5) เชื่อมโยงมาตรฐานกับการดูแลผู้ป่วย คือ เลือกจุดที่มีความเสี่ยงในการดูแลรักษาสูง เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน วางแผนในการตามรอย (Tracer) การดำเนินการ และการประเมินผลหาโอกาสพัฒนา

ซึ่งรูปแบบและวิธีการนิเทศการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ จุดมุ่งหมายของการนิเทศในแต่ละครั้งในการศึกษาครั้งนี้ใช้การนิเทศเป็นรายบุคคล การนิเทศอย่างใกล้ชิดโดยใช้เทคนิคการตามรอยผู้ป่วย เป็นรายกรณี

การนำแนวคิดในการนิเทศทางคลินิกดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จัดเป็นโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจนอธิบายได้ถึงสิ่งที่ผู้นิเทศพึงปฏิบัติและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการนิเทศที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามแนวทางที่กำหนดส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้บ่อยเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลคือการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น

3. แผลกดทับ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย และมักพบในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อาจติดเชื้อทำให้เสียชีวิตได้ การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเพราะเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

3.1 ความหมาย

คณะกรรมการที่ปรึกษาแผลกดทับระดับชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989) ให้ความหมายของแผลกดทับว่า แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานานโดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอททำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกด ผิวหนังจะเริ่มแดงจางๆสังเกตเห็นได้ใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกดซึ่งรอยแดงจะไม่หายไปแม้ว่าเปลี่ยนท่าแล้วนานกว่า 30 นาที จากนั้นจะเกิดการบวมและมีน้ำขังจนกลายเป็นแผลพุพองขึ้น (blister formation) สุดท้ายเกิดแผลถลอก แผลกดทับนี้ อาจเรียกว่า pressure ulcer, pressure sore, bed sore หรือ decubitus ulcer ซึ่งมีความหมายเดียวกัน

แผลกดทับ หมายถึงบริเวณที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก จากแรงกด หรือจากแรงกดร่วมกับแรงเสียดสี เป็นส่วนประกอบและแรงที่เกิดร่วมกันมีส่วนสัมพันธ์กันกับการเกิดแผลกดทับ (NPUAP and, EPUAP 2014) Moor & Cowman (2010) ให้ความหมายของแผลกดทับ คือ การที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่มีสาเหตุจากแรงกดเป็นเวลานานหรือจากการได้รับทั้งแรงกด รวมทั้งแรงเสียดสีและแรงเฉือน เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวและระบบประสาทถูกทำลาย

นอกจากนี้ยังมีการจำแนกความหมายของการเกิดแผลกดทับเป็น แผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Unavoidable Pressure ulcer) และแผลกดทับที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Pressure ulcer) ดังนี้ (Guy. H, 2013: 18)

แผลกดทับที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable Pressure ulcer) เป็นแผลกดทับที่เกิดเมื่อได้รับการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องประเมินความเสี่ยงทั้งหมดและให้การดูแลป้องกันอย่างเต็มที่ใช้ทั้งวิธีการ และการใช้อุปกรณ์ช่วยรวมทั้งมีการประเมินซ้ำแต่แผลกดทับก็ยังคงเกิดได้เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ ปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Pressure ulcer) เป็นแผลกดทับที่เกิดจากการที่ไม่ได้รับการดูแลตามขั้นตอนแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่ได้ประเมินสภาพผู้ป่วยและไม่ประเมินปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับวางแผนการนำแนวทางการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่จำเป็นและมีเป้าหมาย/ไม่ยอมรับมาตรฐานการปฏิบัติติดตามประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติ/ ไม่ทบทวนการปฏิบัติให้เหมาะสม ซึ่งส่วนมากแผลกดทับที่เป็นแผลกดทับที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

3.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

มีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ง่าย ซึ่งวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2549)

และ Pieper (2000 อ้างถึงใน ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2552) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ 2 ประเภท ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยภายในร่างกาย

1) อายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและชะลอการหายของแผล จากความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การสูญเสียของกล้ามเนื้อ ระดับของอัลบูมินลดลง ลดการตอบสนองระยะการอักเสบในกระบวนการหายของแผล ลดความยืดหยุ่น และลดการเกาะกันของของ epidermis และ dermis การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ทำให้ผิวหนังมีความทนทานต่อแรงกดที่เกิดจากแรงกด แรงไถล และแรงเสียดสีน้อยลง

2) ความบกพร่องในการรับรู้รู้สึกและการเคลื่อนไหว

3) ภาวะอ้วนหรือผอมเนื่องจากภาวะอ้วนเนื้อเยื่อชั้นไขมันมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ส่วนภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อยทำให้มีแรงกดของเนื้อเยื่อกระดูก

4) ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ มีบทบาทสำคัญการเกิดแผลกดทับ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหารโปรตีน อัลบูมิน ทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหารออกซิเจน และของเสียมีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ง่ายต่อการเกิดแผล

5) การไหลเวียนเลือดลดลง เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อก ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆได้เพียงพอ

6) ความบกพร่องในการควบคุมขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะทำให้ผิวหนังเปียกชื้นตลอดเวลาการกั้นอุจจาระไม่ได้เป็นความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกดทับเนื่องจากผิวหนังปนเปื้อนกับเชื้อแบคทีเรียและน้ำดีร่วมกับความเปียกชื้น (Dharmarajan & Ugalino, 2002) การเกิดแผลกดทับจากความเปียกชื้นจากอุจจาระมากกว่าเปียกชื้นจากปัสสาวะ

7) ภาวะไข้ อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อร่างกายได้ เพราะเป็นการเพิ่มขบวนการเผาผลาญในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย 1.0 องศาเซลเซียส จะเพิ่มขบวนการเผาผลาญและความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อ 10% (Braden & Bergstrom, 2000)

8) ภาวะติดเชื้อมากในร่างกายส่งผลอุณหภูมิในร่างกายสูง

9) ภาวะโรค ภาวะความเจ็บป่วยและโรคที่เป็นปัจจัยในการเกิดแผลกดทับได้แก่ การบาดเจ็บ กระดูกและข้อ การบาดเจ็บของไขสันหลัง ภาวะโรคเดิมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย

10) ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย เช่นโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจตัวเอง การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวเพื่อลดแรงกดต่างๆของร่างกายลดลง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนอื่น

3.2.2 ปัจจัยภายนอกในร่างกาย เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับที่สำคัญ ได้แก่

1) แรงกดทับ (Pressure) เกิดขึ้นเมื่อไม่มีการเคลื่อนไหว (immobility) อยู่นิ่งๆโดยไม่ทำกิจกรรมใดๆ (inactivity) และการลดลงหรือสูญเสียประสาทสัมผัส (sensory loss) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อระยะเวลาและความรุนแรงของแรงกดเหนือปุ่มกระดูก ถ้ามีแรงกดทับต่อเนื่องเยื่อมากกว่าแรงดันของหลอดเลือดฝอย (capillary pressure) เป็นเวลานานจะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างถาวรเป็นผลให้ขาดเลือดมาเลี้ยง โดยพบว่า แรงกดที่ทำให้หลอดเลือดฝอยปิดไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้คือ 32 mmHg ถ้ามีแรงกดบนเนื้อเยื่อมากกว่า 64 mmHg (2 เท่าของแรงกดที่หลอดเลือดฝอยปิด) นาน 2 ชั่วโมง ทำให้เนื้อเยื่อส่วนที่ถูกกดทับถูกทำลายอย่างถาวร (วิชัย ศรีมนรินทร์นิมิต, 2557:41) ในผู้ป่วยที่ไม่เคลื่อนไหวหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับ

2) แรงเฉือน (Shearing) เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดขึ้นจากแรง 2 แรงเคลื่อนที่สวนทางกันคือแรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดสี โดยแรงเฉือนทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณที่ทาบบนปุ่มกระดูกยึดและบิดตัว ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลต่อการเกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อในส่วนที่อยู่ลึกลงไป แรงเฉือนนี้เป็นเหตุผลที่อธิบายการพบแผลกดทับมักมีขนาดใหญ่กว่าขนาดปุ่มกระดูกบริเวณที่ทาบบนและรวมทั้งเป็นเหตุผลของการเกิดโพรงภายใต้ผิวหนัง และพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่นอนอยู่ในท่า Fowler's position หรือผู้ป่วยที่นั่งบนเก้าอี้ แต่มีการไถลตัวลงมาจะเกิดแผลกดทับที่ sacrum ได้

3) แรงเสียดทาน (Friction) คือแรงต้านต่อการเคลื่อนที่ของพื้นผิว 2 ด้าน ได้แก่แรงต้านระหว่างผิวหนังกับวัสดุที่ผิวหนังสัมผัส เช่นผ้าปูเตียง เบาะรองนั่ง ซึ่งแรงเสียดทานนี้มากเกินไปจะทำให้เกิดบาดแผลถลอก (abrasion) หรือผิวหนังพอง (blister) หรือฉีกขาดได้ (Hanson, 2010 อ้างใน วิชัย ศรีมนรินทร์นิมิต, 2557) ถ้าผิวหนังมีความชื้นมากเกินไปจะทำให้ผิวหนังนั้นติดกับผ้าปูที่นอนหรือวัสดุที่สัมผัสผิวหนังทำให้มีแรงเสียดทานเพิ่มมากขึ้น

4) ความเปียกชื้นมากเกินไป (Excessive Moisture) ทำให้ผิวหนังมีความอ่อนแอมากขึ้นจากการสูญเสียไขมันหล่อลื่นผิวหนังและการเสียดสีของผิวหนังบริเวณพื้นผิวรองรับ ความเปียกชื้นที่เกิดเป็นเวลานานๆทำให้เนื้อเยื่อเปื่อย (maceration) epidermis ถูกกัดเซาะได้ง่าย ส่งผลทำให้เกิดการทำลายของผิวหนังมากขึ้น ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ (urinary and fecal incontinence) มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มาก เป็นผลจากความชื้น การระคายเคือง และการ

ปนเปื้อนจากแบคทีเรีย ดังนั้นการทำความสะอาดผิวหนังผู้ที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งอุจจาระเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดแผลกดทับมากกว่าปัสสาวะ

5) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยากล่อมกล้ามเนื้อ ยากล่อมประสาท ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง การตอบสนองต่อแรงกดหรือความสามารถที่จะเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงกดที่มากระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น

6) การใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษาเช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่กายอุปกรณ์ การดึงถ่วง การใส่ฝือก การพันผ้ายืด ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองลดลง หรือมีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเกิดแผลกดทับได้ง่าย

3.3 การแบ่งระดับแผลกดทับ

การแบ่งระดับของแผลกดทับมีหลายคำที่นำมาใช้ เช่นคำว่า Grade, Stage หรือ Category แต่ทั้งหมดเป็นการแบ่งระดับแผลตามความลึกของแผลเหมือนกันเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจตรงกัน แบ่งการเกิดแผลกดทับไว้ดังนี้ (EPUAP and NPUAP, 2014)

ระดับที่ 1 การไม่สมดุลของผื่นรอยแดงของผิวหนัง(Non-blanchable erythema) หมายถึงบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดงพบบ่อยคือเหนือปุ่มกระดูกโดยรอยแดงจะอยู่ตลอดเวลาไม่จางหายไป ผู้ป่วยที่มีผิวดำอาจมองไม่เห็น สังเกตจากสีของผิวหนังอาจแตกต่างจากบริเวณรอบๆ อาจมีอาการเจ็บ แสบหรือแสบร้อน อุ่นหรือเย็น ให้เปรียบเทียบกับเนื้อเยื่อบริเวณที่ติดกัน ระยะที่1 อาจยากต่อการป้องกัน ในคนที่ผิวคล้ำ อาจกำหนดเป็นความเสี่ยงรายบุคคล

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (dermis) มองเห็นแผลตื้นๆสีแดงชมพู ไม่เห็นเนื้อตายไม่มีรอยข้ำเป็นลักษณะตุ่มน้ำพองใสและอาจมีการแตกของตุ่มน้ำไม่ใช่แผลที่เกิดจากการฉีกขาดของผิวหนังรอยแผลจากการปิดพลาสติกหรือออกผิวหนังอักเสบ เปื่อย หรือผิวหนังลอก

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss) หมายถึงการสูญเสียผิวหนังลึกถึงชั้นใต้ไขมัน ไม่ถึงกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่ แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผลแผลกดทับระดับนี้อยู่ที่บริเวณศีรษะของร่างกาย ที่หู จมูก ก้นกบ สะบัก ไม่มีชั้นใต้ผิวหนัง เมื่อเกิดให้จะเห็นเป็นแอ่งตื้นๆ สามารถกลายเป็นแผลที่ใหญ่และลุกลามถึงกระดูกและเอ็น

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียทำลายผิวหนังลึกลงไปจนถึงเนื้อเยื่อทั้งหมด (Full thickness tissue loss) มองเห็นกระดูก เอ็น หรือกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปกคลุมบางส่วน และส่วนใหญ่มีโพรง และช่องใต้ขอบแผล ความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อใกล้เคียง อาจส่งผลให้กระดูกอักเสบ สามารถเห็นกระดูก หรือ/และเอ็นหรือใช้การคลำพบกระดูกได้

และ 2 ลักษณะดังนี้

ลักษณะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Unstageable : Full-thickness skin or tissue loss-depth unknown) เป็นลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุความลึกได้ ผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย มีเนื้อตายสีดำปกคลุม แม้ว่าตัดเนื้อตายออกแล้วยังบอกความลึกของแผลไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นระดับ 3-4

ลักษณะที่คาดว่าเนื้อเยื่อถูกทำลายลงไปลึกและไม่ทราบว่ามีลึกแค่ไหน (Suspected Deep Tissue Injury: depth unknown) ผิวหนังยังไม่เป็นแผลชัดเจน แต่ผิวหนังเป็นสีม่วงดำ ตุ่มพุพองดำเลือดจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อจากการกดทับหรือการลากถู มีอาการเจ็บแสบหรือนุ่มอุ่นหรือเย็นเมื่อเปรียบเทียบกับผิวหนังข้างเคียง สังเกตยากในคนผิวคล้ำ

3.4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อนอนโรงพยาบาล จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น แต่ก็มีวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่ง National Pressure Ulcer Advisory Panel : NPUAP (2014) ได้กล่าวถึงแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับไว้ดังนี้

3.4.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

1) เริ่มจากการตรวจสอบอุปกรณ์เตียง แก้อัศจรรย์พื้นผิวที่รองรับแข็งจนเกินไป ขนาดพอดีกับตัวผู้ป่วยหรือไม่ เพียงมีความยาวเพียงพอกับความสูงของผู้ป่วย แก้อัศจรรย์เหมาะสมกับผู้ป่วยไหมแคบไปหรือไม่ การจัดเตรียมควรประเมินเตรียมความพร้อมอุปกรณ์เหล่านี้

2) การประเมินความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนท่ามีความบกพร่องเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นความสามารถของบุคคลในการช่วยเหลือตนเอง

3) การใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงที่มีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือเป็นระบบในการประเมินความเสี่ยงแต่ละบุคคลซึ่งเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยง มีหลายอย่างเช่นแบบประเมิน Braden Norton และ Water low

4) การกำหนดช่วงเวลาการประเมินความเสี่ยง

(1) ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล การประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินความเสี่ยงภายใน 6 ชั่วโมงเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล ช่วงเวลาในการดูแล และเมื่อเปลี่ยนสถานะอาการที่เปลี่ยนไป มีตารางในการช่วยเหลือที่เป็นตัวผู้ป่วย และการจัดการดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยหนัก มีการประเมินเมื่อนอนโรงพยาบาล และการประเมินซ้ำอย่างน้อยทุก 24 ชั่วโมง หรือทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) ประเมินเมื่อนอนโรงพยาบาล ทุกสัปดาห์สำหรับ 4 สัปดาห์แรก และทุก 3 เดือน และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

(2) การประเมินความเสี่ยงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การดูแลที่บ้าน (Home care) เมื่อ

เริ่มอยู่บ้านและทุกครั้งที่ยาบาลลงเยี่ยม การอธิบายปัจจัยเสี่ยงตัวผู้ป่วย (สภาพจิตใจที่ลดลง ความเป็ยกขึ้น การที่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะออกจากระได้ เครื่องมือที่มีผลต่อการกดทับ แรงเสียดทานแรงเฉือน การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว ไม่ทำกิจกรรม การขาดอาหาร) ปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล

5) การใช้เอกสารในการให้คะแนนประเมินความเสี่ยงเพื่อนำไปวางแผนในการป้องกันเป็นการบันทึกการประเมินความเสี่ยงที่ได้ตามเครื่องมือที่ใช้นำมาวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อหาแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3.4.2 การดูแลผิวหนัง (Skin Care)

1) การประเมินผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า อย่างน้อยที่สุดวันละครั้งโดยเฉพาะการตรวจสอบจุดที่เสี่ยง เช่น ก้นกบ ปุ่มกระดูกโคนขา สันเท้า ข้อศอก และด้านหลังของศีรษะในผู้ป่วยที่แรกรับเข้าโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินผิวหนังภายใน 6 ชั่วโมงแรก และ 2 ชั่วโมงในผู้ป่วยวิกฤต

2) การอาบน้ำ ใช้สบู่ทำความสะอาดชนิดอ่อน หลีกเลี่ยงการใช้น้ำร้อน การถูหลังแรงๆ การทาโลชั่นหลังอาบน้ำ

3) การใช้ครีมบำรุงผิวสำหรับผิวที่แห้งหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณปุ่มกระดูก

4) การดูแลปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผิวแห้งเช่น แอร์เย็นๆ อุณหภูมิร้อนขึ้น อากาศอบอ้าว

5) การสร้างโปรแกรมในการฝึกกลืนและกระเพาะปัสสาวะในการกลืนไม่ได้ ถ้าไม่สามารถควบคุมได้

6) การดูแลทำความสะอาดผิวหนังเมื่อมีการเปื้อน มีการทำให้แห้งอย่างรวดเร็ว(ไม่ปล่อยให้ผิวหนังเปียกชื้น)

7) การเลือกใช้แผ่นรองบริเวณผิวหนังที่มีคุณภาพ

3.4.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition)

1) การเลือกอาหารที่มีส่วนประกอบของโปรตีน ได้แคลลอรี่ที่เหมาะสมกับร่างกาย

2) การเลือกอาหารเสริมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

3) การดูแลเรื่องการได้รับน้ำให้เพียงพอการเพิ่มวิตามินเกลือแร่

3.4.4 การลดแรงกดทับ และ ใช้อุปกรณ์ช่วย บรรเทาแรงกดทับ (Support Surface And Mechanical Loading)

1) การเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เปลี่ยนท่าที่นั่งบนเก้าอี้ทุกชั่วโมงการจัดท่าให้ถูกต้อง การเขียนตารางในการเปลี่ยนท่า

2) การสอนผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้บนเก้าอี้ ยกเปลี่ยนน้ำหนักทุก 15 นาทีการกระจายน้ำหนักให้สมดุลมั่นคง การกระจายแรงกดเมื่อจัดท่าผู้ป่วยที่เก้าอี้ หรือรถเข็นการเปลี่ยนท่า

บ่อยมีผลต่อการทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับแรงกดได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเองต้องมีผู้ช่วยดูแล (Moore and Cowman, 2012)

- 3) การใช้เตียงที่นอนหรือเก้าอี้ที่รองรับแรงกดทับได้
- 4) หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์โด้สนและหนังเกาะในการรองรับแรงกดทับ การใช้อุปกรณ์รองรับบริเวณกดทับในผู้ป่วยที่ผ่าตัดที่มีความเสี่ยง
- 5) การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแทนการลากผู้ป่วย
- 6) การใช้หมอนจากเจลหรือโฟมรองรับบริเวณปุ่มกระดูกเช่น เข่า ข้อศอกการใช้อุปกรณ์ในลดแรงกดทับบริเวณสันเท้า การดูแลระยะสั้นในผู้ป่วยที่ผ่าตัดให้ใช้หมอนวางใต้สันเท้า และการดูแลระยะยาวใส่เพื่อรองเท้าหุ้มสันเท้าไว้
- 7) การหลีกเลี่ยงการนอนตรงๆที่น้ำหนักไปกดลงกับแขน ขาข้างใดข้างหนึ่งจัดท่านอนพลิกตะแคงตัวให้ สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรง Greater trochanter (Defloor, 1997) การจัดท่านอนหงาย ควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเฉพาะที่ ใช้หมอนรองบริเวณน่องให้สันเท้าลอยไม่สัมผัสพื้น เพื่อป้องกันแรงกดทับที่สันเท้า

8) การรักษาระดับการนอนศีรษะสูง 30 องศา หรือต่ำกว่า เป็นการป้องกันการเลื่อนไถลจากการนอนศีรษะสูงทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสี ยกเว้นในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยางควรจัดท่านอนศีรษะสูง 45-60 องศา แต่หลังจากให้อาหารแล้ว 30-60 นาที ควรจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา

3.4.5 การให้ความรู้ (Education) คือจัดโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับในโครงสร้างขององค์กร ทั้งในบุคลากรในองค์กร และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้ประกอบด้วย

- 1) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- 2) เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและการประยุกต์ใช้
- 3) การประเมินผิวหนัง
- 4) การเลือกใช้อุปกรณ์รองรับ
- 5) การส่งเสริมด้านโภชนาการ
- 6) โปรแกรมสำหรับการบริการจัดการลำไส้และกระเพาะปัสสาวะ
- 7) การพัฒนาและการนำโปรแกรมการดูแลผิวหนังของแต่ละบุคคล
- 8) การสาธิตการเปลี่ยนท่าที่ลดการทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย
- 9) การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องต่อเนื่อง

การให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพทุกคนเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้เครื่องมือการประเมินความเสี่ยง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่วนในผู้ดูแลที่เป็นญาติได้รับความรู้

ในเรื่องสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ดูแลในการเรื่องการเปลี่ยนท่านอน การช่วยดูแลป้องกันความเปียกชื้น การดูแลด้านโภชนาการ

นอกจากนี้ วิชัย ศรีมนินทรนิมิต (2557: 44-45) ได้กล่าวถึงวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

1) การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale ประเมินผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรู้สึกต่อการกดทับ ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินจะต้องนั่งหรือนอนอย่างเดียว ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการรับสารอาหาร และความเสี่ยงต่อการเกิดแรงเสียดทานหรือแรงเรื้อนไถล

2) การดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้นเพียงพอไม่เปียกชื้นหรือแห้งเกินไป ระวังในผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ อาจเกิดผิวหนังอักเสบ หลีกเลี่ยงการฟอกผิวหนัง การใช้สบู่และน้ำร้อนทำ ความสะอาดผิวหนัง

3) ควบคุมภาวะเกร็ง (Spasticity) ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังอาจมีภาวะเกร็ง การรักษาขั้นแรกคือการทำกายภาพบำบัด ถ้าไม่ได้ผลจะให้ยาเพื่อลดอาการเกร็ง

4) ลดแรงกดทับ มีเครื่องมือ 2 แบบ คือ แบบที่ 1 Constant low pressure devices (CLP) เป็นเครื่องมือที่กระจายแรงกดให้เกิดขึ้นที่พื้นผิวที่ใหญ่ขึ้นที่ใช้อยู่คือ Low air loss beds และ Air-fluidized beds แบบที่ 2 Alternative – pressure devices (AP) เป็นถุงลมที่ตีงหย่อนสลับกัน ทำให้ไม่เกิดแรงกดที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

5) การให้อาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ อาจช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

การป้องกันการเกิดแผลกดทับมีหลายแนวทางปฏิบัติส่วนใหญ่ จะมีแนวทางที่เหมือนกันตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ในการวิจัยนี้ได้ใช้แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวคิดของ NPUAP (2014) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมรวมทั้งประยุกต์การปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนำมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จะกล่าวต่อไป

3.5 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นการระบุที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยรายใดที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับที่นิยมใช้มีดังนี้

3.5.1 แบบประเมินของ Norton (The Norton Risk Assessment scale) (Lindgren et al, 2002) พัฒนามาจากแนวคิดการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ มีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ (Physical condition) ภาวะการรับรู้ (Mental condition) กิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) การควบคุมการขับถ่าย (Incontinence) คะแนนเริ่มต้น 1-4 คะแนน ช่วง

คะแนนอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน เริ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ 14คะแนน คะแนนยิ่งน้อย มีภาวะเสี่ยงมาก

3.5.2 แบบประเมินของ Water low (The water low pressure risk scale) (Balzer et al, 2007) เครื่องมือนี้ใช้มากในประเทศอังกฤษ มี 11 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การควบคุมการขับถ่าย ลักษณะผิวหนัง ความอยากอาหาร ภาวะขาดสารอาหารความบกพร่องทางระบบประสาท ผลจากการผ่าตัดใหญ่ หรือจากการบาดเจ็บและจากการได้รับยาบางชนิด ค่าคะแนนที่ได้แปรผลเป็น 3 ระยะ คือคะแนนรวมมากกว่า 10คะแนน คือเริ่มเสี่ยง มากกว่า 15 คะแนนมีความเสี่ยงมาก และมากกว่า 20 คะแนน มีความเสี่ยงสูงมาก

3.5.3 แบบประเมินของ Braden (2001) เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของ Bradenเป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย เป็นการประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Moisture) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) ภาวะโภชนาการ(Nutrition) และการมีแรงเสียดทานและแรงเฉือน(Friction and Shear) มีรายละเอียดดังนี้

1) การรับรู้ความรู้สึก (sensory perception)ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สุขสบายแบ่งเป็น

(1) ถูกจำกัดโดยสมบูรณ์ (Complete limited) ไม่มีการตอบสนอง (ไม่ร้องครวญคราง ไม่สะดุ้ง หรือไม่กำมือ) ต่อสิ่งกระตุ้นให้เจ็บปวด เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือได้รับการกล่อมประสาท หรือ ร่างกายส่วนใหญ่สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด

(2) ถูกจำกัดเป็นส่วนใหญ่ (Very Limited) มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ทำให้เจ็บปวดเท่านั้น ไม่สามารถบอกความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำได้เพียงร้องครวญคราง หรือมีอาการกระสับกระส่าย หรือมีความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึก ทำให้สูญเสียความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายมากกว่า ½ ของร่างกาย

(3) ถูกจำกัดเล็กน้อย (Slightly Limited) มีการตอบสนองต่อคำสั่งที่เป็นคำพูด แต่ไม่สามารถบอกได้ทุกครั้งเมื่อมีความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเมื่อต้องการเปลี่ยนท่า หรือ มีความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึกบางส่วน ทำให้สูญเสียความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายของแขนขา 1 หรือ 2 ข้าง

(4) ไม่มีความบกพร่อง (No Impairment) มีการตอบสนองต่อคำสั่งที่เป็นคำพูด หรือไม่มีความบกพร่องของประสาทรับรู้ความรู้สึก สามารถสื่อสารด้วยความรู้สึก หรือคำพูดที่แสดงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย

2) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture) ระดับความเปียกชื้นที่ผิวหนัง

(1) เปียกชื้นตลอดเวลา (Constantly Moist) ผิวหนังเปียกชื้นเกือบตลอดเวลา จากเหงื่อ, ปัสสาวะ, และอื่นๆ มีการตรวจพบทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนท่า หรือพลิกตัวผู้ป่วย

(2) เปียกชื้นมาก (Very Moist) ผิวหนังเปียกชื้นบ่อย แต่ไม่ใช่ตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื้อผ้าเพิ่มอย่างน้อยแฉะครั้ง

(3) เปียกชื้นเป็นบางครั้ง (Occasionally Moist) ผิวหนังเปียกชื้นเป็นบางครั้ง ต้องได้รับการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื้อผ้าเพิ่มประมาณวันละครั้ง

(4) เปียกชื้นนานๆ ครั้ง (Rarely Moist) ผิวหนังแห้งปกติ เปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เสื้อผ้าตามปกติ

3) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity) ระดับการทำกิจกรรม

(1) จำกัอยู่ที่เตียง (Bedfast) นอนอยู่กับเตียงตลอดเวลา

(2) จำกัอยู่ที่เก้าอี้ (Chairfast) มีข้อจำกัดอย่างมากในการเดิน หรือไม่สามารถเดินได้ ไม่สามารถลงน้ำหนักได้ และ/หรือต้องช่วยเหลือเพื่อไปนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็น

(3) เดินได้เป็นบางครั้ง (Walk Occasionally) สามารถเดินได้เองเป็นบางครั้งในระหว่างวัน แต่เป็นระยะทางสั้นๆ อาจมีหรือไม่มีคนช่วย ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนที่นอน หรือเก้าอี้

(4) เดินได้เอง (Walk Frequently) เดินออกนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน และเดินภายในห้องอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงในขณะที่ตื่น

4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) ความสามารถในการเปลี่ยนท่า และการทรงตัว

(1) เคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Completely Immobile) ไม่สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เองถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ

(2) มีข้อจำกัดมาก (Very Limited) สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เพียงเล็กน้อย เป็นบางครั้ง ไม่สามารถทำได้บ่อย หรือไม่สามารถทำได้อย่างอิสระ

(3) มีข้อจำกัดเล็กน้อย (Slightly Limited) สามารถขยับร่างกาย หรือแขนขาได้เล็กน้อย แต่ทำได้บ่อย และทำได้อย่างอิสระ

(4) ไม่มีข้อจำกัด (No Limitation) สามารถเปลี่ยนท่าได้เอง และทำได้บ่อย โดยไม่ต้องช่วยเหลือ

5) โภชนาการ (Nutrition) แบบแผนการได้รับอาหาร

(1) ได้รับอาหารไม่เพียงพอ (Very Poor) ไม่เคยรับประทานอาหารที่จัดให้ได้หมด น้อยครั้งที่จะรับประทานได้มากกว่า 1/3 ของอาหารที่จัดให้แต่ละมื้อ รับประทานโปรตีน (เนื้อสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์นม) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 หน่วยบริโภคต่อวัน (4 ช้อนโต๊ะต่อวัน) ดื่มน้ำน้อย ไม่ได้รับ

อาหารเหลวอื่นๆ เสริม หรือ งดน้ำและอาหารทางปาก และ/หรือได้รับเพียงอาหารน้ำใส หรือได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลามากกว่า 5 วัน

(2) อาจจะได้รับอาหารไม่เพียงพอ (Probably Inadequate) น้อยครั้งที่รับประทานอาหารได้หมด และโดยทั่วไปจะรับประทานเพียง 1/2 ของอาหารที่จัดให้แต่ละมื้อ ได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์นม เพียงวันละ 3 หน่วยบริโภค (ประมาณ 6 ช้อนโต๊ะ) ได้รับอาหารเสริมเป็นบางครั้ง หรือ ได้รับอาหารเหลวหรืออาหารทางสายยางน้อยกว่าปริมาณที่ควรจะได้รับ

(3) ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ (Adequate) ส่วนมากรับประทานอาหารได้มากกว่าครึ่งในแต่ละมื้อ ได้รับโปรตีน (เนื้อสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์นม) 4 หน่วยบริโภค ต่อวัน ไม่รับประทานอาหารเป็นบางมื้อ แต่จะได้รับอาหารเสริมที่จัดเตรียมไว้ให้ หรือ ได้รับอาหารทางสายยาง หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

(4) ได้รับอาหารเป็นอย่างดี (Excellent) รับประทานอาหารได้เกือบหมดทุกมื้อ ไม่เคยปฏิเสธอาหาร โดยปกติได้รับเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์นม วันละ 4 หน่วยบริโภค หรือมากกว่า มีอาหารระหว่างมื้อเป็นบางครั้ง ไม่จำเป็นต้องให้อาหารเสริม

6) แรงเสียดสี และแรงเฉือน (Friction and Shear)

(1) มีปัญหา (Problem) ต้องการความช่วยเหลือในการยก หรือเคลื่อนย้ายปานกลางถึงมาก ไม่สามารถยกผู้ป่วยขึ้นโดยไม่เสียดสีกับผ้าปูที่นอนได้เลย เมื่ออยู่บนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ตัวมักจะเลื่อนไถลลง ต้องจัดทำใหม่บ่อยโดยต้องช่วยเหลืออย่างมาก มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อหดตัวหรือสั่น ซึ่งทำให้มีการเสียดสีเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา

(2) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา (Potential Problem) เคลื่อนไหวอย่างไม่มีแรง หรือต้องการความช่วยเหลือในการยกหรือเคลื่อนย้ายเล็กน้อย ระหว่างที่มีการเคลื่อนย้ายตัว อาจเกิดการเสียดสีของผิวหนังกับผ้าปูที่นอนเก้าอี้เครื่องผูกยึด หรืออุปกรณ์อื่นๆ บ้าง สามารถทรงตัวได้ดีขณะอยู่บนเก้าอี้หรือบนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่อาจมีเลื่อนไถลลงบ้างเป็นครั้งคราว

(3) ไม่มีปัญหาที่เด่นชัด (No Apparent Problem) เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง และบนเก้าอี้ อย่างอิสระ และกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะยกตัวในขณะที่เคลื่อนไหว สามารถทรงตัวได้เป็นอย่างดีเมื่ออยู่บนเตียงหรือบนเก้าอี้ตลอดเวลา

ในแต่ละด้านจะมีการให้คะแนน โดยให้ 1 คะแนน หมายถึงมีปัญหา มาก ถึง 4 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหา ยกเว้น ด้านแรงเสียดทานและแรงเฉือน ให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมจะได้ ตั้งแต่ 6- 23 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูง ระดับคะแนนที่ใช้ทำนายการเกิดแผลกดทับคือ เสี่ยงมากที่สุด (very high risk) มีคะแนนน้อยกว่า 9 เสี่ยงมาก (high risk) มีคะแนน 10-12 เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) มีคะแนน 13-14 เสี่ยงน้อย (low risk) มีคะแนน 15-18

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการป้องกันการกดทับตามแนวคิดของ National Pressure Ulcer Advisory Panel = NPUAP (2014) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลประเมินความเสี่ยง ตั้งแต่แรกรับเข้านอนโรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมินของ Braden scale เพื่อ คัดการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยโดยแบ่งระดับความเสี่ยง ดังนี้

เสี่ยงมากที่สุด (very high risk=คะแนน 6 - 9

เสี่ยงมาก (high risk) = คะแนน 10-12

เสี่ยงปานกลาง (moderate risk)= คะแนน 13-14

เสี่ยงน้อย (low risk)= คะแนน 15-18 การแบ่งระดับแผลเป็น 4 ระดับ

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ส่วนมากเป็นผู้ป่วย สูงอายุ โรคเรื้อรัง เบาหวาน ไตวาย โรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนมากโดยเฉลี่ยวันละ 10-15 คน รวมทั้งยังมีปัจจัยภายในและ ปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ทำให้ในหอผู้ป่วยยังคงพบอุบัติการณ์การเกิดแผล กดทับอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหน่วยงานควรหาวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้ ซึ่งการนำกรณีศึกษา ทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่จะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับได้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นแต่จากการที่การนิเทศทางคลินิกเป็นบทบาทใหม่ของหัวหน้าทีม การปฏิบัติ กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกอาจส่งกระทบต่อพยาบาลผู้รับการนิเทศ ดังนั้นในการนิเทศทางคลินิกจึง ควรคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศด้วยเช่นกัน

4. แนวทางนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นการดำเนินการนิเทศทาง คลินิกที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศโดยใช้หลักสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยที่มีคุณภาพ โดยนำรูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor (1986: cite in Paul Cassedy, 2010) กำหนดหน้าที่ของผู้นิเทศ เป็น 3 บทบาท ในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ (Three-function interaction Model) ร่วมกับเทคนิคในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ดังนี้

1) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะ (Formative Clinical Supervision) เป็นการที่ผู้นิเทศช่วยให้เกิดการสะท้อนถึงความรู้สึกลงในบทบาทวิชาชีพ เพิ่มความรู้และทักษะในเรื่องการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้รับการนิเทศในการทำงาน เน้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ

โดยการยอมรับการสะท้อนกลับและการพัฒนาความคิดใหม่ๆ ช่วยให้ผู้รับการนิเทศตระหนักถึงทราบจุดแข็งและจุดอ่อน ในการปฏิบัติงานโดยพัฒนาการรับรู้ในการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน และการสอน ให้ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการฝึกฝนเฉพาะเรื่องตามความจำเป็นของแต่ละคน

2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) เป็นการบริหารจัดการ โดยการสนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง พัฒนามาตรฐานพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับของผู้ป่วย เน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพและความสามารถของผู้รับการนิเทศ โดยการสอนแนะ (Coaching) ใช้รูปแบบ GROW Model ผู้นิเทศอธิบายและสะท้อนการปฏิบัติงานทำให้เห็นแนวทางการทำงานที่คงคุณภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้โอกาสในการปฏิบัติตามความสามารถและความรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

3) การสนับสนุน และให้กำลังใจ (Restorative Clinical Supervision) เป็นการทำให้ผู้รับการนิเทศมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอารมณ์เครียดในขณะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเข้าใจในสถานการณ์นั้นได้โดยใช้เวลาในการประเมินตนเอง ให้ความสะดวกสบาย เน้นไปที่การสนับสนุนสร้างสัมพันธภาพ การจูงใจและการสนับสนุนส่งเสริมในการปฏิบัติงานการจัดหาอุปกรณ์การใช้นวัตกรรมเพื่อการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติกิจกรรม การสะท้อนการปฏิบัติในด้านบวก

การนิเทศทางคลินิกตามแบบของ Proctor เป็นการนำความรู้ที่ชัดเจนที่สุดในรูปแบบการนิเทศ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการนิเทศที่สมบูรณ์แบบ แต่บางครั้งก็มีความขัดแย้งกันในบริบทของการดูแลสุขภาพ เช่นการทำหน้าที่ให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) มีการติดตามควบคุมการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งที่เพิ่มความเครียดในการปฏิบัติงานได้ซึ่งขัดแย้งกับ การสนับสนุนให้กำลังใจ (Restorative Clinical Supervision) ไม่ให้ผู้รับการนิเทศเครียดในขณะปฏิบัติงาน (Proctor, 2001:31-32) ในการนิเทศนั้นสามารถที่จะสลับปรับเปลี่ยนได้เลือกตามสถานการณ์ ดังนั้นผู้นิเทศทางคลินิก ควรเลือกกิจกรรมการนิเทศและนำเทคนิคในการปฏิบัติในแต่ละบทบาทมาใช้อย่างเหมาะสม

ผู้นิเทศใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบการนิเทศของ Proctor (1986) ร่วมกับกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลคือ ก่อนการปฏิบัติกิจกรรม (Pre Conference) ขณะให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย (Nursing Care) และเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาล (Post Conference) ดังมีรายละเอียดดังนี้

1) การนิเทศก่อนการปฏิบัติการ (Pre Conference) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละเวร เกี่ยวกับการมอบหมายผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับเป็นรายบุคคล ผู้นิเทศให้ความรู้และสร้างความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องก่อนการลงมือปฏิบัติงาน (Formative Clinical Supervision) ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

2) การนิเทศขณะให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย (Nursing Care) เป็นการประเมินติดตาม การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนดไว้ ให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และการนำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) โดยการสอนแนะ ใช้ GROW Model เป็นการทำให้ผู้นิเทศมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย เริ่มจากการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (G=Goal) การมองถึงสิ่งที่เป็นจริงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในขณะนั้น (R=Reality) การหาทางเลือกที่จะปฏิบัติการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐาน (O=Option) และการเลือกแนวทางแล้วลงมือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (W= Warp up) และสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมให้ความรู้ในส่วนที่ขาด (Formative Clinical Supervision) รวมทั้งการให้คำชื่นชมและกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม (Restorative Clinical Supervision)

3) การนิเทศเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาล (Post Conference) เป็นการสรุปการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วย มีส่วนใดที่ขาด ผู้นิเทศให้ความรู้เพิ่มเติม (Formative Clinical Supervision) เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงที่ปฏิบัติงาน และให้กำลังใจสนับสนุนที่ที่ผู้ปฏิบัติร้องขออย่างเหมาะสม (Restorative Clinical Supervision)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวคิดของ National Pressure Ulcer Advisory Panel = NPUAP (2014) มีดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Risk assessment) เป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก และการใช้แบบประเมินความเสี่ยง Braden scale ประเมินความเสี่ยง 6 ด้าน จำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มได้แก่

เสี่ยงมากที่สุด (very high risk= คะแนน 6 - 9

เสี่ยงมาก (high risk) = คะแนน 10-12

เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) = คะแนน 13-14

เสี่ยงน้อย (low risk)= คะแนน 15-18

กำหนดการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงานภายในเวรที่รับผิดชอบ โดยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมการลงบันทึก

2) การดูแลผิวหนัง (Skin care) คือ การตรวจประเมินผิวหนังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทันทีที่รับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน หรือภายใน 6 ชั่วโมงแรกรับ การประเมินอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลผิวหนังเรื่องความเปียกชื้น สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง อุณหภูมิห้อง ความสมดุลของผิวหนัง เป็นต้น

3) การลดแรงกดทับ และการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ (Support Surface And Mechanical Loading) ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การจัดทำพลิกตะแคงเตียงตัวทำมุม 30 องศา เพื่อลดแรงกดทับผิวหนังที่สัมผัสพื้นที่รองรับ กระตุ้นการเคลื่อนไหว การป้องกันแรงกดทับบริเวณสันเท้า การจัดทำนอนที่เหมาะสม ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัด การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และอุปกรณ์ลดแรงที่มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม

4) การดูแลด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นประเมินภาวะทุพโภชนาการ การได้รับสารอาหารและน้ำให้ได้แคลอรีที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย อาหารที่มีส่วนประกอบของโปรตีนวิตามินและเกลือแร่ บางรายอาจต้องพิจารณาการให้อาหารทางสายยาง หรือปรึกษาโภชนาการ พิจารณาเป็นรายบุคคล

5) การให้ความรู้ผู้ดูแล (Education) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ความเข้าใจ ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย

รวมทั้งการนำนวัตกรรมมาใช้ในการช่วยให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้แผ่นปิดระดับบอกความเสี่ยงเป็นการกระตุ้นเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ การใช้นาฬิกากำหนดช่วงเวลาการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง ทำให้สามารถสังเกตได้ว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในการพลิกตะแคงหรือไม่ การใช้ป้ายบอกระดับการยกศีรษะสูงทำให้สามารถจัดทำศีรษะสูงได้อย่างถูกต้อง และการใช้แผ่นเจลรองรับบริเวณปุ่มกระดูก ทำให้พยาบาลทราบถึงการให้การสนับสนุนในการช่วยบรรเทาลดแรงกดทับ

ซึ่งแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยทำให้ผู้นิเทศสามารถปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมั่นใจ พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดส่งผลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีคุณภาพ สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้ ซึ่งรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่กล่าวมาทำให้เกิดการเรียนรู้ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพิ่มทักษะความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกิดสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ ซึ่งส่งผลดีในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศมากยิ่งขึ้น

5. แนวคิดความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก

ความพึงพอใจ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้งานสำเร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ผู้บริหารจำเป็นต้องดำเนินการที่จะให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความพึงพอใจเพราะความพึงพอใจในงานของพยาบาลจะทำให้พยาบาลมีความชื่นชอบและมีความสุขกับการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบซึ่งมีผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงานเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ ผู้รับบริการได้บริการที่มีคุณภาพด้วยเช่นกันซึ่งการนิเทศทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่จะสามารถทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานตรงตามเป้าหมายภายใต้สัมพันธภาพที่ดี โดยวิธีดังที่กล่าวมาส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นผู้บริหารจึงสมควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะศึกษาถึงปัจจัยและองค์ประกอบต่างๆที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก

5.1 ความหมายความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจ(Satisfaction) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า พึงพอใจ หมายถึง รัก ชอบใจ และพึงใจ

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2551) ให้ความหมายว่าความพึงพอใจหมายถึง เจตนาดีหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเมื่อประสบความสำเร็จตามคาดหวัง เมื่อได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ โดยเป็นความรู้สึกที่ดี และเป็นความรู้สึกในทางบวก

Vroom (1964) ความพึงพอใจ หมายถึงผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้นทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นเป็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบ จะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจนั่นเอง

Shelly(1975) ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ความรู้สึกในทางบวก และความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความสุขที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่นๆ คือเป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับความสุขสามารถทำให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกอื่นๆ

Wolman (1974) ความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึก (Feeling) มีความสุขที่ได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

สรุปได้ว่าความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลหมายถึง ความรู้สึกด้านบวก รู้สึกยินดีพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับตรงกับความคาดหวังและความต้องการของพยาบาล

5.2 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับ ความต้องการของมนุษย์และการจูงใจโดยตรง ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าและเขียนไว้มากมาย แต่ในที่นี้จะขอนำมากล่าวเฉพาะหลักการและทฤษฎีที่สำคัญพอสังเขป ดังนี้

Herzberg (1959) ได้ศึกษาทฤษฎีจูงใจค้ำจุน (Motivation Maintenance Theory) หรือ ทฤษฎีจูงใจสุขอนามัย (Motivation Hygiene Theory) เป็นทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทั้งสองได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) และปัจจัยสุขอนามัย หรือ ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor)

1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติโดยตรง เป็นปัจจัยที่จูงใจให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ปัจจัยจูงใจมี 5 ประการคือ

- (1) ความสำเร็จของงาน (Achievement)
- (2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition)
- (3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (Work itself)
- (4) ความรับผิดชอบ (Responsibility)

(5) ความก้าวหน้า (Advancement and growth in capacity) หมายถึง ได้รับเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์กร มีโอกาสได้ศึกษาเพื่อหาความรู้เพิ่มเติม

2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) เป็นปัจจัยที่ไม่ใช่สิ่งจูงใจ แต่เป็นปัจจัยที่จะค้ำจุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคคล ปัจจัยค้ำจุนนี้เป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้าไม่มีปัจจัยเหล่านี้ บุคคลในองค์กรอาจเกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุน 10 ประการ คือ

- (1) นโยบายและการบริหารงานของหน่วย (Company Policy And Administration)
- (2) โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต (Possibility Growth)
- (3) ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน (Interpersonal Relation to Superior, Subordinate, Peer)
- (4) เงินเดือน (Salary)
- (5) สถานะของอาชีพ (Occupation)
- (6) ความเป็นอยู่ส่วนตัว (Personnel Life)
- (7) ความมั่นคงในงาน (Security)
- (8) สถานการณ์การทำงาน (Working Conditions)
- (9) เทคนิคของผู้บังคับบัญชา (Supervisor Technical) และ
- (10) ความเป็นอยู่ส่วนตัว (Personal Life)

Maslow (1954) ได้ตั้งทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับการจูงใจ โดยมีสมมติฐานว่ามนุษย์มีความต้องการ อยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการอย่างอื่นก็จะเข้ามาแทนที่ ความต้องการของคนเราอาจจะซ้ำซ้อนกัน ความต้องการอย่างหนึ่งอาจจะยังไม่ทันหมดไป ความต้องการอีกอย่างหนึ่งก็จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งความต้องการจะเป็นไปตามลำดับดังนี้

1) ความต้องการด้านสรีระ (Physiological Need) เป็นความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับการดำรงชีวิต

2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety Need) เป็นความรู้สึกที่ต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งรวมถึงความก้าวหน้าและความอบอุ่นใจ

3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging) เมื่อความต้องการทางร่างกายและความต้องการความปลอดภัย ได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของจะเริ่มเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ได้รับความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อนร่วมงาน

4) ความต้องการการเห็นตนเองมีคุณค่า (Esteem Need) เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความอยากเด่นในสังคม ต้องการให้บุคคลอื่น รวมถึงความเชื่อมั่นในตนเอง

5) ความต้องการที่จะทำความเข้าใจตนเอง (Need For Self Actualization) เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเองตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับได้ในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของตนเอง

5.3 การประเมินความพึงพอใจ

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นมีหลายปัจจัย การนิเทศทางคลินิก เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบการนิเทศที่มีหลากหลาย การที่ผู้วิจัยได้จัดทำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor (1986) ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นๆ การพัฒนาการนิเทศทางคลินิกที่เกิดขึ้นสิ่งสำคัญต้องมีการวัดประสิทธิภาพของการนิเทศ ซึ่งการประเมินถึงประสิทธิภาพในการนิเทศทำให้สามารถนำมาปรับปรุงการนิเทศให้มีประสิทธิภาพตรงความต้องการของรับผู้นิเทศ ผู้นิเทศสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขทำให้การนิเทศมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศ ส่งผลให้การปฏิบัติงานที่ได้รับการนิเทศมีอย่างตั้งใจ เป็นไปตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจต่อการนิเทศโดยใช้แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของ White and Winstanley(2011) ที่เรียกว่าManchester Clinical Supervision Scale, MCSS ซึ่งเป็นการวัดเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการนิเทศโดยตรง

การประเมินการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แบบประเมิน MCSS มีการใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งแบบประเมิน มี 7 องค์ประกอบ ตามรูปแบบการนิเทศตามแบบของ Proctor ซึ่งการประเมินประกอบด้วย

1) ด้านความไว้วางใจ/ความเป็นมิตร(Trust/Rapport) เป็นการประเมินระดับความไว้วางใจ เชื่อใจในผู้นิเทศในความสามารถในการตอบสนอง มีความรู้สึกถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ ในช่วงระยะเวลาการนิเทศทางคลินิก

2) ด้านผู้นิเทศให้การแนะนำ /การสนับสนุน (Supervisor advice/support) เป็นการประเมิน ผู้รับการนิเทศรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุน เป็นการวัดระดับการได้รับการแนะนำ

3) ด้านการปรับปรุงการดูแลและทักษะ (Improved Care and Skill) เป็นการประเมินผู้รับการนิเทศรับรู้ว่าการนิเทศทางคลินิกมีผลทำให้เกิดการดูแล และการปรับปรุงทักษะ

4) ด้านการให้ความสำคัญค่านิยมในการนิเทศ (Importance/Value) เป็นการวัดระดับการให้ความสำคัญยอมรับการนิเทศทางคลินิก ทั้งการเห็นคุณค่าในกระบวนการนิเทศทางคลินิกและเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล

5) ด้านการให้เวลา (Finding Time) เป็นการวัดการใช้เวลาที่เป็นประโยชน์ในการนิเทศ ผู้นิเทศมีความตั้งใจในการนิเทศทางคลินิก

6) ด้านปัญหาส่วนบุคคล (Personal Issue) เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้รับการนิเทศต่อการได้รับการสนับสนุนอย่างไร เกี่ยวกับปัญหาส่วนบุคคล

7) ด้านการสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้รับการนิเทศ ได้รับการสนับสนุนอย่างไรในการสะท้อนกลับในความซับซ้อนทางคลินิก

การประเมินการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ MCSS นี้สามารถแบ่งเป็นการประเมินที่สอดคล้องกับรูปแบบของ Proctor ได้ดังนี้

1) Normative Domain เป็นการประเมินการสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรฐาน และการตรวจสอบ มีองค์ประกอบย่อยใน ด้านการให้เวลาและ ด้านการให้ความสำคัญในการนิเทศ

2) Restorative Domain เป็นการประเมินการสนับสนุนความรู้สึกที่ดีของผู้รับการนิเทศ มีองค์ประกอบย่อยใน ด้านผู้นิเทศให้การแนะนำ การสนับสนุน ด้านความไว้วางใจ ความเป็นมิตรและ ด้านปัญหาส่วนบุคคล

3) Formative Domain เป็นการประเมินการพัฒนาความรู้และทักษะมีองค์ประกอบในด้าน การปรับปรุงการดูแลและทักษะ และด้านการสะท้อนกลับการปฏิบัติ

ปัจจุบันมีการพัฒนาจาก MCSS ที่ประเมินองค์ประกอบ 7 ด้าน(มีข้อคำถาม 36 ข้อ)เป็น MCSS -26 มีการตัดองค์ประกอบด้านปัญหาส่วนบุคคล (Personal Issue) ทำให้เหลือการประเมิน องค์ประกอบเพียง 6 ด้าน(มีข้อคำถาม 26 ข้อ)

ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผล กดทับครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกจากแนวคิดของ White and Winstanley(2011) ที่นำมาเป็นเครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจการนิเทศทางคลินิกตาม

รูปแบบของ Proctor โดยปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย การวัดความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้และทักษะ 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน 3) การสนับสนุนให้กำลังใจ และ 4) ด้านความพึงพอใจในภาพรวม เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อกระบวนการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างแท้จริง และสามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพในการนิเทศทางคลินิกของพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้นไป

5.4 โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกกับความพึงพอใจ

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจจากการที่การนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น และเกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ (กนกรัตน์ แสงอำไพ, 2551 และ ประนต จิรัฐติกาล, 2547) จึงมีความสำคัญในการที่จะพัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกมาใช้ในการปฏิบัติงาน ให้เกิดคุณภาพมากที่สุด โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต้องการปฏิบัติได้ง่ายทำให้เกิดความเข้าใจทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ควรเป็นโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของงาน เอื้อต่อการนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเข้าใจมั่นใจในแนวทางการปฏิบัติ ส่งผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพบริการที่ดี รวมทั้งเกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับการศึกษาของสมกมล สายทอง (2552) พบว่า การใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีมมีผลคุณภาพบริการพยาบาล และมีผลต่อความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ป่วยการจัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นการพัฒนาพยาบาลหัวหน้าทีมให้เป็นผู้นิเทศ โดยทำให้มีความรู้และเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกและมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และฝึกฝนจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมั่นใจ โดยยึดหลักการนิเทศภายใต้สัมพันธภาพที่ดี เน้นการเตรียมผู้รับการนิเทศ ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดแผลกดทับ และให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิด Proctor (1986) ผู้นิเทศมีบทบาทในเรื่องการให้ความรู้ และทักษะ (Formative clinical supervision) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) โดยใช้การสอนแนะใช้ GROW Model และการให้การสนับสนุนและให้ (Restorative clinical supervision) ให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หลังจากใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จึงจำเป็นต้องวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศที่ได้รับ เพื่อนำไปพัฒนา ปรับปรุง แนวทางการนิเทศทางคลินิกให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับการนิเทศให้มากที่สุด เพราะความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้นจะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการ

พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกก่อนและหลังการได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีดังนี้

นันทสิริ แสงสว่าง และสุพรรณิ นานาจารย์ (2556) ศึกษาการใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลพิจิตร พบว่าผู้ป่วยที่นอนเบาะน้ำจะมีจำนวนการพลิกตัวได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่นอนเตียงทั่วไป ผู้ป่วยที่นอนเบาะน้ำมีการพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยทั่วไปมีการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เป็นการลดภาระงานของพยาบาล แต่ผู้ป่วยที่นอนเบาะน้ำมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่นอนเตียงทั่วไปและได้รับการพลิกตัวปกติทุก 2 ชั่วโมง

สายฝน ไทยประดิษฐ์, วิภา แซ่เซี้ย และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความเป็นกรดต่างของผิวหนัง ต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับพบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่ใช้สบู่เหลวสำหรับทารกเกิดขึ้นน้อยกว่า เพราะการใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรดน้อยทำความสะอาดผิวหนังมีผลดีต่อการจำกัดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง ส่วนสบู่ทั่วไปค่อนข้างมีความเป็นด่างทำให้ความสามารถในการยับยั้งแบคทีเรียลดลงทำให้ผิวหนังอ่อนแอได้ง่าย ผิวหนังเกิดแผลกดทับได้ แต่ร่วมการดูแลจัดการความชื้นของผิวหนังด้วย

พัทนัย แก้วแพงและศรดา จันทเลิศ (2555) ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นการศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ได้รับการดูแลตามปฏิบัติการพยาบาล กับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และเป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับพบว่าพยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถลดโอกาสการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้แก่ อุณหภูมิที่สูงเมื่อแรกรับอายุ การขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มี Braden score ที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมที่ใช้ การใช้ระบบนาฬิกา เป็นการควบคุมโดยการใช้ภาพและเสียง และใช้ถุงมือยางมาทำนวัตกรรม ถุงมือร่วมมิตรพิชิตปัญหาช่วยในการกระจายแรงกดทับที่เป็นจุดเสี่ยง

นันทมนวทุทานนท์ และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 8 ด้านคือ 1) ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการให้การพยาบาล 4) ด้านการให้ข้อมูลและการเสริมพลัง 5) ด้านการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 6) ด้านการให้คำแนะนำปรึกษา 7) ด้านการบริหารจัดการ 8) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

ชวลี แยม่วงษ์ และคณะ(2548) ศึกษา การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่อรูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลาในการทำการทดลอง 3 ปี แบ่งการทดลองเป็น 4 ระยะ คือ ระยะแรกเก็บข้อมูลไว้เปรียบเทียบ ระยะที่ 2 เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดใช้เวลาในการทดลอง 6 เดือน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง จากระยะที่ 1 ร้อยละ 10.4 ระยะที่ 2 ร้อยละ 9.24 แต่ไม่แตกต่างกัน ระยะที่ 3 เป็นระยะที่นำรูปแบบการดูแลที่ปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่เป็นปัญหาจากระยะที่ 2 ผลการวิจัย เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับพบว่าอุบัติการณ์แผลกดทับระยะที่ 3 ลดลงเหลือ ร้อยละ 4.98 เมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 1 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการติดตามต่อเนื่องในระยะที่ 4 เป็นการติดตามการดำเนินงานอีก 2 ปีโดยสุ่มศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบเกิดแผลกดทับ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 228 คน พบเกิดแผลกดทับ 7 คนคิดร้อยละ 3.07

Sving, Idvall, Hogberg and Gunningsberg(2014) ศึกษาปัจจัยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความแตกต่างในโรงพยาบาลหน่วยงานและผู้ป่วย การรายงานเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง การประเมินผิวหนัง ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อนอนโรงพยาบาล การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และการวางแผนการเปลี่ยนท่า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ และมีคะแนนความเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ มีผู้ป่วย 44-47% ในกลุ่มเสี่ยงที่ได้ใช้ที่นอนลดแรงกดทับ รพ.มหาวิทยาลัยมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงและประเมินผิวหนังมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป แต่พบการประเมิน เพียง 60%ในโรงพยาบาลทั่วไปผู้ป่วยอายุรกรรมน้อยมากที่จะใช้ที่นอนลดแรงกดทับและการวางแผนในการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง และพบว่าพยาบาลมีบทบาทน้อยในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ

กนกรัตน์ แสงอำไพ (2551) ศึกษา ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาลผลการศึกษา โดยใช้รูปแบบการนิเทศตามแบบแผนใช้กิจกรรมการประชุมปรึกษาข้างเตียง การสอน การนิเทศตามมาตรฐานใช้กิจกรรมการสอนแนะ และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษากายการพยาบาล ผลลัพธ์พยาบาลพัฒนาความรู้

ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกมากยิ่งขึ้น อาจจากเนื่องจากการนิเทศทางคลินิกทำให้ผู้รับการนิเทศมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น เป็นการเรียนรู้เข้าใจในงานที่ทำอยู่

กฤษฎณา คำลอยฟ้า (2552) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการนิเทศการพยาบาลมีรูปแบบการนิเทศการพยาบาลประกอบด้วย หลักการนิเทศแบบมีส่วนร่วม กระบวนการนิเทศประกอบด้วย การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศและการประเมินผลการนิเทศ วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย การกำหนดแผนการนิเทศ รายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจเยี่ยมและการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ซึ่งผลที่ได้จากการพัฒนาารูปแบบการนิเทศพบว่าความรู้เรื่องการนิเทศของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เพิ่มขึ้น ผู้นิเทศมีความพึงพอใจกันด้านความสำเร็จของงานมากที่สุดจะเห็นได้ว่าการนิเทศทางการพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

พอดา กลิ่นหอม (2553) ได้ศึกษาผลของการนิเทศเชิงพัฒนาต่อความรู้และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ได้นำรูปแบบการนิเทศเชิงพัฒนาของกลิกแมนและคณะ (2007) ร่วมกับกระบวนการนิเทศการพยาบาลของประนอม โอทกานนท์ (2543) มาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบในการนิเทศเชิงพัฒนาของหัวหน้าหอผู้ป่วยมี 4 ขั้นตอนได้ดังนี้ 1) การนิเทศแบบชี้หน้าควบคุม 2) การนิเทศแบบชี้หน้าให้ข้อมูล 3) การนิเทศแบบร่วมมือ 4) การนิเทศแบบอ้อมหรือแบบไม่ชี้หน้า ผู้นิเทศเป็นผู้สนับสนุนผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ผลลัพธ์พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการบันทึกมากขึ้น แต่คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการนิเทศเชิงพัฒนาไม่แตกต่างกับระยะก่อนการใช้นิเทศเชิงพัฒนาซึ่งยังมีปัจจัยอื่น

ประนต จิรัฐติกาล (2547) ศึกษาผลของการนิเทศโดยการสอนแนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ 226 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการหลังได้รับการนิเทศแบบการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศโดยการสอนแนะ และความพึงพอใจของพยาบาลประจำการกลุ่มที่ได้รับการนิเทศแบบสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนิเทศโดยการสอนแนะ

สมกมล สายทอง (2552) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีม ต่อคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลปทุมเวช กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาล 30 คน ผู้ป่วย 60 คนเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษา ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากความคาดเคลื่อนทางยาและการย้ายผู้ป่วยเข้าแผนก ICU โดยไม่ได้วางแผน หลังใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีมสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีม ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนิเทศสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีม

พิมพ์ผกา ไชยยาเลิศ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ การนิเทศ

ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมี 3 ด้าน คือ ด้านการให้การสนับสนุน ด้านบริหารจัดการ และด้านการให้การศึกษา ซึ่งโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน ด้านการให้การศึกษาอยู่ในระดับต่ำสุดซึ่งอธิบายไว้ว่าการเขียนเอกสารวิชาการและการทำวิจัยยังมีน้อยในในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นงานวิชาการที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา ด้านการนิเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนารูปแบบของพยาบาลวิชาชีพ

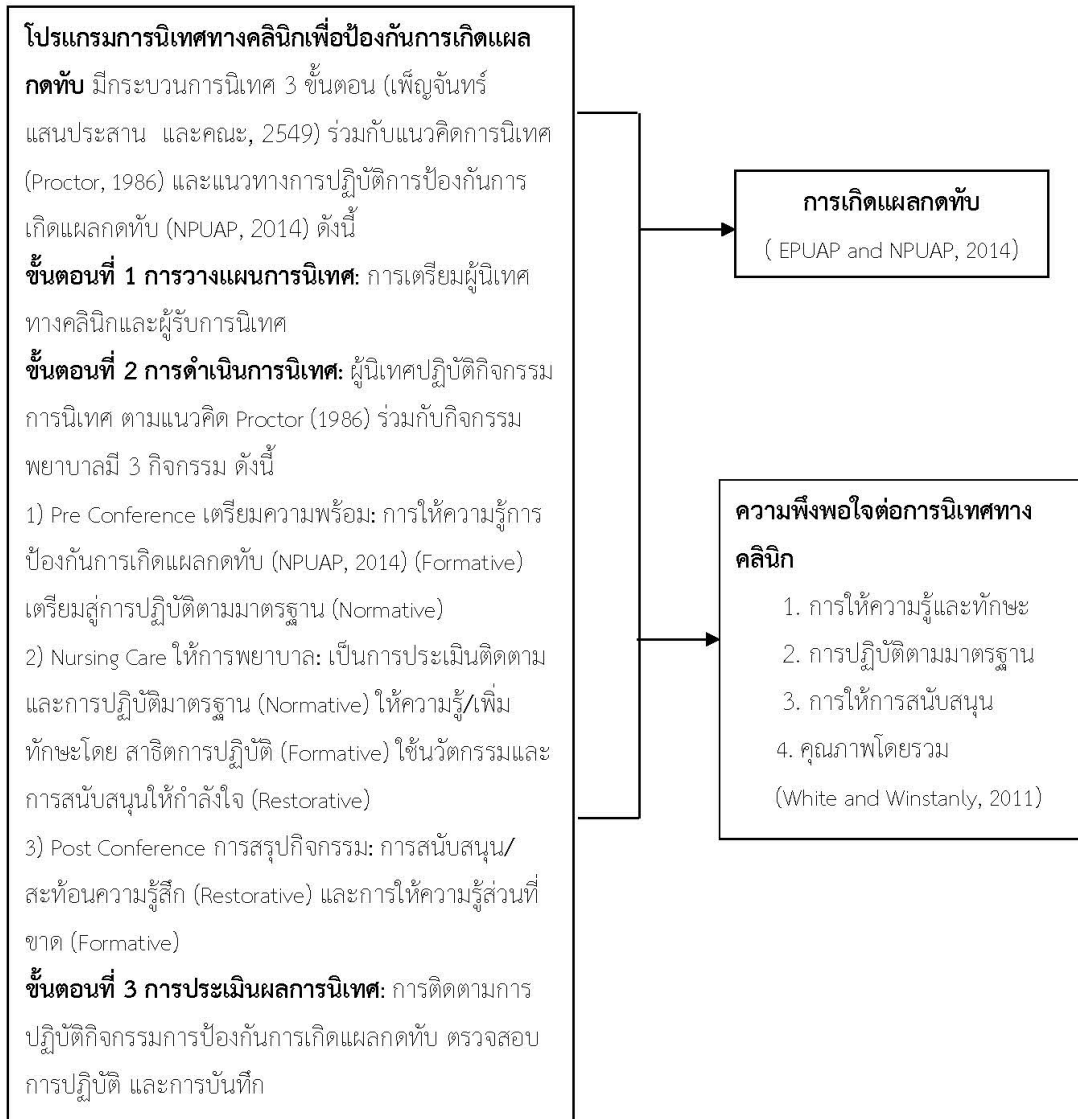
Cruz (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาลทางคลินิกบนทางสู่คุณภาพ การนำการนิเทศทางคลินิกสู่การปฏิบัติโดย มี 1) การเลือกรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและทำความเข้าใจ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ สมมติฐาน และรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เลือกลงหน่วยงานมีการฝึกปฏิบัติทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติราย case 3) การนำไปใช้ในระยะเวลา 6 เดือนในหน่วยงานที่เลือก 4) การประเมิน โดยการสัมภาษณ์ หัวหน้าหอ ผู้นิเทศ แล้วนำมาปรับปรุงประยุกต์ใช้ โดยใช้แบบประเมิน Manchester Clinical Supervision Scale(MCSSS) ผลลัพธ์ได้รับการยอมรับ ด้านความไว้วางใจ ความเห็นใจ การแนะนำ/การสนับสนุนของผู้นิเทศ การพัฒนาทักษะ/การดูแล การให้ความสำคัญในคุณค่าในการนิเทศการแก้ปัญหาส่วนบุคคลและการสะท้อนกลับส่วนองค์ประกอบที่ตัดออกในเรื่องการให้เวลา

Davis and Burke (2011) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนิเทศทางคลินิกของกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป วัตถุประสงค์เพื่อประเมินการยอมรับของบุคลากรในการนำการนิเทศทางคลินิกเข้าไปประยุกต์ผลการศึกษาพบว่าได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ทั้งบุคคลและองค์กรส่วนบุคคล พบว่าการนิเทศทางคลินิกช่วยจูงใจในการทำงานและทำให้รู้สึกมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น รู้สึกได้รับการสนับสนุน และความเครียดลดลง สำหรับองค์กรช่วยให้สามารถจัดการเกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติตามแนวทาง มีความมั่นใจ เชื่อมั่นในแนวทางที่กำหนด และด้านผู้ป่วยทำให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาใช้ในการดูแลมากยิ่งขึ้น

Cruz, Carvalho and Sousa(2013) ได้ศึกษาการนิเทศทางคลินิกกับกลยุทธ์การจัดระดับความสำคัญด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลตรวจการจำนวน 62 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ในโปรตุเกส พบว่าการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกไปใช้มีผลทำให้พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่โกรธ ไม่พอใจ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์เครียดและแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

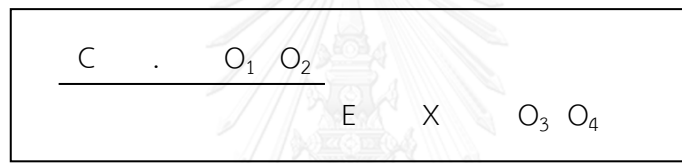
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้กระบวนการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศ และการประเมินผลการนิเทศ โดยใช้รูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor (1986) 3 ขั้นตอน คือการให้ความรู้ (Formative clinical supervision) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) และ การให้ความมั่นใจและการให้การสนับสนุน (Restorative clinical supervision) ร่วมกับแนวคิดในการดูแลการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ NPUAP (2014) และการใช้นวัตกรรม ร่วมกับการใช้เทคนิคการนิเทศ การสอน/การเรียนรู้ การสอนแนะ และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผลจากการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับวัดได้จากการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ White and Winstanley (2011) มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ความรู้และทักษะ 2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน 3) ด้านการให้การสนับสนุนและ 4) ด้านคุณภาพโดยรวมดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (The Posttest-Only Design With Nonequivalent group) โดยดำเนินการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกตามปกติกับหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



- C แทนกลุ่มผู้ป่วยและพยาบาลที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ
- E แทนกลุ่มผู้ป่วยและพยาบาลได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- . แทนการบริการพยาบาลตามปกติ
- X แทนโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดเกิดแผลกดทับ
- O₁ แทนการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ แทนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับการนิเทศตามปกติ
- O₃ แทนการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- O₄ แทนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีระดับคะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา และพยาบาลวิชาวชิพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดกิจกรรม และ/หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale การประเมินความเสี่ยงเมื่อแรกรับได้คะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน และยังมีแผลกดทับ ในช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2559 ถึง วันที่ 1 เมษายน 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด เก็บข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยกึ่งทดลองคือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burn and Grove, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 36 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 18 คน เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแล้วจึงเริ่มใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และเก็บข้อมูลหลังใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิก จำนวน 18 คน

2.2 กลุ่มพยาบาล คือพยาบาลวิชาวชิพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จำนวน 13 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาวชิพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยมีคุณลักษณะดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden Score ที่มีระดับคะแนน ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับ

1.2 เข้ารับการรักษานอนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนาตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

เกณฑ์การจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกการเลือกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพื่อประเมินผลการทดลองในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 18 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 18 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ

(Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลต่อการทดลอง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับของความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ ผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทนัย แก้วแพง และโสธรา จันทเลิศ (2555) พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุ การขาดผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden score ที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ แต่ในการศึกษารั้งนี้ไม่ได้นำมาเป็นข้อเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค และการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale สามารถบอกได้ถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ควรได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นจึงไม่ได้ใช้ภาวะโรคมารเป็นเกณฑ์ในการจับคู่

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพื่อให้ความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ อายุที่ใกล้เคียงกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และการมีผู้ดูแล

ขั้นตอนการเลือกตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลตามปกติ ได้จากการรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale ประเมินความเสี่ยงได้ค่าคะแนน Braden score ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับโดยนับจากการประเมินแรกรับเข้าหน่วยงานและได้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เมื่อจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน หรือเมื่อระดับคะแนนความเสี่ยงเปลี่ยนไม่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับนับเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อเกิดแผลกดทับนับเป็นผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 18 คน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนับตั้งแต่ เมื่อให้การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับพยาบาลวิชาชีพครบ 13 คน โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale ได้ค่าคะแนน Braden score ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับเทียบเกณฑ์เข้าได้กลับกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ได้รับการพยาบาลปกติ นับเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองให้การพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จนครบ 18 คน

สรุปลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังตารางที่ 1-2

2. กลุ่มพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนาจำนวน 13 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายทุกคนหลังจากที่คัดเลือกพยาบาลหัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศทางคลินิก และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งสามารถสรุปคุณลักษณะของพยาบาลผู้รับการนิเทศดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงระหว่างกลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ อายุ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ การมีผู้ดูแล และการเกิดแผลกดทับ

คู่ที่	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ					กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศฯ				
	อายุ	ระดับความเสี่ยง	ที่นอนลดแรงกด	ผู้ดูแล	เกิดแผล	อายุ	ระดับความเสี่ยง	ที่นอนลดแรงกด	ผู้ดูแล	เกิดแผล
1	74	มากที่สุด	ใช้	มี	ไม่เกิด	75	มากที่สุด	ใช้	มี	เกิด
2	70	มากที่สุด	ใช้	มี	ไม่เกิด	75	มากที่สุด	ใช้	มี	ไม่เกิด
3	83	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด	83	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด
4	73	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด	77	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด
5	84	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด	89	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด
6	86	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด	81	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด
7	57	มาก	ไม่ใช้	มี	ไม่เกิด	60	มาก	ใช้	มี	ไม่เกิด
8	60	ปานกลาง	ใช้	ไม่มี	เกิด	56	ปานกลาง	ใช้	ไม่มี	ไม่เกิด
9	78	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด	74	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด
10	79	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด	75	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด
11	81	ปานกลาง	ใช้	มี	เกิด	85	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด
12	88	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด	93	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด
13	51	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด	56	ปานกลาง	ใช้	มี	ไม่เกิด
14	78	น้อย	ใช้	มี	ไม่เกิด	73	น้อย	ใช้	มี	ไม่เกิด
15	69	น้อย	ใช้	มี	ไม่เกิด	71	น้อย	ใช้	มี	ไม่เกิด
16	56	น้อย	ไม่ใช้	ไม่มี	ไม่เกิด	58	น้อย	ไม่ใช้	ไม่มี	ไม่เกิด
17	62	น้อย	ใช้	ไม่มี	ไม่เกิด	61	น้อย	ไม่ใช้	ไม่มี	ไม่เกิด
18	65	น้อย	ใช้	มี	ไม่เกิด	70	น้อย	ไม่ใช้	มี	ไม่เกิด

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ของผู้ป่วยตามปกติ (n=18)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการนิเทศฯ (n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
50-60 ปี	4	22.22	4	22.22
61-70 ปี	4	22.22	2	11.11
71-80 ปี	5	27.78	7	38.89
81 ปีขึ้นไป	5	27.78	5	27.78
การวินิจฉัยโรค				
Sepsis	7	38.78	5	27.78
Stroke/ Old CVA	4	22.22	1	5.56
Pneumonia/COPD	3	16.67	6	33.33
Seizure	2	11.11	1	5.56
Kidney Disease	1	5.56	2	11.11
CHF	1	5.56	-	-
CA	-	-	2	11.11
Chemical Ingestion	-	-	1	5.56
ระดับความเสี่ยง				
เสี่ยงมากที่สุด (Braden score 6-9)	2	11.11	2	11.11
เสี่ยงมาก (Braden score 10-12)	5	27.78	5	27.78
เสี่ยงปานกลาง (Braden score 13-14)	6	33.33	6	33.33
เสี่ยงน้อย (Braden score 15- 18)	5	27.78	5	27.78

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ของผู้ป่วยตามปกติ (n=18)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการนิเทศฯ (n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้เครื่องช่วย				
หายใจ				
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	14	77.78	13	72.22
ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	4	22.22	5	27.78
การใช้ที่นอนลดแรง				
กดทับ				
ใช้ที่นอนฯ	16	88.89	15	83.33
ไม่ได้ใช้ที่นอนฯ	2	11.11	3	16.67
การมีผู้ดูแล				
มีผู้ดูแล	15	83.33	15	83.33
ไม่มีผู้ดูแล	3	16.67	3	16.67
ประเภทการจำหน่าย				
กลับบ้าน	6	33.33	8	44.44
เสียชีวิต	6	33.33	2	11.11
ยังคงนอนรพ.	6	33.33	8	44.44

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มผู้รับการนิเทศจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ การปฏิบัติงานและประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยอายุรกรรม ชายโรงพยาบาลเสนา

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลผู้รับการนิเทศ (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	100
อายุ		
20-25 ปี	2	15.40
26-30 ปี	4	30.80
31-35 ปี	2	15.40
36-40 ปี	2	15.40
41-45ปี	3	23.10
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	92.30
ปริญญาโท	1	7.70
ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วย		
1-3 ปี	2	15.40
4-7 ปี	4	30.80
8-10 ปี	1	7.70
10 ปีขึ้นไป	6	46.20
ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร		
ไม่เคยเป็น	2	15.40
1-3 ปี	2	15.40
4-7 ปี	2	15.40
8-10 ปี	1	7.70
10 ปีขึ้นไป	6	46.20

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นกลุ่มผู้นิเทศจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลผู้นิเทศ (n=4)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	4	100
อายุ		
41-45ปี	4	100
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	75
ปริญญาโท	1	25
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย		
10 ปีขึ้นไป	4	100
ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร		
10 ปีขึ้นไป	4	100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

มี 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 โครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 4 คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 5 แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และการบันทึกการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแนวคิดของ White and Winstanley (2011)

ขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้ คือ

ชุดที่ 1 โครงการ การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ครอบคลุมแนวคิดการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ร่วมกับแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) และการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP(2014) โดยผู้วิจัยเขียนโครงการ “การอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” ประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบโครงการ วิทยากรระยะเวลาในการอบรม ผู้เข้าร่วมอบรม สถานที่ วิธีการอบรม สื่อการสอน งบประมาณ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และกำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 ชุดที่ 1) หลังจากนั้นประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหัวหน้างานหอผู้ป่วยใน เพื่อขออนุญาตให้จัดพยาบาลหัวหน้าทีมเข้าร่วมการอบรม และ ดำเนินการอบรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับหัวหน้าทีมพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา

ชุดที่ 2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา ผู้วิจัยเขียนแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการอบรมพยาบาลหัวหน้าทีมพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีม 4 คน มีความรู้ความเข้าใจต่อการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยแผนการอบรมประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม การใช้เทคนิคการบรรยายแบบมีส่วนร่วมการนำเสนอ การเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ร่วมกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิก ของ Proctor (1986) และแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ NPUAP

(2014) โดยผู้วิจัยเขียนแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมและร่วมเป็นวิทยากร ในการฝึกอบรม และ เชิญวิทยากรคือ ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ เป็นผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิก เนื้อหาของการอบรมตามหลักการ และขั้นตอน ในการใช้เทคนิควิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วมได้แก่ วิทยากรนำสู่บทเรียนโดยการ บรรยายให้เห็นความสำคัญ ในเรื่องการนิเทศทางคลินิกที่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลโดยเฉพาะ พยาบาลหัวหน้าทีม ให้ผู้ร่วมอบรมแสดงความคิดเห็นในบทบาทการเป็นผู้นิเทศที่ปฏิบัติอยู่ หรือได้รับ การนิเทศ จากหัวหน้างานของหัวหน้าทีม ทำให้ผู้ร่วมการอบรมรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและมีโอกาสบอก เล่าถึงการนิเทศที่ได้ปฏิบัติไป วิทยากรได้เชื่อมโยงการนิเทศทั้งการนิเทศทางการพยาบาล และการ นิเทศทางคลินิก ให้ความรู้ในเรื่องแนวคิดการนิเทศทางคลินิก คุณลักษณะผู้นิเทศที่ดี การนิเทศตาม แนวคิดของ Proctor (1986) การใช้หลักการสอนแบบ GROW Model เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจในหลักการ แนวคิดการนิเทศทางคลินิกอย่างถูกต้องและรู้ถึงบทบาทของผู้นิเทศที่ ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับแนวคิดการเกิดแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับตาม แนวทางของNPUAP (2014) และเชื่อมโยงการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยให้ ผู้เข้าร่วมอบรมได้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทาง ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดไว้ ผู้วิจัยสอนตามหลักวิชาการและตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การ แบ่งระดับแผลกดทับ ยกตัวอย่างและแสดงภาพประกอบลักษณะแผลที่ชัดเจน การประเมินความ เสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Braden scale การจัดทำที่พลิกตะแคงตัวเหมาะสม มีการนำตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผล กดทับ ตามรูปแบบที่ร่วมกันสร้างขึ้น โดยแผนการอบรมประกอบด้วย หัวข้อวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการสอน สื่อการสอน และเกณฑ์การประเมินผล (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 ชุดที่ 2)

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนที่ 1 ชุดที่ 1-2 ดังนี้

1) ผู้วิจัยเขียนโครงการอบรมและแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิก และ การป้องกันการ เกิดแผลกดทับการอบรมเชิงปฏิบัติการและเทคนิควิธีการที่ใช้ในการจัดอบรม

2) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และได้รับการ ตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหาเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

3) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่มีความรู้ผู้ มีความรู้ชำนาญการพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล 1 คน กรรมการสภาการพยาบาล สำนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิกและการดูแลป้องกันการเกิด

แผลกดทับ 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิก 1 คน หัวหน้าพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานขั้นสูงมีความรู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ที่ใช้ในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน ให้ปรับสำนวนภาษาเล็กน้อยในแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ ตัดเนื้อหาการดูแลแผลกดทับออก เพราะเป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพิ่มกิจกรรมการเรียนรู้ใช้สื่อการสอนภาพของแผลกดทับระดับต่างๆ การนิเทศเพิ่มเนื้อหา คุณลักษณะผู้นิเทศทางคลินิก

4) ผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการปรับปรุงเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 1 ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 โดย ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ ตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครบถ้วนอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ตามขั้นตอนการทดลอง

ชุดที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สร้างขึ้นตามแนวคิดการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) และแนวคิดการนิเทศทางคลินิก ของ Proctor (1986) ร่วมกับ แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ NPUAP (2014) แบ่งการนิเทศเป็น 2 ระยะ คือการนิเทศเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน และการนิเทศขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยใช้กิจกรรมการนิเทศ ประกอบด้วย 1) การนิเทศขณะ Pre conference เป็นประเมินและการเตรียมความรู้ของผู้รับการนิเทศ ผู้นิเทศทำหน้าที่ให้ความรู้ (Formative) 2) การนิเทศขณะ Nursing care เป็นการประเมินติดตามการปฏิบัติและ เป็นการนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ (Normative) ใช้หลักการสอนแนะตาม GROW Model 3) การนิเทศขณะ Post conference เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ ในการปฏิบัติกิจกรรม (Restorative) (ตั้งภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 ชุด 3)

ชุดที่ 4 คู่มือการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับประกอบด้วย รายละเอียดเกี่ยวกับ ความสำคัญของการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิธีใช้คู่มือ แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการนิเทศทางคลินิก ขั้นตอนการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมั่นใจ(ตั้งภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 ชุดที่ 4)

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนที่ 1 ชุดที่ 3-4 ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษา จากตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่แนวคิด ทฤษฎี นิเทศทางคลินิกการใช้โปรแกรมในการนิเทศทางคลินิกและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2) ผู้วิจัย ร่างเครื่องมือ แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่พัฒนาจากการบูรณาการการนิเทศทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกและกระบวนการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2549)ร่วมกับแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) ประกอบด้วย 3 บทบาทการนิเทศ (1) การให้ความรู้และทักษะ (Formative Clinical Supervision) (2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) โดยการสอนแนะใช้ GROW Model (3) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Restorative Clinical Supervision) โดยใช้กิจกรรมการนิเทศ ประกอบด้วย (1) การนิเทศก่อนให้การพยาบาล (Pre conference) (2) การนิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing care) (3) การนิเทศหลังปฏิบัติการพยาบาล (Post conference) และการให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ NPUAP (2014) ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยง โดยใช้ Braden scale (2) การดูแลผิวหนัง (3) การลดแรงกดทับและการใช้อุปกรณ์ช่วย (4) การดูแลด้านโภชนาการ (5) การให้ความรู้ผู้ดูแล และการนำนวัตกรรมมาใช้ เป็นเครื่องมือในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และได้รับการพิจารณาเนื้อหาเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ที่มีความรู้ผู้มีความรู้ชำนาญการพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล 1 คน กรรมการสภาการพยาบาลสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิกและการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิก 1 คน หัวหน้าพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานขั้นสูงมีความรู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ในแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน มีข้อเสนอแนะให้กำหนดเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม การให้ความรู้ผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับก่อนลงนิเทศในขั้นตอนนิเทศขณะ Nursing care ควรตัดการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก แบบประเมิน Braden scale สามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงได้เพียงพอ และคู่มือการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้ปรับเนื้อหา ตัดการดูแลแผลกดทับใช้เฉพาะการป้องกันการเกิดแผลกดทับและปรับสำนวนภาษาให้เหมาะสมเล็กน้อยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

5) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในเครื่องมือชุดที่ 3-4แล้วนำไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนอีกครั้งก่อนนำไปให้ผู้อบรมมีส่วนร่วม ในการพัฒนาแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ ในระหว่างการจัดอบรมก่อน นำไปทดลองใช้ตามขั้นตอนของการทดลองซึ่งผู้เข้าร่วมอบรมให้ความคิดเห็นในเรื่องการประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับทุกหน่วยงานควรเข้าร่วมเรียนรู้ ในกิจกรรมการนิเทศ การใช้เทคนิคการ สะท้อนกลับการปฏิบัติ หรือการสะท้อนกลับความรู้สึกปฏิบัติได้ไม่ดีและเสนอให้มีการฝึกปฏิบัติต่อไป แต่โดยรวมเห็นชอบกับแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ ที่จัดทำสามารถ นำไปปฏิบัติได้

ชุดที่ 5 แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม เพื่อประเมินว่าพยาบาลหัวหน้าทีม ได้ปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศต่อผู้รับการนิเทศ ตามแนวทางที่กำหนดทุกขั้นตอน ประกอบด้วย กิจกรรมการนิเทศเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน จำนวน 7 ข้อ และการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 16 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก ง ชุดที่ 5)

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนที่ 1 ชุดที่ 5 ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน การนิเทศทางคลินิกการป้องกันเกิดผลกดทับและจากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของ หัวหน้าทีมร่วมกับแนวทางการนิเทศทางคลินิกที่จัดทำไว้ เป็นการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการ นิเทศที่ได้จากการสังเกต การปฏิบัติกรรม และตรวจสอบการลงบันทึก

2) จัดทำเนื้อหาของการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมเกี่ยวกับการ ป้องกันการเกิดผลกดทับให้สอดคล้องกับแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ โดยกำหนดขอบเขตการนิเทศทางคลินิก เพื่อการป้องกันการเกิดผลกดทับ ของหัวหน้าทีม มี 2 ระยะ คือ การนิเทศเมื่อแรกรับเข้าหน่วยงาน มี 11 ข้อย่อย และการนิเทศขณะนอนโรงพยาบาล มี 20 ข้อย่อย รวมเป็น 31 ข้อย่อย ซึ่ง ประกอบด้วย 3 บทบาท คือ 1) การให้ความรู้/และการพัฒนาทักษะ 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน 3) การสนับสนุนและให้กำลังใจ ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลคือ การเตรียมความพร้อมก่อน ให้การพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล และการสรุปผลหลังให้การพยาบาลเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) กำหนดเกณฑ์การลงบันทึกการปฏิบัติให้ผู้สังเกตตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ของหัวหน้าทีม ตามรายการให้ใส่ ✓ ในช่องปฏิบัติ และเมื่อสังเกตไม่พบการปฏิบัติกิจกรรมให้ใส่ ✓ ในช่องไม่ปฏิบัติกิจกรรมลงวันที่ และบันทึกหมายเหตุที่เกี่ยวข้อง

3) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินการ ปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเบื้องต้น และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนซึ่งประกอบด้วย อาจารย์ที่

มีความรู้ผู้มีความรู้ชำนาญการพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล 1 คน กรรมการสภาการพยาบาลสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิกและการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิก 1 คน หัวหน้าพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานขั้นสูงมีความรู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำนวนภาษาที่ใช้ในแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศโดยยึดหลักความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขสำนวนภาษาให้ตรงประเด็นชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำไปใช้ทดลอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นชอบตรงกันกับแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก แต่เสนอให้ ตัดกิจกรรมการนิเทศแรกรับออก 3 ข้อ และเสนอให้รวมกิจกรรมการนิเทศ 2 ข้อเป็น 1 ข้อ ทำให้กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแรกมี 11 ข้อ ปรับเหลือ 7 ข้อ และกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาลตัดออก 3 ข้อ และปรับรวมกิจกรรมการนิเทศ 2 ข้อเป็น 1 ข้อ ทำให้กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาลจาก 20 ข้อ เหลือ 16 ข้อ รวมการประเมินกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็น 23 ข้อ

4) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นำแบบประเมินการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมที่ผ่านการตรวจสอบความตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนอีกครั้ง ก่อนนำไปให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาทำความเข้าใจสามารถใช้ในการประเมินการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมได้

5) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่คล้ายกับประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย 2 คน ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) ได้จากสูตรดังนี้ (Polit and Hungler, 1999 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

โดยค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตของแบบประเมินการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จากการสังเกตดังนี้

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ค่าความเที่ยงต่อการสังเกตกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้ทิม เท่ากับ .96

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ค่าความเที่ยงต่อการสังเกตกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้ทิม เท่ากับ .91

แสดงว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .7 จึงยอมรับได้ (Polit and Hungler, 1999)

การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้ทิมเพื่อกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้ทิม ใช้ควบคู่กับแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีทั้งหมด 23 ข้อ หลักในการสังเกต ให้ทำเครื่องหมาย✓ในช่องที่ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติ= 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ= 0 ไม่มีสถานการณ์ไม่คิดคะแนนพยาบาลหัวหน้ทิมผู้นิเทศต้องปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80ของกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งหมด

สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสร้างและพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ คือต้องได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้ทอผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมรวมทั้งการคำนึงถึงผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมของผู้นิเทศทางคลินิกซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติอย่างชัดเจน ควรมีการสนับสนุนให้กำลังใจ การมีที่ปรึกษา สำหรับพยาบาลผู้รับการนิเทศต้องให้เข้าใจในหลักการนิเทศ รวมทั้งการนำผลการนิเทศไปปรับปรุงอย่างจริงจังจะส่งผลต่อการยอมรับถึงความสำคัญจากการนิเทศ ทำให้เกิดการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่องได้ และยังสามารถทำแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปประยุกต์ใช้ในการนิเทศทางคลินิกอื่นๆได้ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้ คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อเข้ารับการรักษาในหน่วยงาน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงานเป็นแบบฟอร์มที่ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล อายุ การวินิจฉัยโรค วันที่และเวลาเข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย ประเภทการจำหน่าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การประเมินความเสี่ยงแรกรับ ค่าคะแนนตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของ Braden score จำแนกรายด้าน 6 ด้านคือ 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึก 2) ด้านความเป็ยกขึ้นของผิวหนัง 3) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 5) ด้านโภชนาการ และ 6) ด้านการมีแรงเสียดสีและแรงเฉือนหรือแรงไถล การกำหนดกลุ่มเสี่ยง บันทึกการประเมินผิวหนัง การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ

การประเมินภาวะโภชนาการ การให้ความรู้ผู้ดูแล รวมทั้งการลงข้อมูลการเกิดแผลกดทับเมื่อไร ระดับ แผล ตำแหน่งที่เกิด และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 ชุดที่ 1)

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับเข้า หน่วยงาน จนกระทั่งออกจากหน่วยงานซึ่งสามารถบอกได้ถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้เครื่องมือที่สำคัญในการช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ และสรุปผลการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาที่นอนโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความรู้ผู้มีความรู้ชำนาญ การพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล 1 คน กรรมการสภาการพยาบาลสำนักงาน กระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิกและการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิก 1 คน หัวหน้าพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานชั้นสูงมีความรู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) โดยการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษา ในแบบบันทึกการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการเกิดแผลกดทับผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับสำนวนภาษาเล็กน้อย เพิ่มระบุความผิดปกติที่พบ ปรับแบบฟอร์มที่ระบุชื่อผู้ป่วย เป็นการใส่รหัส Code No เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการเชิงจริยธรรม

2) นำแบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ไปทดลองใช้บันทึกเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย สามารถใช้ได้สะดวก และบันทึกข้อมูลได้ครอบคลุมละเอียดครบถ้วน โดยมีข้อตกลงให้นำแบบบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดแผล กดทับใส่ไว้ในแฟ้มเป็นรายบุคคล และจัดเก็บในแฟ้มรวมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหน่วยงาน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้าทีม ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองตามแนวคิดของ White and Winstanley (2011) ซึ่งสอดคล้องกับการนิเทศของ Proctor (1986) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิ การศึกษาทางการพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน และประสบการณ์ การเป็นหัวหน้าเวรโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้าทีม

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือส่วนที่ 2 ชุดที่ 2 ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วิชาการและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก

2) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ White and Winstanley (2011) ซึ่งสอดคล้องกับการนิเทศของ Proctor (1986) โดยคำนึงถึงคำถามในแต่ละด้านต้องครอบคลุมนิยาม ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิก ร่วมกับการใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมและกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ให้แก่ผู้ป่วย การนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้สอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกทั้งหมดมี 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการให้ความรู้ มี 5 ข้อ 2) ด้านการการปฏิบัติตามมาตรฐานมี 7 ข้อ 3) ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ มี 6 ข้อ และ 4) ด้านคุณภาพโดยรวม มี 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ที่ระบุไว้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ที่ระบุไว้มาก

ระดับ 3 หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ที่ระบุไว้ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ที่ระบุไว้ น้อย

ระดับ 1 หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ที่ระบุไว้ น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการวัดระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิก ให้ความหมายโดยใช้หลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในระดับน้อย

1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยปรึกษาที่อาจารย์

ปริญญานิพนธ์ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความรู้ผู้มีความรู้ชำนาญการพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล 1 คน กรรมการสภาการพยาบาลสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิกและการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางคลินิก 1 คน หัวหน้าพยาบาลมีความรู้เชี่ยวชาญในการนิเทศทางการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานขั้นสูงมีความรู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ เครื่องมือต้องผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาครอบคลุม ผู้วิจัยนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index =CVI) ได้จากสูตรดังนี้ (Burn and Grove, 2009)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และระดับ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

กำหนดระดับคะแนนการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยเลย

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index =CVI) ของแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกโดยรวมได้ค่า Content Validity Index : CVI =.96 ซึ่งค่า CVI ที่ดีควรมีค่า > .8 (Polit and Beck, 2012) และข้อคำถามที่เสนอแนะการปรับแก้ดังนี้

(1) ด้านการให้ความรู้และทักษะ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ยังคงข้อคำถามเดิมทั้ง 5 ข้อแต่ปรับเพิ่มเนื้อหาการปฏิบัติเป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้รับสำนวนการใช้ภาษาให้เหมาะสม

(2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ ยังคงข้อคำถามเดิมทั้ง 7 ข้อแต่ปรับเพิ่มเนื้อหา เพิ่มค่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(3) ด้านการสนับสนุน มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ ยังคงข้อคำถามเดิม 5 ข้อ ตัดออก 1 ข้อ คำถาม คือท่านพึงพอใจต่อบรรยากาศ สภาพแวดล้อมขณะรับการนิเทศซึ่งมีอยู่ในข้อคำถามการนิเทศโดยรวมแล้ว

(4) ด้านคุณภาพโดยรวม จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อคงข้อคำถามเดิม เพิ่ม 1 ข้อ การนิเทศทางคลินิกทำให้ลดการเกิดแผลกดทับได้รวมเป็น 6 ข้อ

2) ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก และนำเสนอปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ได้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกทั้งหมด 4 ด้าน มี 23 ข้อ (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 ชุดที่ 2)

3) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายเคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน ในพยาบาลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก โดยรวมทั้งชุดเท่ากับ .97 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิก	ค่าความเที่ยง (n=33)
ด้านการให้ความรู้และทักษะ	.92
ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน	.95
ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ	.92
ด้านคุณภาพโดยรวม	.92
โดยรวม	.97

ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยจะประเมินจากค่า 0 ถึง +1 ค่าความเที่ยงที่เข้าใกล้ 0 แสดงว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงต่ำ และค่าความเที่ยงเข้าใกล้ +1 แสดงว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงสูง สำหรับเครื่องมือต่างๆไปควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป (LoBiondo-Wood and Haber, 2010)

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการก่อนทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการก่อนทดลองมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ประสานหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการดำเนินการทดลอง ขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ เพื่อทดลองใช้เครื่องมือการดำเนินการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา เพื่อดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยประสานกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเสนาเพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการทดลองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการและระยะเวลา
3. จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” โดยประสานงานกับทีมวิชาการกลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการวางแผนการอบรม การจัดพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมเข้าร่วมอบรมข้อเสนอแนะในการอบรมที่เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้งเพื่อปรับปรุงแผนการสอนให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานให้มากที่สุด โดยแผนการอบรมประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม การใช้เทคนิคการบรรยายแบบมีส่วนร่วม การนำประสบการณ์มาเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) ร่วมกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิก ของ Proctor (1986) แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ NPUAP (2014) และ เชิญ ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งได้รับอนุญาตให้จัดอบรมวันในวันที่ 27 มกราคม 2559 โดยจัดอบรมที่ห้องประชุมทับทิมสยาม โรงพยาบาลเสนา
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อผลการวิจัยมีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้ ผู้วิจัยกำหนดผู้ช่วยวิจัยไว้ 2 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

4.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ทำงานเป็นหัวหน้าทีมไม่น้อยกว่า 10 ปี

4.2 ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย

4.3 มีความยินดีและเต็มใจในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก โดยได้รับคำสั่งแจงเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยจากผู้วิจัยอย่างละเอียด

4.4 เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงการใช้คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการใช้แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การใช้แบบฟอร์มต่างๆ และตอบข้อสงสัยของผู้ช่วยวิจัยอย่างละเอียด

5. เตรียมตัวผู้วิจัยในการจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมพยาบาลเรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” ผู้วิจัยเป็นวิทยากรอบรมในส่วนของ การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยเตรียมตัวโดยศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การใช้นวัตกรรม ร่วมกับการศึกษาในเรื่องการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกที่เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากตำราเอกสารวิชาการงานวิจัย ขอคำปรึกษาเรื่องหัวหน้าพยาบาลด้านบริการที่มีประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิก รวมทั้งศึกษาค้นคว้าการในเทคนิคการบรรยายแบบมีส่วนร่วมขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นสำหรับวิทยากร เช่น ทักษะในการสอน การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสื่อการสอนและการทำกิจกรรมกลุ่ม

นอกจากนี้ผู้วิจัยเตรียมตัวในการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้เนื้อหาความรู้ตามที่จัดอบรมให้แก่หัวหน้าทีม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale ได้ค่าคะแนน ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับ โดยการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับและการทบทวนจากเวชระเบียน ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 4 -29 มกราคม 2559 ได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามการนิเทศปกติ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ 13 คนหลังเก็บข้อมูลผู้ป่วย

ที่ได้การพยาบาลตามปกติแล้วเสร็จ ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 5 วัน (วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2559) การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้าทีม ตามแบบปกติ ปฏิบัติดังนี้

- 1) พยาบาลหัวหน้าทีมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้นิเทศ แจ้งให้พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทราบ
- 2) การตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยร่วมกัน โดยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางกำหนด
- 3) ผู้นิเทศบอกให้พยาบาลผู้รับผิดชอบปฏิบัติการที่ยังไม่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้ดำเนินการภายในระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย
- 4) ผู้นิเทศประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงเวลาการปฏิบัติการกับผู้ป่วย
- 5) ผู้นิเทศกระตุ้นในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ช่วยหาอุปกรณ์ในการลดแรงกดทับ สอนแนะนำการดูแลเรื่องความเปียกชื้น
- 5) สรุปผลการดูแลผู้ป่วยพบการเกิดแผลกดทับหรือไม่ ในเวร และสรุปผลการเกิดแผลกดทับเป็นรายเดือน

3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโครงการ เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ” เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดและการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม ตามแผนการจัดอบรมโดยใช้เวลา 1 วัน จัดอบรมในวันที่ 27 มกราคม 2559 เวลา 8.30 -16.00 น. ณ ห้องทับทิมสยาม โรงพยาบาลเสนาผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายจำนวน 4 คน และพยาบาลหัวหน้าทีมหอผู้ป่วยอื่นๆ รวมเป็นผู้เข้ารับการอบรม 20 คน การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใช้เทคนิคการบรรยายแบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) เป็นเทคนิคที่พัฒนาจากการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมที่ผู้เข้าร่วมการอบรม/ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมเพื่อดึงความสามารถของผู้เข้าอบรมออกมา โดยให้ผู้เข้าอบรมจะมีส่วนร่วมทางจิตใจได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง และเกิดการเรียนรู้ที่ใช้จิตใจเข้าร่วมในการเรียนรู้ (กรองไต่ อุณสูต, 2557) โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการอบรมและเป็นวิทยากร ร่วมทั้งเชิญ ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนี้

ภาคเช้า ผู้วิจัยเชิญผู้รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเสนา กล่าวเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยกล่าวถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้

นี้ จากนั้นผู้วิจัยให้พยาบาลผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการนิเทศการพยาบาลที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวเชิญวิทยากร ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์ เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล การนิเทศทางคลินิก แนวคิดการนิเทศ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิด Proctor (1986) การใช้ GROW Model โดยวิทยากรกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมเล่าถึงประสบการณ์การนิเทศทางคลินิกที่เคยปฏิบัติหรือเคยได้รับยกตัวอย่างให้เห็นถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม สภาพของการนิเทศของพยาบาลตามที่ตรวจตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ และสภาพการพยาบาลพบว่าการนิเทศเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ การนิเทศเป็นเครื่องมือในการบริหารที่สำคัญที่จะสามารถทำให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานทั้งตัวผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยที่รับผลจากการปฏิบัติงานนั้นๆรวมทั้งองค์กรพยาบาล สามารถนำมารับประกันคุณภาพในการปฏิบัติงานได้

ภาคบ่าย ผู้วิจัยได้บรรยายเกี่ยวกับแผลกดทับ ประกอบด้วย สถานการณ์การเกิดแผลกดทับที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจากโรงพยาบาลต่างๆ ความหมายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การแบ่งระดับแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามแนวคิด NPUAP (2014) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale 2) การดูแลผิวหนัง 3) การลดแรงกดทับและการใช้อุปกรณ์ช่วย 4) การดูแลด้านโภชนาการ และ 5) การให้ความรู้ผู้ดูแลการใช้นวัตกรรม พร้อมยกตัวอย่าง ภาพประกอบ ให้ผู้ร่วมเข้ารับการอบรม แสดงความคิดเห็นในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ การประเมินความเสี่ยงตาม Braden scale และสรุปแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน โดยผู้วิจัยแจกแบบร่างแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แต่ละกลุ่ม ทดลองการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกเพื่อให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้เสนอความคิดเห็นในแต่ละกิจกรรมการนิเทศ

4. ผู้วิจัยปรับปรุงคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามที่ผู้เข้ารับการอบรมร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ นำเสนอให้พยาบาลหัวหน้าทีมที่ผู้นิเทศทางคลินิก เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในเนื้อหา และการใช้แบบฟอร์มต่างๆ ให้มีความเข้าใจตรงกัน และร่วมกันวางแผนการดำเนินการนิเทศให้พยาบาลผู้นิเทศมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง ขั้นตอน กระบวนการนิเทศ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิเทศในการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เปิดโอกาสให้พยาบาลผู้นิเทศ ร่วมระดมสมอง แสดงความคิดเห็นและอภิปราย

เพื่อให้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ วิธีการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างชัดเจน ร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์กับผู้ป่วย ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างถูกต้องครอบคลุมและพยาบาลผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ

5. ผู้วิจัยจัดอบรมวิชาการ เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 11 คน ในวันที่ 29 มกราคม 2559 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ มีความตระหนักถึงการเกิดแผลกดทับ มีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับและมีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้เนื้อหาตามที่ได้ความรู้กับพยาบาลหัวหน้าทีมที่เป็นผู้นิเทศ รวมทั้งอธิบายให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้รับการนิเทศ และช่วงเวลาที่ได้รับการนิเทศจากหัวหน้าทีม และผู้วิจัยจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับไว้ที่หน่วยงาน

6. การเตรียมความพร้อมผู้นิเทศ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมการพยาบาล ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่ผ่านการอบรม 4 คน (พยาบาลผู้นิเทศทางคลินิก ซึ่งหลังจากการอบรมแล้ว พยาบาลหัวหน้าทีม 2 คน ขอสมัครเป็นผู้รับการนิเทศ เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะเป็นผู้นิเทศ) เพื่อให้ผู้นิเทศมีความรู้ความเข้าใจและมั่นใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศเป็นรูปแบบเดียวกันได้ โดยการดำเนินการฝึกใช้แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลา 1 สัปดาห์ (วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2559) โดยนำแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จัดทำไว้ ฝึกทักษะในการนิเทศตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และขณะนอนโรงพยาบาล โดยให้นำตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงทั้ง 4 กลุ่มลองฝึกการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการปฏิบัติการพยาบาล ลงปฏิบัติ การประเมิน Braden scale สาธิตการจัดทำ เรียนรู้นวัตกรรมที่จะนำมาใช้ โดยให้ลองฝึกการนิเทศสลับกันเป็นผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ ฝึกการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ พยาบาลหัวหน้าทีมทั้ง 4 คนได้รับการฝึกทักษะ และรวมแสดงความคิดเห็น ในแต่ละขั้นตอน

ผู้วิจัยและพยาบาลหัวหน้าทีมที่ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศทางคลินิก ประชุมร่วมกันทบทวน แก้ไขปัญหา ส่วนที่บกพร่อง ที่พบจากการฝึกปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกนำมาปรับปรุง สรุปลงเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะดำเนินการต่อไปการทบทวน โดยผู้วิจัยและผู้นิเทศทำทุกครั้ง หลังจากการนิเทศที่ได้ปฏิบัติแต่ละวัน และนัดสรุป การปรับแก้ไขปัญหาแนวทางปฏิบัติพร้อมกันในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2559 เพื่อนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในนิเทศทางคลินิกในสัปดาห์ต่อไป

7. การดำเนินการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา เมื่อมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale ได้ค่าคะแนน Braden score ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับโดยปฏิบัติการกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางการนิเทศทางคลินิก

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและคู่มือการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการจัดทำของพยาบาลหัวหน้าทีมที่เข้าร่วมการอบรม การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเฉพาะในเวรเช้าเวลา 8.00 น.-16.00น.ช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2559 ซึ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดังนี้

7.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย มอบหมายการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม โดยวางแผนการนิเทศทางคลินิกเป็นรายบุคคลกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าทีมทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพทุกคน (ดังภาคผนวก ฉ) ผู้นิเทศต้องนิเทศครบทุกชั้นตอนตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7.2 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้หลักการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดของ Proctor (1986) ร่วมกับแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวคิดของ NPUAP (2014) โดยปฏิบัติการนิเทศเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การนิเทศระยะแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน ผู้นิเทศเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติ เมื่อแรกรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยมอบหมายพยาบาลให้เตรียมดูแลผู้ป่วยที่จะรับเข้าหน่วยงาน และผู้นิเทศชั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ (ใช้เวลา 15-20 นาที)

1. ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับการนิเทศ (Normative Clinical Supervision) ในเรื่องการประเมินความเสี่ยงการใช้ Braden scale การตรวจดูผิวหนังร่างกายผู้ป่วย

2. ให้ความรู้สอนตามหลักวิชาการ (Formative Clinical Supervision) เมื่อพบว่าผู้รับการนิเทศยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนในเรื่อง การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale สาธิตการตรวจผิวหนัง ชี้ให้เห็นถึงจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ความรู้ถึงสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการแบ่งลักษณะแผลกดทับ

3.การให้กำลังใจในการปฏิบัติเรื่องการป้องกันเกิดแผลกดทับไม่ถูกต้อง หรือให้คำชมเชยเมื่อผู้นิเทศปฏิบัติได้ถูกต้อง (Restorative Clinical Supervision)

ให้ผู้รับการนิเทศสรุป ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยแบ่งผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น 4 กลุ่ม และปิดป้ายกลุ่มเสี่ยงที่เตียงผู้ป่วย

พิจารณาการใช้ที่นอนลดแรงกดทับในผู้ป่วยที่เสี่ยงมากที่สุด เสี่ยงมากและเสี่ยงปานกลางตามลำดับ กำหนดการประเมินซ้ำ โดยใช้ Braden scale การประเมินผิวหนัง และวางแผนการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลต่อไป

ผู้นิเทศบันทึกผลการนิเทศ ข้อเสนอแนะที่จะนำไปปรับปรุงหาแนวทางช่วยเหลือหรือแก้ไขต่อไป

ระยะที่ 2 การนิเทศขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะได้รับมอบหมายการดูแลผู้ป่วยไว้ก่อนแล้ว มีขั้นตอนการปฏิบัติโดยเริ่มจาก ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการนิเทศ และบอกวัตถุประสงค์การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละราย กำหนดช่วงเวลาการนิเทศวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน ใช้เวลาในการนิเทศทุกขั้นตอน ประมาณ 45-60 นาทีโดยผู้นิเทศปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ตามบทบาทดังนี้

1. Pre Conferenceเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมใช้บทบาทการนิเทศดังนี้

1.1 ประเมินความรู้และทักษะผู้รับการนิเทศและให้ความรู้และเพิ่มทักษะ(Formative clinical supervision) เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินโดยใช้ Braden scale ลักษณะแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดตามแนวคิดของ NPUAP (2014)

1.2 ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานกระตุ้นให้นำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Normative clinical supervision)โดยการสอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model

G =Goal คือ กำหนดเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างถูกต้อง ครบถ้วน หรือกำหนดเป้าหมายเป็นรายกิจกรรม เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

R= Reality คือ มองถึงสิ่งที่เป็นจริง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนดอย่างไร มีอะไรบ้างที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ สิ่งที่ทำแล้วทำได้ถูกต้อง ต่อเนื่องหรือไม่

O =Option คือทางเลือก ทำอย่างไรจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้ เช่น การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีกำหนดผู้ปฏิบัติ ผู้ติดตามประเมิน กำหนดช่วงเวลาปฏิบัติ และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมได้

W=Way Forward คือ เตรียมลงมือปฏิบัติ ให้ผู้รับการนิเทศสรุปกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยครอบคลุมตามมาตรฐานกำหนด ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเสี่ยง

ผู้นิเทศตอบข้อซักถาม และให้ข้อเสนอแนะ

2. Nursing Care การปฏิบัติการพยาบาลใช้บทบาทการนิเทศประกอบด้วย

2.1 ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามมาตรฐาน(Normative clinical supervision)

ถ้าพบว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้นิเทศนำมาตราฐานสู่การลงมือปฏิบัติ (Way Forward)ในแต่ละประเด็นดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงโดยให้ผู้รับการนิเทศใช้ Braden scale ประเมินผู้ป่วยที่ละด้าน ตรวจสอบเปรียบเทียบกับคะแนนที่ประเมินไว้ก่อน มีการประเมินซ้ำการประเมินตามเกณฑ์ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ มีใช้สูง >38 ความดันโลหิตต่ำ BPd< 60 mmHg ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ดูแลมีปัจจัยเสี่ยงให้นำมาปรับการพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงมากขึ้นอีก1ระดับ และตรวจสอบการปิดป้ายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามที่กำหนด

2) การดูแลผิวหนังให้ผู้รับการนิเทศประเมินการตรวจผิวหนังทั่วร่างกาย โดยการดู/สัมผัสผิวหนัง ด้านหน้า หลังศีรษะจรดเท้า บริเวณปุ่มกระดูก บริเวณที่กดทับจากท่อสายยาง การป้องกันส้นเท้าไม่ให้เกิดแผล และป้องกันไม่ให้เสียดสี ทาวาสลินผิวหนังที่แห้ง การลงบันทึก ลักษณะ ผิวหนังที่ผิดปกติที่พบ ระบุตำแหน่ง และ ระดับ ผลกดทับ ผู้นิเทศชี้แนะประเมินผิวหนังอย่างน้อยวันละครั้ง และทุกช่วงเวลาทำกิจกรรมอาบน้ำเช็ดตัวเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ป่วยที่ผิวหนังเริ่มมีรอยแดงให้ประเมินผิวหนังถี่ขึ้นร่วมตรวจประเมินผิวหนังด้วย ถ้าผู้รับการนิเทศไม่มั่นใจ

3) การลดแรงกดทับและการใช้อุปกรณ์ช่วย

(1) การลดแรงกดทับ ประเมินเรื่องการพลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นการเคลื่อนไหวดูแลลดแรงกดที่ส้นเท้าจัดทำนอนตะแคง 30 องศากระตุ้นการเคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัวเพิ่มในกลุ่มเสี่ยงมาก และมากที่สุดแนะนำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ให้เอียงลำตัวขึ้น และทำสลับข้างทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยให้ยกตัวลอยพ้นจากที่นอน ให้อยู่ในระนาบเดียวกัน 30 วินาที ทุก 1-2 ชั่วโมงผู้นิเทศชี้แนะการใช้หมอนรองบริเวณข้อเท้าให้ส้นเท้าลอยไม่สัมผัสกับพื้นผิวที่รองรับ

(2) ประเมินการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับที่เหมาะสม เช่น ที่นอนลดแรงกดทับใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด เสี่ยงมาก ประเมินประสิทธิภาพอุปกรณ์ ที่นอนไม่อ่อน หรือแข็งจนเกินไป ผู้นิเทศชี้แนะการใช้ที่นอน/อุปกรณ์ลดแรงกดทับ กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

4) การดูแลด้านอาหาร ประเมินการคำนวณ ค่า BMI การได้รับอาหาร/การได้อาหารเสริมค่า Serum Albumin ผู้นิเทศแนะนำการพิจารณาการใส่สายยางให้อาหารในผู้ป่วยบางราย

5) การให้ความรู้ผู้ดูแล ประเมินได้จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย สังเกตการปฏิบัติ และให้ผู้รับการนิเทศบอกได้ถึงมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้นิเทศแนะนำในการให้ความรู้ผู้ดูแลให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมและสอนชี้แนะในแต่ละประเด็น

รวมทั้งประเมินการนำนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์มาใช้ดังนี้

- 1) การปิดป้ายแบ่งกลุ่มเสี่ยงตามระดับคะแนน Braden scale
- 2) การใช้นาฬิกา ตารางบอกเวลาในการพลิกตะแคงตัว กำหนดการเปลี่ยนท่า
- 3) ที่วัดระดับองศาเตียง
- 4) แผ่นเจลสำหรับลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก

2.2 การให้ความรู้และทักษะเพิ่ม(Formative clinical supervision)

1) การสอนให้ข้อมูลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ในส่วนที่ผู้รับการนิเทศยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2) การเพิ่มทักษะโดยการสาธิตและให้ผู้รับการนิเทศการปฏิบัติกิจกรรมการจัดทำนอนตะแคงท่ามุม 30 องศา การจัดท่าศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาการเคลื่อนย้ายโดยการยกไม่ลากผู้ป่วยการตรวจประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก และประเมินการได้รับสารอาหาร

3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วย

(1) การสะท้อนทางบวก เช่นการประเมินที่ถูกต้องผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ การประเมินผิวหนังพบจุดเสี่ยงนำมาวางแผนการดูแลได้ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้ สามารถกลับบ้านได้ตามปกติ การปฏิบัติกิจกรรม จัดท่า พลิกตัว ได้เหมาะสม ถูกต้อง ผู้ป่วยสุขสบายไม่เป็นแผลเหมือนนอนโรงพยาบาล เกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

(2) การสะท้อนทางลบ การดูแลที่ไม่ต่อเนื่องเช่นการไม่พลิกตัวผู้ป่วย การปล่อยให้ผู้ป่วยผิวหนังเปียกชื้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับที่สามารถป้องกันได้ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ถ้าติดเชื่ออาจเสียชีวิตได้ พยาบาลเพิ่มภาระในการทำงาน แผลโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่าย มองถึงการดูแลที่ยังไม่ได้คุณภาพ

2.3 ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ (Restorative clinical supervision)

1) ให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ถูกต้อง ต่อเนื่อง

2) เมื่อผู้รับการนิเทศยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ ยังทำไม่ถูกต้อง ผู้นิเทศร่วมปฏิบัติและให้ผู้รับการนิเทศลองปฏิบัติใหม่

3) สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ รวมทั้งการนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลให้เหมาะสมแต่ละคนการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทั้ง 3 บทบาทในช่วงเวลาการให้การพยาบาลจะทำได้ ควบคู่กันได้ เช่นเมื่อประเมินการปฏิบัติ พบว่าปฏิบัติยังไม่ถูกต้องผู้นิเทศสอนให้ความรู้และสาธิตให้ผู้รับการนิเทศลองปฏิบัติ ให้คำชื่นชมและให้กำลังใจในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมไปพร้อมๆกันได้

3. Post Conference เป็นการสรุปการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้รับการนิเทศอธิบายถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ผู้นิเทศปฏิบัติบทบาทดังนี้ ใช้เวลา 5-10 นาที

3.1 ผู้นิเทศให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติยังไม่ครบ(Formative clinical supervision)โดยสะท้อนกลับให้เห็นการไม่ได้ปฏิบัติ อาจส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ และการลูกกลมของแผลกดทับเดิมได้

3.2 การสะท้อนกลับการปฏิบัติให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้สึกหลังจากได้รับการนิเทศ (Restorative clinical supervision) มีสิ่งที่ยากได้รับการสนับสนุนเพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้นิเทศให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

ผู้นิเทศสรุปการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ผู้ป่วยได้รับ แผนการดูแลที่ต่อเนื่องปัญหาที่พบในการดูแล และบันทึกข้อเสนอแนะที่ผู้รับการนิเทศต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นข้อเสนอแนะในการนิเทศ

การกำกับการทดลองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับของหัวหน้าที่มโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าที่มโดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและตรวจสอบการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ในการปฏิบัติกิจกรรมเวรเช้า (08.00น.- 16.00น.) โดยผู้วิจัยวางแผนการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าที่มโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินเองยกเว้นในวันที่ผู้วิจัยติดภารกิจอื่นจะประสานให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินแทนการประเมินครบทุกคนในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ที่ทดลอง (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 4 มีนาคม 2559)

จากการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของหัวหน้าที่ม ในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนาพบว่า พยาบาลหัวหน้าที่มปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับได้ทุกคนมี 19 กิจกรรม ส่วนกิจกรรมการนิเทศ 4 กิจกรรมที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ แบ่งเป็นระยะแรกเริ่ม คือ การให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้สึกขณะที่ได้รับการนิเทศ/สิ่งที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจในครั้งแรกไม่สามารถปฏิบัติได้ กิจกรรมการนิเทศที่ไม่ได้ปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ในขณะที่ให้การพยาบาล (Nursing Care) คือ การให้ผู้รับการนิเทศประเมินติดตามการดูแลด้านโภชนาการ และการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมด้านบวก/การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมด้านลบและกิจกรรมการนิเทศที่ไม่ได้ปฏิบัติขณะสรุปกิจกรรม (Post Conference) คือการสะท้อนกลับความรู้สึกของผู้รับการนิเทศ เปิดโอกาสให้บอกถึงความรู้สึกขณะทำกิจกรรม สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้นิเทศไม่ได้ปฏิบัติในการนิเทศคนแรกๆ หลังจากการนำมาทบทวน พบส่วนที่ขาด เทคนิคที่ปฏิบัติไม่ได้จะแลกเปลี่ยนกันทำให้นำกิจกรรมการนิเทศตามแนวทางที่กำหนดไปปฏิบัติกับผู้รับการนิเทศครั้งต่อไป

ซึ่งช่วงเวลาการนิเทศ ผู้วิจัย และพยาบาลหัวหน้าที่มจะทบทวนร่วมกันทุกวันศุกร์เพื่อนำปัญหาที่พบในการนิเทศช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งการนำกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติมาทบทวนกันที่พบส่วนมากเป็นกิจกรรม การสะท้อนกลับความรู้สึกและการสะท้อนการปฏิบัติ บางครั้งจะไม่ได้ให้ผู้รับการนิเทศสรุป ผู้นิเทศจะสรุปกิจกรรมที่ต้องทำต่อไป ส่วนกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลนำมาปฏิบัติได้น้อยคือเรื่องการดูแลด้านโภชนาการ ไม่มีการคำนวณ BMI และไม่ได้คำนวณสารอาหารที่ควรได้รับ มีการประเมินจากการรับประทานอาหารและการได้รับสารอาหารทางสายยาง การติดตามค่า Albumin ยังไม่ได้ทำ เสนอควรกำหนดแนวทางร่วมกับแพทย์

8.การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดผลกดทับของผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิก หลังใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ ดังนี้

8.1 เก็บรวบรวมแบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก หลังจากพยาบาลได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับครบทุกคนมีผู้ป่วยจำนวน 18 คน

8.2 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก ภายหลังจากใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสิ้นสุด โดยแจกแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพ 13 คนที่ได้รับการนิเทศ

ตั้งสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังรูปภาพที่ 2

ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยพบระหว่างการทดลอง

1. ในช่วงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้ารับการอบรมมีความกระตือรือร้น สนใจและเห็นความสำคัญต่อบทบาทหน้าที่การนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม มีความเข้าใจเกี่ยวกับการแบ่งระดับแผลกดทับการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale การปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมากยิ่งขึ้น ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อการนิเทศที่ผ่านมา และบทบาทของตนเองในการนิเทศ การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าการปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง อุปสรรคที่ไม่เพียงพอ เช่นที่นอนลดแรงกดทับ ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่นเตียงปรับระดับ ยาก และการนำนวัตกรรมมาใช้ และช่วงเวลากำหนดกลุ่ม ผู้เข้ารับการอบรมเสนอว่าควรให้หน่วยงานทุกหน่วยงานได้เรียนรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ข้อเสนอในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ การใช้เทคนิคต่างๆอาจทำได้ไม่ครบ โดยเฉพาะการสะท้อนกลับการปฏิบัติ หรือการสะท้อนกลับความรู้สึกยังได้ไม่ดีและเสนอให้มีการฝึกการปฏิบัติต่อไป

2. ขณะทำการทดลองผู้นิเทศมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก ตามที่ได้รับมอบหมาย มีการศึกษาข้อมูลและสอบถามการปฏิบัติในทีมผู้นิเทศ ในวันที่ไม่สามารถนิเทศได้เนื่องจากมีภาระงานมากขอเปลี่ยนวันไปนิเทศวันอื่น เพื่อได้สามารถนิเทศตามที่กำหนดไว้ ผู้นิเทศร่วมปรึกษากันถึงสิ่งที่พบ การใช้เทคนิคการนิเทศ GROW Model สามารถปฏิบัติได้ ส่วนที่ปฏิบัติได้น้อยคือ การสะท้อนกลับการปฏิบัติและการสะท้อนความรู้สึก ผู้นิเทศบางคนไม่ใช้เทคนิคนี้ ต้องทำความเข้าใจ ฝึกการใช้คำพูดที่เหมาะสมมากขึ้น

3. ขณะทำการทดลองผู้รับการนิเทศมีความใส่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของบุคลากรอื่นเช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใส่ใจในการช่วยทำกิจกรรม ในการพลิกตะแคงตัว มีคำถามในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตัวได้จะทำอย่างไร ซึ่งพยาบาลหัวหน้าทีมสามารถสาธิตการปฏิบัติกิจกรรม โดยการยกตัวผู้ป่วยให้พ้นจากพื้นใช้เวลา 30 วินาที หลังจากนั้นพบว่าในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัวได้รับการดูแลลดแรงกดทับ โดยยกตัวช่วยพยุงตัวเปลี่ยนท่ามากขึ้น รวมทั้ง

มีการดูแลเรื่องความเปื่อยขึ้นมากยิ่งขึ้น สังเกตพบว่าช่วงเวลาพลิกตัวจะมีการประเมินความเปื่อยขึ้นของแผ่นลงมากยิ่งขึ้น และพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเข้าใจในการใช้แบบประเมิน Braden scale มากยิ่งขึ้น

4. บรรยากาศการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เจ้าหน้าที่มีกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การจัดลำดับความสำคัญในการให้ที่นอนที่ช่วยลดแรงกดทับได้เหมาะสมขึ้น เดิมถ้าที่นอนอยู่กับผู้ป่วยรายใดจะใช้ตลอดไป ผู้ป่วยที่เสี่ยงมากกว่าแต่มาทีหลังจะไม่ได้ใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติบอกขอลักษณะการนิเทศเช่นนี้รู้ขั้นตอนมากขึ้น มีการเตรียมตัว ไม่กังวลเหมือนก่อนๆ กลัวโดนดูตำหนิทุกคนรู้หน้าที่ตนเองมากขึ้น

5. ในช่วงเวลาทดลองพบว่า พยาบาลมีภาระงานมาก มีผู้ป่วยหนัก และภาวะวิกฤตที่เพิ่มขึ้น ต้องทำหัตถการในช่วงเวลาที่นิเทศ ส่งผลต่อการนิเทศจะไม่ได้ตามขั้นตอนที่กำหนดในช่วงเวลานั้นๆ ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศต้องหยุดระหว่างการนิเทศ และมาเชื่อมโยงต่อหลังจากเหตุการณ์ผ่านไป

6. ผู้วิจัยสังเกตพบว่าเป็นช่วงการทดลองมีการทำงานเป็นขั้นตอนการดูแลอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การส่งเวรถึงความเสี่ยงที่พบ กิจกรรมการพยาบาลที่ยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง การจัดหาอุปกรณ์ที่สำคัญ การยินยอมให้ใช้ที่นอนลมของผู้ป่วยที่เสี่ยงอย่างเหมาะสม การจัดหาอุปกรณ์อื่นที่จะช่วย มีผู้เสนอการทำหมอนสามเหลี่ยมช่วยตะแคงตัว 30 องศา รวมทั้งยังพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีแผลกดทับมาจากบ้าน 3 คน และเป็นแผลที่มีขนาดกว้างระดับ 3-4 เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยพิจารณาการใช้ที่นอนลมให้เหมาะสมขึ้น

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. ประสานหน่วยงานต้นสังกัดกลุ่มตัวอย่าง
3. เตรียมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย/เตรียมตัวผู้วิจัย



ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 18 คนจากเวรระเบียน และประเมินพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกก่อนได้รับโปรแกรมการนิเทศ จำนวน 13 คน
2. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง“การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ”พยาบาลหัวหน้าทีมผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 4 คน ใช้เวลา 1 วัน
3. จัดอบรมวิชาการ เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 13 คนใช้เวลา 3 ชั่วโมง
4. เตรียมความพร้อมผู้นิเทศ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม 4 คน เพื่อให้ผู้นิเทศมีความรู้ความเข้าใจ และมั่นใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศเป็นรูปแบบเดียวกันได้ ใช้เวลา 1 สัปดาห์
5. การดำเนินการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดย
 - 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายการนิเทศกำหนดผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ วันเวลาไว้อย่างชัดเจน
 - 2) พยาบาลหัวหน้าทีมการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศโดยใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ของ Proctor (1986) และแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ NPUAP (2014) โดยแบ่งการนิเทศเป็น 2 ระยะคือ การนิเทศระยะแรกกับผู้ป่วย และการนิเทศขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ดังนี้ (1) การนิเทศขณะ Pre conference (2) การนิเทศขณะ Nursing care และ (3) การนิเทศขณะ Post conference โดยผู้นิเทศใช้บทบาท (1) Formative : การให้ความรู้และทักษะโดยการสอนตามหลักวิชาการและประสบการณ์ (2) Normative : การนำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโดยการสอนแนะใช้ GROW Model และ (3) Restorative : การสนับสนุนให้กำลังใจ
 - 3) พยาบาลวิชาชีพสมาชิกทีม ปฏิบัติกิจกรรมให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. เก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศฯ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก หลังจากได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Fisher's Exact Test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกหลังการได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กับหลังให้การพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t – test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในวันที่ 22มกราคม 2559 ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรฐานการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดกับผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยไม่ได้ระบุชื่อผู้ป่วยในแบบบันทึก ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ได้รับการดูแลการป้องกันการเกิดแผลกดทับภายใต้การนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม ส่วนกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มควบคุม และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่มีแผลกดทับมาก่อน จะโดนคัดออกจากการวิจัย แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิดังนี้
 - 2.1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติ
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลใดๆต่อการปฏิบัติงาน
 - 2.3 ในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศไม่ได้ระบุชื่อผู้ที่เป็นเทศจะสรุปเป็นภาพรวมของการนิเทศทางคลินิกที่เกิดขึ้น และนำมาใช้ในการพัฒนาการนิเทศทางคลินิกในงานวิจัย
 - 2.4 ในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ – นามสกุลลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทน ซึ่งคำตอบและข้อมูลทุกตัวอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา โดยใช้แบบบันทึกการประเมินการเกิดแผลกดทับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากกลุ่มตัวอย่าง 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 18 คน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังจากพยาบาลได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 18 คน เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการนิเทศตามปกติและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวนพยาบาลวิชาชีพ 13 คน สามารถแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก ระหว่างหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับหลังให้การนิเทศทางคลินิกตามปกติ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=18)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศ (n=18)		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	การเกิดแผลกดทับ ของผู้ป่วย	2	11.11	1			

จากตารางที่ 6 พบว่า การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 5.56) น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 11.11) อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา ลดลงหลังใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตาม อายุ ระดับความเสี่ยง การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ						ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม				
คู่ที่	อายุ	ระดับความเสี่ยง	ที่นอนลดแรงกดทับ	ผู้ดูแล	เกิดแผลกดทับ	อายุ	ระดับความเสี่ยง	ที่นอนลดแรงกดทับ	ผู้ดูแล	เกิดแผลกดทับ
1	74	มากที่สุด	ใช่	มี	ไม่เกิด	75	มากที่สุด	ใช่	มี	เกิด*
2	60	ปานกลาง	ใช่	ไม่มี	เกิด*	56	ปานกลาง	ใช่	ไม่มี	ไม่เกิด
3	81	ปานกลาง	ใช่	มี	เกิด*	85	ปานกลาง	ใช่	มี	ไม่เกิด

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เกิดแผลกดทับจำนวน 1 คน อายุ 75 ปี มีความเสี่ยงระดับมากที่สุด ใช้ที่นอนลดแรงกดทับ และมีผู้ดูแล เกิดแผลกดทับระดับ 2 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับ จำนวน 2 คน คนที่ 1 อายุ 60 ปี และคนที่ 2 อายุ 81 ปี มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ใช้ที่นอนลดแรงกดทับ มีผู้ดูแล เกิดแผลกดทับระดับ 2

เมื่อพิจารณาจากแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 2 คน พบว่าเกิดแผลกดทับจากไม่ได้พลิกตะแคงตัวได้ตามกำหนด การประเมินความเสี่ยงไม่ต่อเนื่อง พบแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบทั้ง 2 คน ขนาด 2 เซ็นติเมตร และ 3 เซ็นติเมตร ตาลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 คน พบเกิดแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซ็นติเมตร จากสภาพร่างกายที่ตัวบวม น้ำหนักตัวมาก ญาติปฏิเสธการพลิกตะแคงตัว หรือปฏิบัติกิจกรรมที่สัมผัสร่างกายผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก ระหว่างหลังการ
ใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กับหลังได้รับการนิเทศตามปกติ
ดังตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
ระหว่างหลังได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กับหลัง
ให้การนิเทศตามปกติ (n=13)

ความพึงพอใจต่อการนิเทศ ทางคลินิก	หลังได้รับการนิเทศ ตามปกติ			หลังได้รับการนิเทศตาม โปรแกรมฯ		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการให้ความรู้และทักษะ						
1. การให้ข้อมูล/ข้อความรู้ขณะ ปฏิบัติการณ์เทศทำให้ท่านเข้าใจในเรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับมากขึ้น	3.15	.80	ปานกลาง	4.23	.44	มาก
2. ผู้นิเทศสอน การปฏิบัติทำให้ท่าน มองเห็นการปฏิบัติกิจกรรมเป็นรูปธรรม	2.69	.95	ปานกลาง	4.31	.48	มาก
3. ท่านพึงพอใจต่อการที่ผู้นิเทศนำ ประสบการณ์การปฏิบัติมาสอน	3.08	.86	ปานกลาง	4.46	.52	มาก
4. ผู้นิเทศถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ ที่ทำให้ท่านนำไปประยุกต์ใช้ในการ แก้ปัญหา	2.85	.80	ปานกลาง	4.15	.38	มาก
5. ท่านมีความมั่นใจเมื่อท่านได้รับการ นิเทศ	2.85	.80	ปานกลาง	4.15	.38	มาก
ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน						
6. ผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	2.77	1.10	ปานกลาง	4.00	.41	มาก
7. ท่านพึงพอใจผู้นิเทศต่อการประเมิน ติดตามสนับสนุนการปฏิบัติโดยการ ชี้แนะ	3.00	.91	ปานกลาง	4.15	.38	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการนิเทศ ทางคลินิก	หลังได้รับการนิเทศ			หลังได้รับการนิเทศตาม โปรแกรมฯ		
	ตามปกติ			โปรแกรมฯ		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
8. ผู้นิเทศส่งเสริมให้ท่านกำหนด เป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างชัดเจน	2.77	.73	ปานกลาง	4.31	.48	มาก
9. ท่านพึงพอใจที่ผู้นิเทศมีการทบทวน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ	2.92	.64	ปานกลาง	4.23	.44	มาก
10. ผู้นิเทศชี้แนะการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลฯตามมาตรฐาน	3.15	.90	ปานกลาง	4.15	.38	มาก
11. การนิเทศทางคลินิกทำให้ท่าน สามารถปฏิบัติการพยาบาลตาม มาตรฐานได้	3.31	.75	ปานกลาง	4.23	.44	มาก
12. ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่าง อิสระ	3.23	.73	ปานกลาง	4.31	.48	มาก
ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ						
13. ผู้นิเทศให้เวลาในเป็นที่ปรึกษาการ ปฏิบัติการพยาบาล	2.85	.99	ปานกลาง	4.08	.28	มาก
14. ท่านพึงพอใจต่อบรรยากาศ สภาพแวดล้อมขณะรับการนิเทศ	2.85	.99	ปานกลาง	4.23	.60	มาก
15. ผู้นิเทศให้คำชื่นชมเมื่อท่าน ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	2.77	.93	ปานกลาง	4.23	.60	มาก
16. ผู้นิเทศให้กำลังใจและไม่ตำหนิต่าน เมื่อปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐานที่ กำหนด	2.92	1.12	ปานกลาง	4.23	.60	มาก
17. การสะท้อนความรู้สึกในการปฏิบัติ งานทำให้ท่านผ่อนคลาย	2.85	1.07	ปานกลาง	4.08	.50	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการนิเทศ ทางคลินิก	หลังได้รับการนิเทศ			หลังได้รับการนิเทศตาม โปรแกรมฯ		
	ตามปกติ			โปรแกรมฯ		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านคุณภาพโดยรวม						
18. การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิด บรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดี มีการ แบ่งปันประสบการณ์การปฏิบัติงาน	3.15	.80	ปานกลาง	4.46	.60	มาก
19. การนิเทศทางคลินิกเป็นการสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของแต่ละ บุคคล	3.15	.80	ปานกลาง	4.46	.60	มาก
20. การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิด ต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติกรพยาบาล	3.46	.78	ปานกลาง	4.46	.60	มาก
21. การนิเทศทางคลินิกเป็นการ สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยที่มีคุณภาพ	3.69	.75	ปานกลาง	4.31	.48	มาก
22. การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิด สัมพันธภาพในการปฏิบัติงานที่ดี	3.38	.76	ปานกลาง	4.46	.52	มาก
23. การนิเทศทางคลินิกทำให้อลดการ เกิดแผลกดทับได้	3.54	.78	ปานกลาง	4.31	.48	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกตามปกติอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ส่วนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับมากทุกข้อ สูงสุดในด้านการให้ความรู้และทักษะ ข้อ 3 ความพึงพอใจต่อการที่ผู้นิเทศนำประสบการณ์การปฏิบัติมาสอน และด้านคุณภาพโดยรวม ข้อ 18 การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดี การแบ่งปันประสบการณ์การปฏิบัติงาน ข้อ 19 การนิเทศทางคลินิกเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล ข้อ 20 การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดต้นแบบที่ดี ในการปฏิบัติกรพยาบาล และข้อ 22 การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดสัมพันธภาพในการปฏิบัติงานที่ดี ($\bar{X} = 4.46, SD = .60$) และที่ต่ำสุดใน ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อ 6 ผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($\bar{X} = 4.00, SD = .41$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างหลังได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กับหลังให้การนิเทศตามปกติ (n=13)

ความพึงพอใจของ พยาบาลต่อ การนิเทศทางคลินิก	หลังได้รับ การนิเทศ ตามปกติ			หลังได้รับ การนิเทศตาม โปรแกรมฯ			df	t	p - value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ			
	ด้านการให้ความรู้ และทักษะ	2.97	.716	ปาน กลาง	4.26	.264			
ด้านการปฏิบัติตาม มาตรฐาน	3.02	.687	ปาน กลาง	4.20	.352	มาก	25	26.15	.00
ด้านการสนับสนุนให้ กำลังใจ	2.85	.938	ปาน กลาง	4.17	.314	มาก	25	19.69	.00
ด้านคุณภาพโดยรวม	3.40	.688	ปาน กลาง	4.41	.400	มาก	25	29.11	.00
รวม	3.07	.673	ปาน กลาง	4.26	.261	มาก	25	24.63	.00

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าหลังได้รับการนิเทศจากการให้การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทุกด้านต่างก็สูงกว่าหลังการได้รับการนิเทศจากการให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

วิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (The Posttest-Only Design With Nonequivalent group) ดำเนินการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศก่อนและหลังได้ใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสมมติฐานการวิจัยคือ 1) การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีระดับคะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุกรรมชายโรงพยาบาลเสนา และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดกิจกรรม และ/หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale ได้คะแนน Braden score ≤ 18 คะแนน และยังไม่เกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2559 ถึง วันที่ 1 เมษายน 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด เก็บข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติจำนวน 18 คน และกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกจำนวน 18 คน และ 2) กลุ่มพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คนปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมี 5 ชุด ได้แก่ 1) โครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” 2) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3) แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4) คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและ 5) แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยง และการบันทึกการเกิดแผลกดทับ และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแนวคิดของ White and Winstanley (2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยร่วมปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนิเทศทางคลินิกได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.96 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กลับกลุ่มประชากรกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 33 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก เท่ากับ 0.97

วิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Fisher's Exact Test) และใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การดำเนินการวิจัย

ใช้เวลาในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 1 เมษายน 2559 โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการดำเนินการทดลอง ขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ

การดำเนินการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาเพื่อดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลในการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม จึงทดลองใช้ เครื่องมือและดำเนินการทดลอง

3. เตรียมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” โดยประสานงานกับทีมวิชาการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและ เชิญ วิทยากร

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สมัครใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. เตรียมตัวผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการและวิทยากรเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เตรียมตัวโดยศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ทางวิชาการ เอกสารวิชาการงานวิจัย เทคนิคการบรรยายแบบมีส่วนร่วมขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นสำหรับวิทยากร

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 18 คน (วันที่ 4-29 มกราคม 2559) และเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกตามการนิเทศปกติ จำนวน 13 คน (วันที่ 4-8 มกราคม 2559)

2. ผู้วิจัยดำเนินการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโครงการ เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ” สำหรับพยาบาลหัวหน้าทีมใช้เวลา 1 วัน ในวันที่ 27 มกราคม 2559 เวลา 8.30-16.00น. แล้วปรับปรุงคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และอบรมวิชาการ เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 13 คน ในวันที่ 29 มกราคม 2559 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3. การเตรียมความพร้อมพยาบาลหัวหน้าทีมผู้นิเทศ โดยการดำเนินการฝึกการนิเทศตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ วันที่ 1-5 กุมภาพันธ์ 2559

4. การดำเนินการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา เมื่อมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale ได้ค่าคะแนน Braden score ≤ 18 และยังไม่เกิดแผลกดทับโดยปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและคู่มือการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการจัดทำของพยาบาลหัวหน้าทีมที่เข้าร่วมการอบรม การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเฉพาะในเวรเช้าเวลา 8.00 น.-16.00 น. ช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์

ตั้งแต่ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2559 ซึ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดังนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมาย ให้หัวหน้าทีมเป็นผู้นิเทศ มีการวางแผนการนิเทศทางคลินิกครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพทุกคน ซึ่งผู้นิเทศต้องนิเทศให้ครบทุกชั้นตอน โดยปฏิบัติการนิเทศเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การนิเทศระยะแรกกับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน ผู้นิเทศ เตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติ เมื่อแรกกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยมอบหมายพยาบาลเตรียมดูแลผู้ป่วยที่จะรับเข้าหน่วยงาน โดยผู้นิเทศการปฏิบัติดังนี้ (ใช้เวลา 10-15 นาที) ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับการนิเทศ (Normative Clinical Supervision) ในเรื่องการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale การตรวจดูผิวหนังร่างกายผู้ป่วย ให้ความรู้สอนตามหลักวิชาการ (Formative Clinical Supervision) เมื่อพบว่าผู้รับการนิเทศยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนสาเหตุการตรวจผิวหนัง ชี้ให้เห็นถึงจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้ความรู้ถึงสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการแบ่งลักษณะแผลกดทับ และการให้กำลังใจในการปฏิบัติไม่ได้ หรือการให้คำชื่นชมเมื่อผู้นิเทศปฏิบัติได้ถูกต้อง (Restorative Clinical Supervision) หลังจากนั้นให้ผู้รับการนิเทศสรุป ระดับเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ปิดป้ายกลุ่มเสี่ยงที่เตียงผู้ป่วย และพิจารณาการใช้ที่นอนลดแรงกดทับ กำหนดการประเมินซ้ำ โดยใช้ Braden scale การประเมินผิวหนัง และวางแผนการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลต่อไป ผู้นิเทศบันทึกผลการนิเทศ ข้อเสนอแนะที่จะนำไปปรับปรุง/ช่วยเหลือหรือแก้ไขต่อไป

ระยะที่ 2 การนิเทศขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการนิเทศ และบอกวัตถุประสงค์การนิเทศ กำหนดช่วงเวลาในการนิเทศ ประมาณ 30-45 นาที โดยผู้นิเทศปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ในช่วงการปฏิบัติการพยาบาล และใช้บทบาทผู้นิเทศทางคลินิกดังนี้

2.1 Pre Conference: ผู้นิเทศ ประเมินความรู้/ทักษะผู้รับการนิเทศและให้ความรู้/เพิ่มทักษะ (Formative clinical supervision) เกี่ยวกับ สาเหตุ/ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินโดยใช้ Braden scale ลักษณะแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน/กระตุ้นให้นำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Normative clinical supervision) โดยการสอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model ประกอบด้วย 1) กำหนดเป้าหมาย (G =Goal) 2) มองถึงสิ่งที่เป็นจริง (R= Reality) 3) ทางเลือก (Option) ทำอย่างไรจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆได้และ 4) เตรียมลงมือปฏิบัติ (Way Forward) ผู้รับการนิเทศสรุปกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติ

2.2 Nursing Care: ผู้นิเทศ 1) ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) ถ้าพบว่าผู้รับการนิเทศยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้นิเทศนำมาตรฐานสู่การลงสู่การปฏิบัติ (Way Forward) โดยให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาลในเรื่อง (1)ประเมินความเสี่ยง

โดยใช้ Braden scale (2) ดูแลผิวหนังประเมินการตรวจผิวหนังทั่วร่างกาย(3) ลดแรงกดทับโดยพลิกตะแคงตัว จัดทำนอนตะแคง 30 องศา และใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับการใช้ที่นอน/อุปกรณ์อื่น (4) ดูแลด้านอาหาร คำนวณ ค่า BMI ประเมินได้รับอาหาร/อาหารเสริมค่า Serum Albumin (5) ให้ความรู้ผู้ดูแล และการนำนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์มาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 2) ให้ความรู้และทักษะเพิ่ม (Formative clinical supervision) โดย (1) การสอนตามหลักวิชาการ และประสบการณ์ (2) เพิ่มทักษะโดยการสาธิต การจัดทำนอนตะแคงท่ามุม 30 องศา ท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา การเคลื่อนย้าย การตรวจประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก และประเมินการได้รับสารอาหาร (3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม 3) ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ (Restorative clinical supervision) โดยให้คำชื่นชมให้ลองทำใหม่สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ

2.3 Post Conference: ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ผู้นิเทศปฏิบัติบทบาทดังนี้ (ใช้เวลา 5-10 นาที) 1) ให้ความรู้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติยังไม่ครบ (Formative clinical supervision) โดยสะท้อนกลับปฏิบัติ ที่อาจส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้สึกหลังจากได้รับการนิเทศ (Restorative clinical supervision) สิ่งที่ยากได้รับการสนับสนุน ผู้นิเทศให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไปสรุปการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ผู้ป่วยได้รับ แผนการดูแลที่ต่อเนื่องปัญหาที่พบในการดูแล และบันทึกข้อเสนอแนะที่ผู้รับการนิเทศต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นข้อเสนอแนะในการนิเทศ

การกำกับทดลองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหัวหน้าทีมโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมโดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและตรวจสอบการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ในการปฏิบัติกิจกรรมเวรเช้า (08.00น.- 16.00น.)

5. เก็บรวบรวมแบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยหลังจากพยาบาลได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 1 เมษายน 2559 และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก หลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสิ้นสุด

สรุปผลการวิจัย

1. การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลหลังจากพยาบาลได้รับการนิเทศโดยใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ5.56) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ11.11) แต่การเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกัน

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X} = 4.26$, $SD = .26$) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ5.56) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ11.11) แต่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่1ที่ตั้งไว้ว่า การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากยิ่งขึ้น สังเกตได้จากในช่วงระยะเวลาหลังจากที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการนิเทศตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนครอบคลุม ตามแนวทางที่กำหนดเนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เริ่มจากการให้ความสำคัญกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ โดยจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นแนวทางการปฏิบัติเดียวกัน และมีการนิเทศติดตาม โดยผู้นิเทศใช้แนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) คือ ให้ความรู้และทักษะ (Formativeclinical supervision) ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการประเมินความรู้ของผู้รับการนิเทศ แล้วเสริมส่วนที่ขาด การสอนโดยใช้หลักทางวิชาการและประสบการณ์ การเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย สาธิตการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง และให้ฝึกปฏิบัติทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากกรมอบหมายการนิเทศเป็นรายบุคคล ทำให้เกิดความเข้าใจในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล ผู้นิเทศ

ประเมินติดตามการปฏิบัติและนำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) โดยการสอนแนะ ใช้ GROW Model เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้เข้าใจเป้าหมาย การดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วย การลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วย และถ้าปฏิบัติไม่ได้ผู้นิเทศจะชี้แนะร่วมลงมือปฏิบัติด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างครอบคลุม การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมทำให้เข้าใจการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งผู้นิเทศจะสนับสนุน ให้กำลังใจ (Restorative clinical supervision) ให้คำชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้รับการนิเทศ เกิดกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ถูกต้องและครบถ้วน สามารถลดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยลงได้ แต่ยังไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติ จากการเก็บข้อมูลใช้เวลาระยะสั้น เพียง 4 สัปดาห์ และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ซวลี แยมวงษ์ และคณะ (2548) ที่ศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่อรูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่า การเกิดแผลกดทับลดลงในระยะแรกไม่พบความแตกต่าง แต่เมื่อเก็บข้อมูลใช้เวลานานขึ้น กลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มิกราช (2557) เรื่องการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ใช้เวลาในการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 6 เดือน จำนวนผู้ป่วย 175 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ทำให้การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 18 คน พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ 2 คน เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศ ที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางนั้นไม่เกิดแผลกดทับ เนื่องจากการพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ถูกต้องและต่อเนื่อง แต่ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก จำนวน 18 คน พบว่าเกิดแผลกดทับ 1 คน เป็นผู้ป่วยเสี่ยงระดับมาก เมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุอายุ 75 ปี เพศชายรูปร่างใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะ Sepsis มีโรคร่วม Gout และอาการตามปวดข้อมากหลังจากนอนโรงพยาบาล 7 วัน อาการทรุดลง ซึม มีไข้สูง อุณหภูมิร่างกาย 38.5-39.7 องศาเซลเซียส มีอาการปวดตามข้อมากขึ้น ไม่ยอมขยับตัว เวลาจัดท่า หรือช่วยพลิกตะแคงตัวจะร้อง ญาติจึงปฏิเสธที่จะให้พลิกตัวให้ผู้ป่วย การรักษาโดยการเจาะบริเวณข้อเพื่อดูดน้ำออก ทำให้ร่างกายผู้ป่วยมีน้ำสีเหลืองใสๆ ซึมออกตามผิวหนัง ร่วมกับการมีไข้สูงมีเหงื่อออก ทำให้ร่างกายเปียกชื้นตัวบวมมากขึ้นทำให้ผิวหนังบางและต้องใส่ท่อหลอดลมคอ

ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว ประเมินความเสี่ยงเป็นผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับระดับเสียงมากที่สุด มีการใช้ที่นอนลดแรงกดทับ ผู้ป่วยตื่น ดึงรั้งอุปกรณ์ ต้องผูกยึดแขนไว้ ใส่สายยางให้อาหาร มีญาติดูแลหลายคนแต่ปฏิเสธการพลิกตัวจัดทำให้ผู้ป่วย จึงไม่สามารถพลิกตะแคงตัว ได้ตามกำหนดเมื่ออาการทรุดลง 3 วัน พบว่าเกิดแผลกดทับ ที่บริเวณก้นกบ เป็นแผลกดทับระดับ 2 ผิวหนังเปิดเห็นผิวหนังแดงๆขนาด 3 เซนติเมตร ซึ่งในผู้ป่วยที่อาการหนักคือผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาที่จะเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มิกราช (2557) ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในช่วงเวลาทดลอง พบว่าไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ตามเวลา ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเรื่องมีไข้ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ญาติปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับ

เช่นเดียวกับ จากการศึกษาของ ช่อผกา สุทธิพงษ์ และศิริอร สินธุ (2554) พบว่าการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกายการปฏิบัติกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง แรงเสียดสีและแรงเฉือนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดแผลกดทับสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทนัย แก้วแพง และโศรดา จันทเลิศ (2555) และSving, Idvall, Hogberg and Gunningberg (2014) พบว่ายังมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ได้แก่ อุณหภูมิที่สูง อายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่มี Braden score ที่ต่ำ แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง นอกจากนี้การเกิดแผลกดทับผู้ป่วยรายนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดจากผู้ดูแลปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมที่รบกวนผู้ป่วย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลถึงผลที่จะเกิดขึ้น ถ้าไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และสามารถอธิบายได้ว่าแผลกดทับที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่คุกคามในผู้ป่วยที่มีอาการปวด ตัวใหญ่ บวม ผิวหนังบาง ซึ่งหลังจากที่ได้รับการดูแลเจาะข้อ ทำให้มีน้ำซึมตามผิวหนัง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดแผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Guy.H, 2013: 18)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับลดลงแต่ยังคงพบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษาในระยะยาว จึงจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ และการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้ จึงส่งผลให้เกิดแผลกดทับที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาหาแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องต่อไป

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X} = 4.26$, $SD = .26$) สูงกว่าการได้รับการนิเทศทางคลินิกตามปกติ ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ที่ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าความพึงพอใจต่อการนิเทศตามปกติอธิบายได้ว่าการได้รับการนิเทศทางคลินิกตามโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้น

เนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นการจัดขั้นตอนการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลหัวหน้าทีมที่ชัดเจนเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยหัวหน้าทีมทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศใช้แนวคิดของ Proctor (1986) ร่วมกับแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของ NPUAP (2014) การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผสมผสานไปกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ เริ่มจากการนิเทศในขณะ Pre conference เป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยการนิเทศขณะ Nursing care ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้ตามแนวทางที่กำหนดอย่างเหมาะสม โดยการสอนและใช้เทคนิค GROW Model เกิดการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและการนิเทศขณะ Post conference เป็นการสรุปการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย สะท้อนกลับความรู้สึก และสรุปผลจากการนิเทศ ซึ่งการปรับปรุงการนิเทศให้สอดคล้องกับบริบทงาน ผู้รับการนิเทศจึงมีความเข้าใจต่อการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษา ของ วันทนีย์ ตันติสุข (2556) และ ผ่องศรี สุวรรณพ่าย (2556) พบว่าการนำแนวคิดการนิเทศของ Proctor (2001) มาใช้ในพัฒนารูปแบบการนิเทศ ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งสูงกว่าความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกตามปกติที่อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พัฒนาหัวหน้าทีมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกมีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าการนิเทศทางคลินิกตามปกติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมกมล สายทอง (2552) พบว่าผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีม ต่อคุณภาพบริการพยาบาล

โรงพยาบาลปทุมเวช ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cruz (2013) พบว่าการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับเพราะพยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่โกรธ ไม่พอใจ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง จัดการกับอารมณ์เครียด และแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis and Burke (2011) พบว่าการนิเทศทางคลินิกช่วยจูงใจในการทำงานและทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น การได้รับการสนับสนุน ทำให้ความเครียดลดลง มีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในแนวทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาใช้ในการดูแลมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกรายด้านพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศสูงขึ้นและอยู่ในระดับมากทุกด้านกล่าวคือด้านคุณภาพโดยรวม ด้านการให้ความรู้และทักษะ ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน และด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ สูงกว่าความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 9) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X} = 4.41, SD = .40$ และรองลงมาตามลำดับ $\bar{X} = 4.26, SD = .26, \bar{X} = 4.20, SD = .35$ และ $\bar{X} = 4.17, SD = .31$ ตามลำดับ

โดยเฉพาะความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศด้านคุณภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศคือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้นิเทศ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การให้ความรู้แก่ผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้มองเห็นถึงการให้ความสำคัญผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความตระหนักการสื่อสารให้องค์กรพยาบาลทราบถึงการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับรวมทั้งการประชาสัมพันธ์ถึงช่วงเวลาการนิเทศและบทบาทในการนิเทศเป็นการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ซึ่งความพึงพอใจโดยคุณภาพรวมประกอบด้วย บรรยากาศ การเรียนรู้ที่ดี เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้เกิดความพึงพอใจ Herzberg (1959) เกิดต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติงาน และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขณะปฏิบัติงาน รองลงมาเรื่องการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณภาพ และพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกที่ส่งผลต่อการลดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ทั้งนี้เนื่องจากการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นการให้ข้อมูลความรู้และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การมีส่วนร่วม การสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลที่หน้างาน การนำนวัตกรรมมาใช้เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะพยาบาลหัวหน้าทีมผู้นิเทศ ซึ่งผู้รับการนิเทศให้การยอมรับ

การเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการนิเทศเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยผู้รับการนิเทศ ได้รับการนิเทศครบทุกขั้นตอนทำให้มองเห็นว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ดูแลได้อย่างมั่นใจ ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ สอดคล้องกับ Buccheri,1988; Beget, Severinson&Breggren, 1997 (อ้างใน ประพนต จิรัฐติกาล, 2547:101) การนิเทศงานเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้การบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และช่วยในการควบคุมคุณภาพบริการโดยช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองมีการตั้งใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจในงาน การนิเทศที่มีประสิทธิภาพที่สม่ำเสมอและเพียงพอ จะทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจสูงขึ้น

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการให้ความรู้และทักษะ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของผู้รับการนิเทศ โดยผู้นิเทศมีคุณสมบัติ เป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 10 ปี จึงมีประสบการณ์ในการพยาบาลป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถเข้ารับการเตรียมตัวเป็นผู้นิเทศโดยเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ และฝึกฝนการนิเทศทำให้ผู้นิเทศมีความรู้ตามหลักวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) เกิดมั่นใจในการสอน ให้ข้อมูล ฝึกทักษะให้แก่ผู้รับการนิเทศนอกจากนี้ผู้นิเทศสามารถเตรียมตัว โดยศึกษาหาความรู้ได้จากคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จัดทำไว้ โดยมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นแนวทางการปฏิบัติเดียวกัน ทำให้ผู้รับการนิเทศได้ข้อมูลความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และประสบการณ์ตรงของผู้นิเทศการเพิ่มทักษะจากการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการลงมือปฏิบัติร่วมกันในเรื่อง การประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน Braden scale ตรวจประเมินผิวหนังจัดทำพลิกตะแคงตัวเตียงท่ามุม 30 องศา จัดทำนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และประเมินภาวะโภชนาการการใช้องค์ความรู้ตามหลักวิชาการ นำสู่การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และทำให้เกิดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพได้ (สภากาพยาบาล, 2555: 15) การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศดังกล่าวทำให้ผู้รับการนิเทศได้รับความรู้ และมีทักษะเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์ (2556) และ กนกรัตน์ แสงอำไพ (2551) พบว่า การนิเทศทางคลินิกมีผลต่อความรู้ และความสามารถของผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้จากการที่ผู้นิเทศประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยผู้นิเทศให้การชี้แนะในการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยใช้การสอนแนะตามหลักวิชาการส่งผลต่อความพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับเนื่องจากการสอนแนะ โดยใช้ GROW Model ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และมองเห็นการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเริ่มจาก การกำหนดเป้าหมาย (Goal) ในการปฏิบัติกิจกรรมในการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ หลังจากนั้นให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (Reality) ร่วมกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ (Option) ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม และให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาล (Wrap up) การป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งหมดอย่างครบถ้วน ในช่วงการปฏิบัติกิจกรรมผู้นิเทศจะให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติในทุกกิจกรรมและให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาในกิจกรรมที่ทำไม่ได้หรือไม่แน่ใจ ซึ่งผู้นิเทศจะประเมินติดตามการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดตามการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกถึงการให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดมากขึ้น เกิดความพึงพอใจและความตั้งใจที่ในการปฏิบัติตามที่ได้รับการสอนแนะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประนต จิรัฐติกาล (2547) พบว่าการนิเทศทางคลินิกโดยการสอนแนะพยาบาลผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน ทำให้มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น นอกจากนี้การที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความพึงพอใจในความสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คำลอยฟ้า (2552) พบว่าการนิเทศทางการพยาบาลทำให้ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อความสำเร็จของงานมากที่สุดแต่ในการศึกษารั้งนี้พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อการที่ผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก แต่มีระดับต่ำที่สุดในความพึงพอใจทุกข้อเกิดจากในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ผู้นิเทศไม่ได้กล่าวถึงที่มาของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่อ้างอิงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศด้านการสนับสนุนอยู่ในระดับมากแต่อยู่ในระดับต่ำกว่าทุกด้านของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ ประกอบด้วย การใช้เวลาในการปรึกษาขณะปฏิบัติการพยาบาล และการสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ผู้รับการนิเทศผ่อนคลายความกังวลใจ ซึ่งผู้นิเทศปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากช่วงเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ผู้นิเทศเป็นส่วนหนึ่งของทีมพยาบาลต้องปฏิบัติกิจกรรมอื่น ทำให้ไม่มีเวลาที่ผู้รับการนิเทศจะเข้าไปปรึกษา และในเรื่องการสะท้อนกลับ

การปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้นิเทศทางคลินิกเป็นบทบาทใหม่สำหรับหัวหน้าทีม บางคนปฏิบัติได้ บางคนไม่มั่นใจในการปฏิบัติ การสะท้อนกลับการปฏิบัติต้องใช้เวลาในการฝึกฝน ส่วนความพึงพอใจในต่อบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมพบว่าช่วงเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมนิเทศบางครั้งมีเหตุการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง การรับใหม่ผู้ป่วยที่ต้องดูแลภาวะวิกฤต ทำให้ต้องข้ามขั้นตอนการนิเทศไปในบางครั้ง จากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการนิเทศอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ได้รับมอบหมายทั้งหัวหน้าทีมผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับนิเทศจะช่วยเอื้ออำนวยความสะดวก ในการจัดสถานที่ การเข้าถึงผู้ป่วย เปิดโอกาสให้เวลา และพบว่าผู้นิเทศให้กำลังใจขณะปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น การให้คำชื่นชมเมื่อพบว่าผู้รับการนิเทศปฏิบัติได้ดี มากขึ้นกว่าตอนที่นิเทศตามปกติที่ผ่านมา และไม่กล่าวตำหนิ เมื่อพบว่าไม่ได้ปฏิบัติ แต่จะชี้แนะให้ปฏิบัติให้ครอบคลุม ส่งผลพยาบาลยังมีความพึงพอใจด้านการสนับสนุนยังอยู่ระดับมาก ซึ่งการให้เกียรติโดยการให้คำชื่นชมในการปฏิบัติงานย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจ (Steers and Poster, 1991)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้ผู้รับการนิเทศ มีความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง การได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้รับการนิเทศ จึงเกิดความพึงพอใจต่อการนิเทศที่ได้รับ จนสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและต่อเนื่อง ลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้ ซึ่งผลของโปรแกรมการนิเทศสามารถพัฒนาคนทำให้เกิดความรู้สึกความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้น และพัฒนางานทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เห็นความแตกต่างทางสถิติ จึงสมควรที่จะใช้เวลาในการศึกษาให้นานกว่านี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายอย่างต่อเนื่อง และหอผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อให้เป็นแนวทางการปฏิบัติเดียวกัน

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกไปพัฒนาการนิเทศทางคลินิกในกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

2.1 การศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยวัดผลระยะเวลานานขึ้น เป็น 6 เดือน 1 ปี หรือ 2 ปี

2.2 นำรูปแบบของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ แสงอำไพ. (2552). ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาล. **วารสารกองการพยาบาล**, 36: 1-14.
- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2552). **การพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรองไธ อุณหสูต. (มปป). **การบรรยายแบบมีส่วนร่วม** [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/degree_bns/doc/cop/doc_summary [10 มกราคม 2559]
- จินพิชญ์ชา มะम्म. (2555). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. **วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 20 (5): 478-490.
- ชวลี แยมวงษ์. (2548). การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ : รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 20 (1): 33-47.
- ทองสมัย ยूरชัย, ชวนพิศ วงศ์สามัญ, ทิตยา พุฒิกามิน, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, จรี ชูติธาดา และศิริพร อุตสาหพานิช. (2548). **รายงานการวิจัยโครงการย่อย 2 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ**. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- นัทธมน วุฒานนท์, วิภาดา คุณาวิกติกุล, วิจิตร ศรีสุพรรณ และ อภรณ์ ชัยรัตน์. (2554). การพัฒนาพจนานุกรมสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 26(1): 94-107.
- นันทสิริ แสงสว่าง และสุพรรณิ นาคารย์. (2556). การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร. **วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 28 (ตุลาคม-มีนาคม 2556)**: 41-49.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **บริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ประชุมช่างจำกัด.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2554). **การบริหารการพยาบาล**. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง จำกัด.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2551). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). **การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2546). Pressure ulcer in the elderly. ในยุวดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ (บรรณาธิการ). **การดูแลแผลกดทับรอบด้าน**, 30-36. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลิฟวิ่ง.
- ประนต จิรัฐติกาล. (2547). **ผลของการนิเทศการสอนแนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). **การบริหารการพยาบาลระดับหัวหน้างานหัวหน้าหอผู้ป่วย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2539). **คู่มือการนิเทศการฝึกประสบการณ์วิชาชีพพยาบาล**. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2544). **ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่บุลพรินต์. มหาวิทยาลัย
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2546). **ขุมทรัพย์ทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: พระรามสี่ปริ้นติ้ง.
- พัทธัย แก้วแพง และโสธรา จันทเลิศ. (2555). ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 30(6): 331-341.
- พุดตาน วงศ์ตรีรัตน์ชัย. (2556). **Assessment of Pressure Ulcer and Benefit of Pressure Ulcer Treatment Following Clinical Practice Guideline**. ใน พรพรหม เมืองแมน, อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช และอภิชัย อังสพัทธ์ (บรรณาธิการ). **Wound Care 2013**, 209-221. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- พิมพ์ผกา ไชยยาเลิศ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 19(1): 44-55.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลยากร, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกต สวัสดิ์วัฒนากุล และรุ่งนภา ป็องเกียรติชัย. (2549). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2552). แผลกดทับ. ในยุวดี เกตสัมพันธ์, อัญชญา ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดี วจิเศรษฐ์ และจุฬาทพร ประสงค์สิต (บรรณาธิการ). **การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**, 21-30. กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). **GROW Model กับผู้นำ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/96_72_1.pdf [20 สิงหาคม 2557]
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **ความพึงพอใจ**. ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์.
- รัตนา วงษ์พิทักษ์โรจน์. (2556). ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 25 (2): 67-80.
- รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2558). **กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.Downloads/reader_com_6%20\(1\).pdf](http://www.Downloads/reader_com_6%20(1).pdf) [10 ธันวาคม 2558]
- รัชนี อยู่ศิริ. (2551). **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา. (2557). **คู่มือคุณภาพกลุ่มการพยาบาล**. ข้อมูลฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเสนา.
- โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา. (2557). **สถิติตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล**. ข้อมูลฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเสนา.
- โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา. (2558). **แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล**. ข้อมูลศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลเสนา.
- ลดาวลัย รวมเมฆ. (2557). **การพัฒนาผู้นิเทศทางการพยาบาล**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: http://www.teacher.ssru.ac.th/thitavan_ho/.../11/.../nursing%20supervision.pdf [5 สิงหาคม 2557]
- วารี วณิชปัญญาผล. (2548). **การนิเทศทางการพยาบาล**. ในการบริหารการพยาบาลแนวใหม่. สำนักการพยาบาล . โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วารุณี ตั้งสถาเจริญพร. (2555). ความสามารถในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **พยาบาลศาสตร์ มหาลัยเชียงใหม่**. **พยาบาลสาร** 39 (4).

- วาสนา มิกราช. (2557). **การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา [https://www.google.co.th/?gws_rd=cr&ei=\[15 สิงหาคม 2558\]](https://www.google.co.th/?gws_rd=cr&ei=[15 สิงหาคม 2558])
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ประทีน ไชยศรี, สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และจิตตากรณ์ จิตร์เชื้อ. (2545). การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. **พยาบาลสาร**, 29(2): 1-11.
- วิชัย ศรีมินทร์นิมิต. (2557). Prevention and Treatment of Pressure Sore. ในพรพรหม เมืองแมน, อภิรักษ์ ช่างสุวนิช, อภิชัย อังสพัทธ์ และจอมจักร จันทรสกุล (บรรณาธิการ). **Wound Care 2014**, 40-49. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2537). **นิเทศการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2552). **คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA part II (developing).** กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- สภาการพยาบาล. (2555). **แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3.(พ.ศ. 2555-2559).** นนทบุรี: จุดทองจำกัด.
- สุพิศ กิตติรัชดา และวารีย์ วนิชปัญจพล. (2551). **การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพ การนิเทศการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์, วิภา แซ่เซี้ย และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2556). **ผลของโปรแกรมควบคุมความเป็นกรดต่างของผิวหนัง ต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ.** **หัตถวิชาวชิการ**, 11(1): 17-26.
- สมกมล สายทอง. (2552). **ผลของการใช้โปรแกรมการนิเทศของหัวหน้าทีม ต่อคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลปทุมเวช.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สมพิศ จันทราเรืองฤทธิ์. (2550). **การพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาล นางรอง จังหวัดเลย.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมสมัย สุธีรศานต์. (2551). **กลยุทธ์การนิเทศเพื่อผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล.** สงขลา: สัมพันธ์การพิมพ์.
- สำนักการพยาบาล. (2548). **การบริหารการพยาบาลแนวใหม่.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- สำนักการพยาบาล. (2554). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- หรรษา เทียนทอง. (2559). **การนิเทศทางการพยาบาลแบบสวนดอก**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://forumhai.com/2016/edocument/file_ppt/ppt-file-102-44-1457504823.pdf [1 มิถุนายน 2559]

ภาษาอังกฤษ

- Balzer, K., et al. (2007). The Norton, Waterlow, Braden, and Care Dependency Scales. **Journal Wound Ostomy Continence Nurse** 34 (4): 389-398.
- Bank, et al, 2012. Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. **European Journal of Clinical Nutrition** (2013) 63: 42-46.
- Barker, A. L., Kamar, J., Tyndall, T. J., Whilte, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., and Weller, C. (2012). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: An observational study. **International Wound Journal** 10(3): 313-320.
- Baumgarten, et al. (2012). Care related risk factors for hospital acquired pressure ulcers in elderly adults with hip fracture. **The American Geriatrics Society** 60 (2): 277-283.
- Bonomini, J. (2003). Effective interventions of pressure ulcer preventing. **Nurse Standard** 17(52): 45-50.
- Braden, B. and Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for study of etiology of pressure sores. **Rehabilitation Nursing** 25(3): 105-109.
- Braden. B. (2001). **The Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk** [online]. Available form <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/km/cops/knowledge/%20.pdf>[2014, Junly 25]
- Braden, B., and Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure ulcer. **Rehabilitation Nursing** 25(3): 105-109.
- Brunero, S. and Saint, J. P. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidenced based literature review. **Australian Journal of Advanced Nursing** 25: 86-94.

- Burns, N. and Grove, S. (2009). **The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.** 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier.
- Cooper, A. M. and Palmer, A. (1999). Mentoring, preceptor ship and clinical supervision: A guide to professional roles in clinical practice 2nd ed. Wiley-Blackwell.
- Cooper, L. K. (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse** 23(6): 57-67.
- Cross, W. M., and Moore, A. G. (2012). Implementing clinical supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. **Australian College of Critical Care Nurses** 25: 263-270.
- Cruz, S. (2011). Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 29 (2011): 286 – 291.
- Cruz, S., Carvalho, A. L., and Sousa, P. (2013). Clinical supervision: priority strategy to a better health. **Procedia -Social and Behavioral Sciences** 112: 97-101.
- Davidson, P. M., Elliott, D., and Daly, J. (2006) . Clinical leadership in contemporary clinical practice: Implications for nursing in Australia. **Journal Nurse Management** 14 (3): 180-187.
- Davis , C., and Burke, L. (2011). The effectiveness of clinical supervision for a group of ward managers based in a district general hospital: an evaluative study. **Journal of Nursing Management** 20 (6): 782–793.
- Defloor, T. (1997). The effect of posture and mattress on the development of pressure ulcers. **In Programe for the 7th European Conference on Advances in Wound Management.** London: Macmillan.
- Dharmarajan, T. S., and Ugalino, J. T. (2002). Pressure ulcer: Clinical features and management. **Hospital Physician March:** 64-71.
- Faugier, J. (1992). The supervisor relationship. In T. Butterworth and J. Faugier (Eds). **Clinical supervision and Mentorship in Nursing.** London: Chapman and Hall.
- Guy, H. (2012). Pressure ulcer risk assessment. **Nursing Time** 108 (4): 16-20.
- Hawkins, P., and Shohet, R. (1989). **Supervision in the helping professional.** Milton Keynes: University Press.

- Herzberg, F., Mauser, B., and Synderman, B. B. (1959). **The motivation to work**. 2nd ed. New York: Wiley.
- Hyrkas, K., Appelqvist – Schmidlechner, K., and Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision : influence on job satisfaction, burnout and quality of care. **Journal Advance Nursing** 55 (4): 521-535.
- Ibrahim, R. H., and Mukhtar, S. H. (2006). Nurses' attitudes towards bed sores prevention. **College of Basic Education Researchers** 4(2): 203-215.
- Kron, T. (1981). **Nursing team leadership**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kumar, A., Mahal, R., and Rajappa, T. (2012). Risk Assessment Tool for the prediction of pressure ulcer. **Nursing and Midwifery Research Journal** 9 (1): 1-10.
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 5(3): 722-729.
- Maslow, A. H. (1954). **Motivation and personality**. New York: Harper & Row.
- Mink, O. G. et al. (1993). **Developing high-performance people: The art of coaching**. Addison-Wesley Publishing .
- Moor, Z. H. and Cowman, S. (2012). **Repositioning for treating pressure ulcers**. Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 9. Art. No.: CD006898. DOI: 10.1002/14651858.CD006898.pub3.
- Moor, Z. H., and Cowman, S. (2010). **Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers**. Ireland: John Wiley & Sons.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). **Pressure Ulcer Prevention Point**. [online]. Available from: <http://www.npuap.org/pr2.html>[2014, August 5]
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. [online]. Available from: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide.pdf>[2015, August 5]
- Nixon, J., Cranny, G., and Bond, S. (2005). Pathology diagnosis and classification of pressure ulcer: comparing clinical and imaging techniques. **Wound Repair and Regeneration**. 13(4): 365-372.

- Pintar, K., Capuano, T., and Rosser, G. (2007). Developing clinical Leadership Capability. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 38: 115-121.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2012). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.** 9th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: Principles and methods.** 6th edition. Philadelphia: Lippincott.
- Proctor, B. (1986). **Supervision: A Co-Operative exercise in accountability** in Marken, M., and Payne, M. (eds). Enabling and Ensuring. Leicester National Youth Bureau and the Council for Education and training in Youth and Community Work.
- Proctor, B. (2001). **Training for the supervision alliance attitude skills and intention.** In Cutcliffe, J. R., Butterworth T., and Proctor, B. eds. Fundamental themes in clinical supervision. Newyork: Routledge, 25-46.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2005). **Risk assessment and prevention of pressure ulcers.** (Revised) Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.
- Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., and Gunningberg, L. (2014). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study in two hospitals. **International Journal of Nursing Studies** 51: 717-725.
- Shelly, M. W. (1975). **Responding to Social Change.** Pennsylvania: Dowden Huntchisam Press.
- Swansberg. R. C. (2002). Decentralization and participatory. In R. C. Swansberg. **Introduction to management and leadership for nurse management.** 3rd ed. Boston: Jones and Barttlett.
- Theisenet, S., Drabik, A., and Stock, S. (2012). Pressure ulcers in older hospitalized patientsand its impact on length of stay: A retrospective observational study. **Clinical NursingJournal** 21: 380-387.
- Vanderwee K, Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., and Defloor, T. (2007). Pressure Ulcer Prevalence in Europe: A pilot study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice.** 13(2): 227-235.
- Vroom, W. H. (1964). **Work and Motivation.** New York: John Wikey & Sons.

- Ward, L. (1990). **Management and Leadership for nurse manage**. Boston: John and Bartlett.
- White, E., and Winstanley, J. (2010). Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing. **Nursing Times** 106(16): 16-18.
- Whitmore, J. (2012). Coaching for Performance. **The GROW Model**. [online]. Available from: <http://www.performanceconsultants.com/wp-content/uploads/GROW-Model-Guide.pdf>[2014, September 10]
- Wilson, M . (2011). **How to Ten top tips**: preventing pressure ulcers. <http://www.woundsinternational.com/practice-development/how-to-ten-top-tips-preve> [2014, August 5]
- Winstanley, J., and White, E. (2011). The MCSS-26: revision of The Manchester Clinical Supervision Scale using the Rasch Measurement Model. **Journal of Nursing Measurement** 19(3): 160-178.
- Wood , G. L., and Haber, J. (2010). **Nursing research: Methods and critical appraisal for evaluation-based practice**. 7th ed. St. Louis: Mosby.
- Wolman, T. E. (1973). **Education and organizational leadership in elementary school**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Yap, T. L., and Kennerly, S. M. (2013). A nurse - led approach to preventing pressure ulcers. **Rehabilitation Nursing** 36(3): 106-110.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัชนาฏ ภู นคร อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน และการบริหาร
การพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
2. ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์ กรรมการสภาการพยาบาล สำนักงานการ พยาบาล
สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข
3. ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
4. นางวลีรัตน์ สุธนันท์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
จังหวัดลพบุรี
5. นางสาวจุฬารพร ประสงค์ พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง
โรงพยาบาลศิริราช

วิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

/

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1315

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

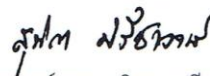
เรียน ผู้อำนวยการฝ่ายอาวุโสฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนงลักษณ์ กำภักศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. รุ่งอรุณ เกศวหงส์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. รุ่งอรุณ เกศวหงส์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางนงลักษณ์ กำภักศร โทร. 08-9801-4139

ที่ ศธ 0512.11/ 1315

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ดร. ยวดี เกตุสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนงลักษณ์ กำภักศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มณีวรรณ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางนงลักษณ์ กำภักศร โทร. 08-9801-4139



ที่ ศธ 0512.11/ 1477

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖๐ พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนงลักษณ์ กำภักสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 35 คน โดยใช้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนงลักษณ์ กำภักสร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อ นิสิต

นางนงลักษณ์ กำภักสร โทร. 08-9801-4139



ที่ ศธ 0512.11/1977

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนงลักษณ์ กำภักศร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 16 คน โดยใช้โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนงลักษณ์ กำภักศร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

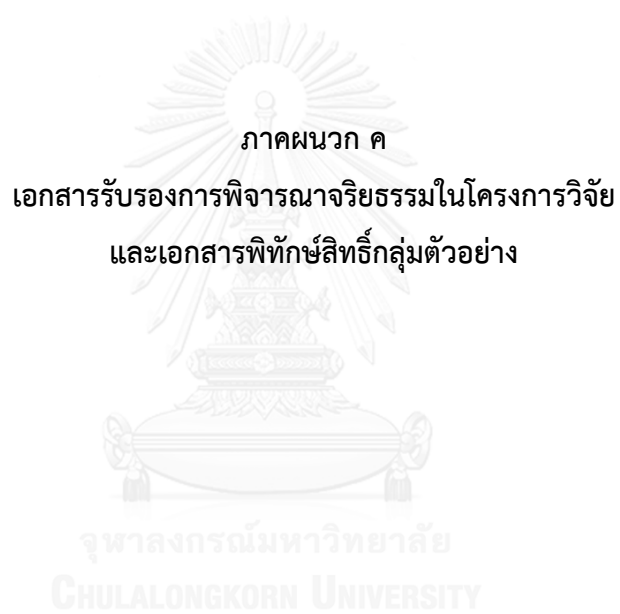
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางนงลักษณ์ กำภักศร โทร. 08-9801-4139





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202

ที่ จว 064 /2559

วันที่ 22 มกราคม 2559

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณีนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 222.1/58 เรื่อง ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ (EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM ON PRESSURE ULCER AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION) ของนางนงลักษณ์ กำภักศร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 007/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 222.1/58 : ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยหลัก : นางนงลักษณ์ กำกาศ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 มกราคม 2559

วันหมดอายุ : 18 มกราคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย
- แบบสอบถาม

เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย (พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 1 ผู้นิเทศ)

ชื่อโครงการ (ไทย) ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และ
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อโครงการ (อังกฤษ) EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM ON PRESSURE
ULCER AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางนงลักษณ์ กำภักศร (นิสิต) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสนิสิต 5577327936

หน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด โรงพยาบาลเสนา (ตึกอายุกรรมชาย) อำเภอเสนา

จังหวัด พระนครศรีอยุธยา 13110

โทรศัพท์ที่ทำงาน 035-217118 โทรสาร 035-201479

โทรศัพท์มือถือ 089-8014139 E-mail nongluk.dum@gmail.com



เลขที่โครงการวิจัย..... ๑๑๒. ๑ / ๕

วันที่รับรอง..... 19 มี.ค. 2559

วันหมดอายุ..... 18 มี.ค. 2560

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอม และเอกสารอื่นๆประกอบด้วย

1. ขอเรียนเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจ ว่าวิจัยนี้ ทำเพราะเหตุผลใด เกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. ในการวิจัยนี้รายละเอียดกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าทีมมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศจำนวน 6 คน และกลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เป็นผู้รับการนิเทศ

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย หลังจากท่านยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมที่เป็นผู้นิเทศท่านจะ

5.1 เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นระยะเวลา 1 วัน เวลา 8.30น.-16.30 น. ณ ห้องประชุมทับทิมสยาม โรงพยาบาลเสนา โดยมีวิทยากร

ที่เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มาให้ความรู้ และท่านจะได้เอกสารประกอบการอบรม ท่านจะมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อไป

5.2 หลังจากได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ท่านจะได้รับคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ผู้วิจัยได้จัดทำและปรับปรุงหลังจากการอบรม ท่านร่วมทดลองฝึกการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับทั้งระยะแรกเริ่ม และขณะที่นอนโรงพยาบาล โดยท่านต้องฝึกการเป็นผู้นิเทศการประเมิน Braden scale การจัดทำ การนำนวัตกรรมมาใช้ และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ โดยผู้นิเทศทั้ง 4 คน สลับบทบาทเป็นผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ในเวลา 1 สัปดาห์ในการฝึก ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

5.3 ทำการนิเทศตามแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่กำหนด โดยปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศในเฉพาะเวรเช้า ช่วงเวลา 8.00น-16.00น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

5.4 ในระหว่างการนิเทศท่านจะได้รับการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ในช่วงเวลาการนิเทศ ช่วงเวลา 8.00น-16.00น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

6. ความไม่สะดวกต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยนี้ ในช่วงการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 1 วัน การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการนิเทศทางคลินิกอาจไม่ครอบคลุม การทดลองฝึกการนิเทศก่อนนำไปปฏิบัติจริงใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ การปฏิบัติการนิเทศในช่วงเวลา 8.00-16.00น. เป็นช่วงที่มีภาระงานงานอื่นๆร่วมด้วย และการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของหัวหน้าทีมโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ทำเฉพาะช่วงเวลา 8.00น-16.00น. แต่การปฏิบัติกิจกรรมนิเทศเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์ของผู้ป่วย

7. ประโยชน์ ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลหัวหน้าทีมในการนิเทศทางคลินิกโดยเฉพาะเรื่องป้องกันการเกิดแผลกด และสามารถนำไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกกับกิจกรรมการดูแลอื่นๆได้

8. การเข้าร่วมวิจัยของท่านนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว ออกจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาที่ท่านการวิจัย โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษจากการวิจัย ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว การติดต่อผู้วิจัยเมื่อท่านมีปัญหา คือ นางนงลักษณ์ กำภักสร เบอร์โทรศัพท์ 089 8014139

10. ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้ จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึกให้แก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... ๑๒๒.๑/๕๘
วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2559
วันหมดอายุ..... 1.๘.๒๕๖๑



12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมวิจัยในกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้น 4 อาคารสถาบัน 2
ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 , 0-2218-8141
โทรสาร 0-2218-8147 E-mail eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... ๑๒๒. ๑/๖๘.....
วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2553.....
วันหมดอายุ..... 18 ม.ค. 2560.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มที่ 1)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการ
นิเทศของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางนงลักษณ์ กำภักสร รหัสนิติศ 5577327936

ที่อยู่ติดต่อได้ ตึกอาชุนกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13110

โทรศัพท์ที่ทำงาน 035-217118 โทรศัพท์มือถือ 089-801439 E-mail nongluk.dum@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วข้าพเจ้าจึงสมัครใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยข้าพเจ้า
ยินยอม เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ระยะเวลา
1 วัน ร่วมฝึกการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 1 สัปดาห์ ปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้พยาบาลวิชาชีพ และยอมรับการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศ ในช่วงเวลา
ที่กำหนดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน
ตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงานต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202
E-mail: eccu@chula.ac.thข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางนงลักษณ์ กำภักสร)

ผู้วิจัยหลัก



ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... 222-1158

วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2559

วันหมดอายุ..... 18 ม.ค. 2560

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย (พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2 ผู้รับการนิเทศ)

ชื่อโครงการ (ไทย) ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และ
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อโครงการ (อังกฤษ) EFFECTS OF CLINICAL SUPERVISION PROGRAM ON PRESSURE
ULCER AND NURSES' SATISFACTION TOWARD SUPERVISION

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางนงลักษณ์ กำภักศร (นิสิต) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสนิตินิต 5577327936

หน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด โรงพยาบาลเสนา (ศีกอายุกรรมชาย) อำเภอเสนา

จังหวัด พระนครศรีอยุธยา 13110

โทรศัพท์ที่ทำงาน 035-217118 โทรสาร 035-201479

โทรศัพท์มือถือ 089-8014139 E-mail nongluk.dum@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอม และเอกสารอื่นๆประกอบด้วย

1. ขอรียนเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจ ว่าวิจัยนี้ ทำเพราะเหตุผลใด เกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ ไม่ชัดเจน ได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. ในการวิจัยนี้รายละเอียดกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าทีมมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ 6 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เป็นผู้รับการนิเทศ

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย หลังจากท่านยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ



เลขที่โครงการวิจัย..... ๒๒๒.๑/๕๘

วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2559

วันหมดอายุ..... 18 ม.ค. 2560

5.1 ได้รับการอบรมวิชาการ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง เวลา 13.00 น.-16.00น. เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ตามเนื้อหาการสอนตามหลักวิชาการ เหมือนกับที่ให้แก่อนุเทศ

5.2 ได้รับการมอบหมายให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และได้รับการนิเทศจากหัวหน้าทีมเป็นรายบุคคล เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ท่านรับผิดชอบ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และขณะก่อนโรงพยาบาล ในเฉพาะเวรเช้า ช่วงเวลา 8.00น-16.00น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

5.3 ทำการบันทึกแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ท่านได้รับมอบหมาย โดยบันทึกผลหลังการประเมินผู้ป่วยภายใน 2 ชั่วโมง/ภายในเวร และประเมินความเสี่ยงขณะนอนโรงพยาบาลทุกวันในเวรเช้าเวลา 14.00 น.-15.00 น. และลงบันทึกการประเมินความเสี่ยงซ้ำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งบันทึกการเกิดแผลกดทับลงในแบบบันทึกที่กำหนดเมื่อท่านตรวจพบ

5.4 ท่านจะต้องตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก มีจำนวน 23 ข้อ โดยให้ท่านตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งก่อนและหลังการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

6. ความไม่สะดวกต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยนี้ ในช่วงการอบรมวิชาการใช้เวลา 3 ชั่วโมง การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การนิเทศที่ได้รับมีเฉพาะช่วงเวลา 8.00-16.00น.เป็นการได้รับการนิเทศในช่วงการปฏิบัติงานจริงที่มีภาระงานอื่นๆร่วม

7. ประโยชน์ ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และต่อเนื่อง

8. การเข้าร่วมวิจัยของท่านนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว ออกจากการศึกษานี้ได้ตลอดช่วงเวลาที่ทำการวิจัย โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษจากการวิจัย ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว การติดต่อผู้วิจัยเมื่อท่านมีปัญหา คือ นางนงลักษณ์ กำภักศร เบอร์โทรศัพท์ 089 8014139

10. ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้ จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน ค่าชดเชยการเสียเวลา หรือของที่ระลึกให้แก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 , 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... ๒๒๒-๑/๖๘
วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2559
วันหมดอายุ..... 18 ม.ค. 2560

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มที่2)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการนิตศทางคลินิก ต่อการเกิดผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการ
นิตศของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางนงลักษณ์ กำภักสร รหัสนิตศ 5577327936

ที่อยู่ติดต่อได้ ตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13110

โทรศัพท์ที่ทำงาน 035-217118 โทรศัพท์มือถือ 089-801439 E-mail nongluk.dum@gmail.comข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วข้าพเจ้าจึงสมัครใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยข้าพเจ้า
ยินยอม เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่องการป้องกันการเกิดผลกดทับโดยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง เวลา 13.00น.-
16.00น. ขอมรับการนิตศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ
บันทึกแบบประเมินความเสี่ยงและบันทึกการเกิดผลกดทับ และตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการนิตศ
ทางคลินิกของหัวหน้าทีมทั้งก่อนและหลังการรับการนิตศทางคลินิก ช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน
ตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงานต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็น
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202
E-mail: eccu@chula.ac.thข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางนงลักษณ์ กำภักสร)

ผู้วิจัยหลัก

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย..... 222.1/58

วันที่รับรอง..... 19 ม.ค. 2559

วันหมดอายุ..... 18 ม.ค. 2560

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 4 คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 5 แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด

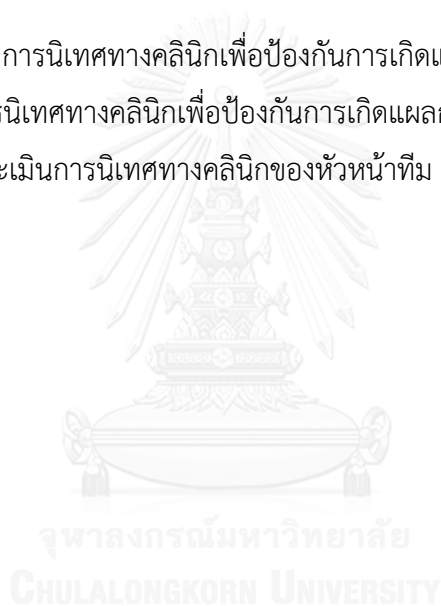
ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการบันทึกการเกิดแผลกดทับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับการวัดความพึงพอใจในการนิเทศผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดของWhite and Winstanley (2011)

ส่วนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีส่วนประกอบดังนี้

- ชุดที่ 1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ชุดที่ 2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ชุดที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ชุดที่ 4 คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ชุดที่ 5 แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม



ชุดที่ 1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา”

1. หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น แต่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลก็มีจำนวนเท่าเดิมหรืออาจลดลง ทำให้การให้บริการไม่เพียงพอกับความต้องการกับผู้รับบริการที่นับวันยิ่งมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ นวัตกรรมใหม่ๆที่มีมากขึ้นรวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นร่วมกับมีผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นคือ การเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่สำคัญแม้ว่ามีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบอยู่เสมอๆ(ทองสมัย ยุรชัย และคณะ, 2548) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณ 5-10% ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุตตาน วงศ์ตรีรัตนชัย, 2556) การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอาจทำให้เกิดการติดเชื้อและทำให้เสียชีวิตได้ ผลกระทบต่อโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มภาระงานให้บุคลากร และผลกระทบต่อผู้ดูแลมีภาระในการดูแล เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูตัวในโรงพยาบาลเสนา ปี 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4 อยู่ระหว่าง 2.11 – 10.86 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน เฉลี่ยเท่ากับ 5.38 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (สถิติกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเสนาปี 2557)

การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะแรก กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเสนาได้จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับทุกหน่วยงาน แต่จากการทบทวนพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดแผลกดทับจาก การกระตุ้นฟื้นฟูสภาพ มีความเชี่ยวชาญในการดูแล การเป็นผู้นำ และการมีความรู้ ทำให้เข้าใจในกลไกการเกิดและการป้องกันการเกิดแผลกดทับและมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (Yap and Kennerly, 2013) แต่พยาบาลมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันแผลกดทับ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน (Ibrahim and Mukhtar, 2006) ต้องมีกลยุทธ์ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งทีมผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญหากวิธีที่จะสามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานอายุรกรรมมีความรับผิดชอบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เห็นความสำคัญในการพัฒนาพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำนวนจำกัดให้มีความรู้ความสามารถเพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในงาน จึงนำเครื่องมือในการบริหารการ

พยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการนิเทศทางคลินิกมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งบทบาทในการนิเทศทางคลินิกนั้นเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลทุกคน เมื่อทุกคนทราบและตระหนักในบทบาทของการนิเทศทางคลินิกจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในงานที่มุ่งหวังจะพัฒนาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยและกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเสนาตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก จึงจัดโครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลหัวหน้าทีมเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้มั่นใจสามารถทำการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจต่อการนิเทศ ส่งผลต่อผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล และเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทการนิเทศทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆได้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์การ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญในการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด การปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางนงลักษณ์ กำภักศร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

4. วิทยากร 1. ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ 2. นางนงลักษณ์ กำภักศร

5. ผู้เข้าร่วมโครงการ

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีมที่ปฏิบัติหอผู้ป่วยใน 18 คน ผู้ร่วมวิจัย 2 คน รวมเป็น 20 คน

6. กำหนดการจัดอบรม

วันที่ 27 มกราคม 2559 เวลา 8.30 น. – 16.30 น.

7. สถานที่จัดอบรม ห้องประชุมทับทิมสยาม โรงพยาบาลเสนา

8. วิธีการอบรม

1. บรรยายแบบมีส่วนร่วม
2. ประชุมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ

9. สื่อการอบรม

1. คอมพิวเตอร์และเครื่องฉาย LCD
2. เอกสารความรู้เรื่องการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

10.งบประมาณ

1. ค่าตอบแทนวิทยากร	3,600 บาท
2. ค่าอาหารว่าง (20 บาท X 20คน X 2 มื้อ)	800 บาท
ค่าอาหารกลางวัน (80 บาท X 20 คน)	1,600 บาท
3. ค่าเอกสารประกอบคำบรรยาย	500 บาท
รวม	7,000 บาท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถนำไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกกับสมาชิกทีมผู้ปฏิบัติงานได้ เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจบทบาทในการนิเทศทางคลินิกมากยิ่งขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน

การประเมินผลโครงการฝึกอบรม

1. การสังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมการร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น
2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถอธิบายถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้
3. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถอธิบายวิธีการใช้คู่มือการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่องการนิเทศทางคลินิก การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
วันที่ 27 มกราคม 2559
ณ ห้องทับทิมสยาม โรงพยาบาลเสนา

ภาคเช้า

- 08.00 – 08.30 น. ลงทะเบียน รับเอกสาร
- 08.30 – 08.45 น. กล่าวเปิดการอบรม และกล่าวถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก
- โดย นางสาวประภา กลิ่นสารี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการแทนหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเสนา
- 08.45 – 12.00 น. การนิเทศทางคลินิก
- โดย ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

ภาคบ่าย

- 13.00-14.00 น. การปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- โดย ผู้วิจัย นางนงลักษณ์ กำภักศร
- 14.00- 14.30 น. การนำเสนอร่างแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- โดยผู้วิจัย นางนงลักษณ์ กำภักศร
- 14.30-15.45 น. การแบ่งกลุ่มระดมสมองและอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพยาบาลในการนิเทศทางคลินิก
- 15.45- 16.15 น. ผู้วิจัยนำเสนอสรุปกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และบทบาทหน้าที่ของทีมพยาบาลในการนิเทศตามความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมในแต่ละกลุ่ม
- 16.15-16.30 น. นัดหมายการประชุมในกลุ่มผู้นิเทศ เพื่อสรุปรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ วันที่ 28 มกราคม 2559 เวลา 14.00-16.00 น. ปิดการประชุม
- หมายเหตุ** พักรับประทานอาหารว่าง 10.30 – 10.45 น. และ 14.45 – 15.00 น.

ชุดที่ 2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง การอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วิธีการดำเนิน	การบรรยาย การอภิปราย การประชุมกลุ่มย่อย
ผู้ดำเนินรายการ	นางนงลักษณ์ กำภักสร
วิทยากร	ดร.รุ่งอรุณ เกศวหงส์ และ นางนงลักษณ์ กำภักสร
ผู้รับการอบรม	พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยผู้วิจัย และผู้สนใจ จำนวน 20 คน
สถานที่	ห้องประชุมทัพบทิมสยาม โรงพยาบาลเสนา

วัตถุประสงค์ของการอบรม

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดและการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์การอบรม	<p>ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้เข้ารับการอบรม แนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการอบรมคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความสำคัญในการนิเทศทางคลินิก และการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในแนวความคิดการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก 3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตัวเองสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น</p>	<p>เอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การอบรม</p>	<p>ผู้เข้ารับการอบรมสามารถซักถามและอธิบายข้อคำถามที่เกี่ยวข้อกับการอบรมได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1.เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักในบทบาทและให้ ความสำคัญของ การนิเทศทางคลินิก และการ ป้องกัน การเกิด แผลกดทับ</p>	<p>ผู้วิจัยนำสู่บทเรียนโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม โดยการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมอบรม เล่าถึงประสบการณ์ในการนิเทศและการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ และโอกาสใน การพัฒนาการนิเทศทางคลินิก และการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>ผู้วิจัยบรรยายเชื่อมโยงจาก ประสบการณ์ และความคิดเห็นของ ผู้เข้าร่วมอบรมกับ ความสำคัญของการนิเทศ ทางคลินิก ดังนี้</p> <p>การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดถึง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้เป็นสากล แสดงถึงการพยาบาลที่ยังไม่ได้คุณภาพ</p> <p>อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ประมาณ 5-10 % (พุดตาน วงศ์ตรีรัตน์ชัย, 2556).....</p> <p>ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับส่งผล ต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดการติดเชื้อ ทำให้นอนโรงพยาบาล นานขึ้นจนถึงทำให้เสียชีวิตได้.....</p> <p>พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดแผลกดทับจาก การกระตุ้นฟื้นฟู สภาพ เชี่ยวชาญในการดูแล เป็นผู้นำ และมีความรู้ ทำให้เข้าใจในกลไกการเกิดและการ ป้องกัน และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่ กำหนด (Yap and Kennerly, 2013).....</p>	<p>- การบรรยายแบบมีส่วนร่วม</p> <p>-การกระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมบอกถึง ประสบการณ์และ แสดงความคิดเห็น</p>	<p>- เครื่องฉาย LCD -Power point</p>	<p>ผู้รับการอบรมสามารถบอกถึง ความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก และการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ</p>	<p><u>ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ</u> แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปและผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายต่างๆซึ่งมี แนวทางการให้การพยาบาลที่เหมือนกันในเรื่อง การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การประเมินผิวหนังการใช้อุปกรณ์รองรับแรงกดทับการเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงการส่งเสริมโภชนาการ รวมทั้งการให้ความรู้กับผู้ดูแลซึ่งจะกล่าวต่อไป ดังนั้นผู้เข้ารับการอบรมควรมีความเข้าใจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับดังนี้</p>	<p>-การบรรยายแบบมีส่วนร่วม -การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น - การยกตัวอย่าง - นำนวัตกรรม/สาริต</p>	<p>- เอกสารประกอบ การอบรม - เครื่องฉาย LCD -Power point -VDO ภาพลักษณะแผลกดทับระดับต่างๆ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสนใจในการบรรยาย/สามารถอธิบายการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>1. ความหมายของแผลกดทับ เป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานานทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเป็นรอยแดง จากนั้นจะเกิดการบวมและมีน้ำขังจนกลายเป็นแผลพุพองขึ้น สุดท้ายเกิดแผลถลอก แผลกดทับนี้ (pressure ulcer, pressure sore, bed sore , decubitus ulcer)</p> <p>2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2.1 ปัจจัยภายในร่างกาย</p> <p>1) อายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ.....</p> <p>2) ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว...</p> <p>3) ภาวะอ้วนหรือผอม.....</p> <p>4) ภาวะทุพโภชนา.....</p> <p>5).....</p> <p>2.2 ปัจจัยภายนอกในร่างกาย</p> <p>1) แรงกด (Pressure) เกิดขึ้นเมื่อไม่มีการเคลื่อนไหว (Immobility).....</p> <p>2) แรงเฉือนหรือแรงไถล (Shearing)</p> <p>3).....</p> <p>3. การแบ่งระดับแผลกดทับ</p> <p>การแบ่งระดับความรุนแรงการเกิดแผลกดทับ (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014) มี 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ..</p> <p>ระดับที่ 1 ผิวหนังที่ยังไม่มีแผล เห็นเป็นรอยแดง (Non blanch able erythema)</p> <p>ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial thickness skin loss)</p> <p>ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss)</p> <p>ระดับที่ 4 มีการสูญเสียทำลายผิวหนังลึกจนถึงเนื้อเยื่อทั้งหมด (Full thickness tissue loss)</p> <p>และ 2 ลักษณะดังนี้</p> <p>- ลักษณะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Unstageable :depth unknown).....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>- ลักษณะที่คาดว่าลึกถึงเนื้อเยื่อถูกทำลายและไม่ทราบว่ามีลึกแค่ไหน (Suspected Deep Tissue Injury: depth unknown)</p> <p>.....</p> <p>4. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)</p> <p>4.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment).....</p> <p>4.2 การดูแลผิวหนัง (Skin Care) ประกอบด้วย.....</p> <p>4.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition)</p> <p>4.4 การลดแรงกดทับ และการใช้อุปกรณ์ช่วย</p> <p>4.5 การให้ความรู้ผู้ดูแล (Education).....</p> <p>5. เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ แบบประเมิน Braden scale</p> <p>6. การใช้นวัตกรรม</p> <p>7. สรุปแนวทางการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p> 1) การประเมินความเสี่ยงแรกรับ....</p> <p> 2) กำหนดผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน Braden Scale \leq 18 คะแนน (4 กลุ่ม)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการปฏิบัติการ-นิเทศทางคลินิก</p>	<p>การนิเทศทางคลินิก</p> <p>วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนิเทศทางการพยาบาล แนวคิดการนิเทศทางคลินิก รูปแบบการนิเทศและบทบาทในการนิเทศทางคลินิก</p> <p>การนิเทศทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกระดับ การนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพต้องมีการวางแผน มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีลักษณะยืดหยุ่น สามารถปรับปรุงเข้ากับสถานการณ์นำไปปฏิบัติได้ ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์การผู้นิเทศต้องมีความเข้าใจกับการนิเทศอย่างถ่องแท้ การนิเทศเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นในงานขององค์การพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)</p> <p>ความหมายของการนิเทศทางคลินิก</p> <p>การนิเทศคือการควบคุมกำกับการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอโดยมีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการวางแผน แนะนำ การสอน การปรับปรุง ช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการเจริญงอกงาม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คณະ ,2549)</p> <p>การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้คุณภาพทางการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมาย โดยผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้</p>	<p>การบรรยายแบบมีส่วนร่วม -การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็น</p>	<p>- เอกสารประกอบ การอบรม - เครื่องฉาย LCD -Power point</p>	<p>ผู้เข้าอบรมสนใจในการบรรยาย/สามารถอธิบายรูปแบบการนิเทศได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (Proctor, 2001)</p> <p>2. หลักการนิเทศการพยาบาล สมสมัย สุธีรศานต์ (2551) กล่าวถึงหลักการนิเทศสมัยใหม่มีดังนี้เกณฑ์ในการตัดสินความสำเร็จของงาน ยึดแนวทางของระบบประชาธิปไตย ด้วยการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้ความสำคัญกับตัวบุคคลเชื่อในการทำงานแบบประชาธิปไตย 2) ผู้นำต้องเป็นลักษณะจูงใจ ให้ความร่วมมือ 3) ต้องให้การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น 4) มุ่งความสัมพันธ์ การจูงใจ การมีส่วนร่วม 5) เน้นความต้องการและความแตกต่างของบุคคล 6) เน้นการจัดระบบงาน การชี้แนะ การอำนวยความสะดวกและการติดตามงาน 7) ให้การช่วยเหลือ <p>3. เป้าหมายในการนิเทศทางคลินิก เป้าหมายการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการพยาบาลหรือการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น.....</p> <p>4. วัตถุประสงค์การนิเทศ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามเป้าหมาย</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ขององค์การเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา</p> <p>5. กระบวนการนิเทศทางคลินิก</p> <p>เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) มี 3 กิจกรรม คือ</p> <p>1) การวางแผนการนิเทศ.....</p> <p>2) การดำเนินการนิเทศ.....</p> <p>3) การประเมินผลการนิเทศ.....</p> <p>6 คุณลักษณะของผู้นิเทศ: ผู้นิเทศการพยาบาลนั้นต้องมีคุณลักษณะที่มีบุคลิกภาพเป็นผู้นำ (Leader) (สุพิศ กิตติรัชดา และ วารีย์ วัฒนชัย, 2551) ควรมีดังนี้</p> <p>1) มีภาวะผู้นำมีบุคลิกภาพที่ดี</p> <p>2) มีความรู้ความเข้าใจในงานมันใจ</p> <p>3) มีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี</p> <p>.....</p> <p>7. รูปแบบการนิเทศทางคลินิก (Model of clinical supervision) ตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) หน้าที่ของผู้นิเทศ 3 บทบาท (Three-function interaction Model) ประกอบด้วย</p> <p>1) การให้ความรู้ (Formative Clinical Supervision).....</p> <p>2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision).....</p> <p>3) การสนับสนุน (Restorative Clinical Supervision) ให้กำลังใจ.....</p> <p>.....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>8. กิจกรรมการนิเทศการพยาบาล (Practice of Nursing Supervision)</p> <p>การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) (วารี วนิชปัญญาผล, 2551)</p> <p>1) Pre Conference</p> <p>2) Nursing Care</p> <p>3) Post Conference.....</p> <p>กิจกรรมในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับยังสามารถใช้เทคนิค การสอน (Teaching and Learning) การสอนแนะ (Coaching) การสะท้อนกลับ (Reflective)</p> <p>การสอนแนะรูปแบบ GROW Model ประกอบด้วย G =Goal ตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เรื่องที่ต้องการวัดผล R= Reality สถานการณ์ที่เป็นจริงอยู่ ความคิด ความรู้สึกที่อยู่ปัจจุบัน O= Option ทางเลือกวิธีการแผนงาน ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ W= Way Forward สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติหรือตัดสินใจทำ.....</p> <p>9. วิธีการการนิเทศทางคลินิก: เทคนิคการนิเทศทางการพยาบาลคือ เริ่มจากการนิเทศรายกรณีและแก้ไขเป็นรายๆไปสู่ความครอบคลุม</p> <p>.....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>4. เพื่อให้ผู้เข้ารับ</p> <p>การอบรมมีส่วนร่วม</p> <p>ในการจัดรูปแบบ</p> <p>การนิเทศทางคลินิก</p> <p>การป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p>	<p>แนวคิดการนิเทศเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>ผู้วิจัยนำเสนอร่างแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยนำลักษณะแนวคิดการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้นเป็นขั้นตอนการนิเทศระยะแรกกับผู้ป่วย และการนิเทศขณะนอนโรงพยาบาล ดังนี้</p> <p>การนิเทศระยะแรก</p> <p>การเตรียมความพร้อม ผู้นิเทศมอบหมายให้พยาบาลผู้รับผิดชอบ เตรียมดูแล.....</p> <p>การนิเทศการพยาบาลระยะแรก</p> <p>พยาบาลผู้นิเทศมีกระบวนการนิเทศ โดยใช้เทคนิคการนิเทศดังนี้</p> <p>1. Formative clinical supervision เป็นการให้ความรู้กับผู้รับการนิเทศ</p> <p>1.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ประกอบด้วย</p> <p>1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงฯ</p> <p>2) การใช้ Braden scale ทั้ง 6 ด้าน</p> <p>1.2 การประเมินผิวหนัง.....</p> <p>2. Normative clinical supervision ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้รับการนิเทศ.....</p> <p>3. Restorative clinical supervision ผู้นิเทศให้คำชื่นชม/ให้กำลังใจ.....</p> <p>การนิเทศสรุปการปฏิบัติกิจกรรม</p> <p>1) Restorative clinical supervision ให้คำชื่นชมให้กำลังใจ ชี้แนะ สะท้อน.....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2) Formative clinical supervision และวางแผนการประเมินซ้ำทุกวัน/ทุกเวร.....</p> <p>การนิเทศขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพ/บอกวัตถุประสงค์ ในการนิเทศ.....</p> <p>1.การนิเทศขณะ Pre Conference : เตรียม ความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมใช้เทคนิคการ นิเทศดังนี้</p> <p>1.1 Formative clinical supervision</p> <p>1.2 Normative clinical supervision เป็น การเตรียมนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ โดยการ สอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model</p> <p>2. การนิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing Care) ใช้เทคนิคการนิเทศ</p> <p>2.1 Normative clinical supervision ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมและนำมาตรฐานสู่ การปฏิบัติ.....</p> <p>2.2 Formative clinical supervision ให้ความรู้เพิ่มเติมและสาธิตเช่น สาธิต.....</p> <p>2.3 Restorative clinical supervision ให้คำ ชื่นชม และให้กำลังใจ.....</p> <p>3. การนิเทศขณะ Post Conference ใช้เวลา 15-20 นาที</p> <p>3.1 Formative clinical supervision ให้ ความรู้เพิ่มในส่วนที่ปฏิบัติยังไม่ครบโดยสะท้อน กลับ.....</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3.2 Restorative clinical supervision: ให้ผู้รับการนิเทศบอกความรู้สึกต่อการนิเทศ และการสะท้อนกลับความรู้สึก.....</p> <p>.....</p> <p>ผู้วิจัย แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับอบรมเป็น 4 กลุ่ม นำร่างแนวคิดการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่แต่ละกลุ่ม ร่วมกันระดมสมองแสดงความคิดเห็นให้ เวลา 10 นาที และนำเสนอ กลุ่มละ 5 นาที</p> <p>สรุปผลการอบรม โดยผู้วิจัยกล่าวสรุป แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับที่ร่วมกันสร้าง ชี้แจงแผนการ ดำเนินงาน และปิดการอบรม</p>			

ชุดที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมการพยาบาลมีแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นรูปแบบเดียวกัน
2. เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำนิยาม

การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหมายถึง การดำเนินการนิเทศของพยาบาลหัวหน้าทีมโดยใช้หลักสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้บทบาทในการนิเทศประกอบด้วยการให้ความรู้และทักษะ โดยการสอนและสาธิตการปฏิบัติ การปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยประเมินติดตามการปฏิบัติและนำไปปฏิบัติตามมาตรฐานได้ และการสนับสนุนให้กำลังใจโดยการสะท้อนกลับความรู้สึก ทำให้ผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสมโดยผู้นิเทศนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศได้ตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างครอบคลุมทั้งระยะแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงานและระยะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1. การนิเทศระยะแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน
2. การนิเทศขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

**แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับเข้าหน่วยงาน**

ผู้นิเทศ	ผู้รับการนิเทศ
<p>การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติ เมื่อแรก รับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่โดยมอบหมาย พยาบาลให้เตรียมดูแลผู้ป่วยที่จะรับเข้า หน่วยงาน</p> <p>การนิเทศการพยาบาลเมื่อแรกรับ ใช้เทคนิค Formative: ให้ความรู้เรื่องสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง การแบ่งระดับแผลกดทับเพิ่มทักษะสาธิตในการ ใช้ Braden scale/ การตรวจผิวหนัง Normative: ประเมินการปฏิบัติกิจกรรม/ แนะนำการปฏิบัติการประเมิน Braden scale ที่ไม่เข้าใจ/ การประเมินผิวหนังที่ไม่ครอบคลุม Restorative: ให้คำชื่นชมในการปฏิบัติที่ทำ ได้/ให้กำลังใจเมื่อยังปฏิบัติไม่ได้</p> <p>สรุปการปฏิบัติกิจกรรมการรับใหม่โดย Formative: ให้ความรู้ประเด็นที่ผู้รับการนิเทศ ปฏิบัติไม่ครบ.....</p> <p>Restorative: สอบถามความต้องการให้ ช่วยเหลือให้ผู้รับการนิเทศบอกความรู้สึกต่อ การนิเทศ และสะท้อนกลับความรู้สึก</p> <p>สรุปการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกด ทับผู้ป่วยที่เสี่ยงในระยะแรกรับ แบ่งประเภท ความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและวางแผนการดูแล ต่อเนื่องในเวรต่อไป</p> <p>บันทึกผลการนิเทศ ข้อเสนอแนะที่จะนำไป ปรับปรุง หาแนวทางช่วยเหลือ แก้ไขต่อไป</p>	<p style="text-align: center;">การปฏิบัติการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินปัจจัยเสี่ยง/การประเมินโดยใช้ Braden scale ทั้ง 6 ด้านรวมคะแนน 2. ตรวจประเมินผิวหนังทั่วร่างกาย 3. จัดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและ ปิดป้ายระดับความเสี่ยงที่เตียงผู้ป่วย 4. ลดแรงกดทับ พลิกตัว จัดท่านอน/ ใช้ที่นอน ลดแรงกดทับ 5. ให้การพยาบาลลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะไข้ ป้องกันความเปียกชื้น <p style="text-align: center;">อธิบายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการประเมิน ความเสี่ยง การประเมินผิวหนัง การลดปัจจัย เสี่ยงที่ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ/ ปัญหาในการ ประเมินต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไร</p> <p style="text-align: center;">บอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมทั้งเสนอสิ่งที่ ต้องการ ได้รับการสนับสนุนเพื่อให้มีการประเมิน ความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale การตรวจ ประเมินผิวหนังได้อย่างถูกต้อง/ครบถ้วน</p> <p style="text-align: center;">บันทึกผลการประเมิน ปัญหา/การวางแผนให้ การดูแลในเวรต่อไป และรายงานหัวหน้าเวร ทราบ</p>

**แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scales ≤ 18)**

ผู้นิเทศ	ผู้รับการนิเทศ
<p style="text-align: center;">ปฏิบัติการนิเทศขณะ Pre Conference</p> <p>เตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติการกิจกรรมใช้เทคนิค</p> <p>Formative: ประเมินความรู้ผู้รับการนิเทศและให้ความรู้ โดยการสอนตามหลักวิชาการ</p> <p>.....</p> <p>Normative: การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ โดยการสอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model.....</p> <p>.....</p> <p>นิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing Care)</p> <p>Normative: ประเมินการปฏิบัติการกรรม นำมาตรฐานสู่การลงมือปฏิบัติ (Way Forward)</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน้อย (Braden scale 15-18)</p> <p>1) ประเมินความเสี่ยง การใช้ Braden scale</p> <p>.....</p> <p>2) ประเมินการตรวจผิวหนัง/การดูแลผิวหนัง</p> <p>.....</p> <p>3) ประเมินการลดแรงกดทับ /ใช้อุปกรณ์ช่วยโดย</p> <p>4) ประเมินด้านภาวะโภชนาการ.....</p> <p>5) ประเมินการให้ความรู้ผู้ดูแล จากการสอบถามผู้ดูแล/ถามผู้รับนิเทศ</p> <p>และประเมินการใช้นวัตกรรม</p>	<p style="text-align: center;">การเตรียมก่อนปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>เตรียมข้อมูลของผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ดูแล</p> <p>อธิบายถึงความรู้ที่มีเกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>การฟังอย่างตั้งใจ และสอบถามส่วนที่ไม่เข้าใจ/ สงสัย</p> <p>1) มองเป้าหมายฯ</p> <p>2) บอกถึงการปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ</p> <p>3) มองถึงวิธีการที่จะทำให้ปฏิบัติการได้</p> <p>.....</p> <p>สรุปแนวทางการปฏิบัติการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จะนำไปปฏิบัติ</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงน้อย (Braden scale 15-18)</p> <p>(1) วิเคราะห์ความเสี่ยง</p> <p>(2) ตรวจสอบผิวหนัง.....</p> <p>(3) การลดแรงกดทับ</p> <p>(4) ประเมินภาวะโภชนาการ, ค่า BMIค่า</p> <p>(5) ให้ความรู้ผู้ดูแล ให้ร่วมปฏิบัติการ...</p> <p>.....</p> <p>บันทึกปัญหาที่พบและการปฏิบัติการ</p> <p>.....</p>

แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ(Braden scale \leq 18)

ผู้นิเทศปฏิบัติการนเทศ	ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการนเทศ
<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Braden scale13-14)</p> <p>1) ประเมินความเสี่ยง ตรวจสอบเปรียบเทียบ</p> <p>2) ประเมินการตรวจผิวหนัง/การดูแลผิวหนัง</p> <p>3) ประเมินการลดแรงกดทับ</p> <p> การกำหนดเวลาในการพลิกตะแคงตัว/</p> <p> การลดแรงกดทับที่สันเท้า</p> <p>4) ประเมินด้านภาวะโภชนาการ.....</p> <p> การเพิ่มอาหารเสริม โปรตีน วิตามิน.....</p> <p>5) ประเมินการให้ความรู้ผู้ดูแล</p> <p> และประเมินการนำนวัตกรรมมาใช้</p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Braden scale13-14)</p> <p>1) ประเมิน ใช้ Braden scale</p> <p>2) ตรวจสอบผิวหนังทั่วร่างกาย การดู/สัมผัสผิวหนัง</p> <p>3) การลดแรงกดทับ โดยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้ตรงตามท่าในตาราง (ยกเว้นมีข้อบ่งชี้).....</p> <p>4) ประเมินภาวะโภชนาการ , ค่า BMI ค่า Serum Albumin/ ปรีกษาโภชนาการ.....</p> <p>5) การให้ความรู้ผู้ดูแล</p> <p> นำนวัตกรรม มาใช้อย่างเหมาะสม</p> <p> บันทึก.....</p> <p> ถ้าประเมินพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญให้</p> <p> การดูแลเป็นกลุ่มเสี่ยงมาก</p>
<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาก (Braden scale10-12)</p> <p>1) ประเมินความเสี่ยง เปรียบเทียบกับที่ประเมินไว้ก่อน มีประเมินซ้ำ แนะนำสิ่งที่ถูกต้อง</p> <p>2) ประเมินการตรวจ/ดูแลผิวหนัง</p> <p>3) ประเมินการลดแรงกดทับ/ใช้อุปกรณ์ช่วยการลดแรงกดที่สันเท้า การใช้ที่นอนลดแรงกดทับ/อุปกรณ์ แนะนำ</p> <p>4) ประเมินด้านภาวะโภชนาการ อาหารเสริม โปรตีน วิตามิน แนะนำ Feed อาหาร.....</p> <p>5) ประเมินการให้ความรู้ผู้ดูแล</p> <p> ประเมินการใช้นวัตกรรม.....</p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาก (Braden scale10-12)</p> <p>1) การใช้ Braden scale ประเมินที่ละด้านทั้ง 6 ด้านรวมคะแนนลงบันทึก</p> <p>2) ตรวจสอบผิวหนังทั่วร่างกาย การดู/สัมผัส</p> <p>3) การลดแรงกดทับ โดยพลิกตัวผู้ป่วยให้ตรงตามท่าในตาราง (ยกเว้นมีข้อบ่งชี้) การจัดทำศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา</p> <p>4) ประเมินภาวะโภชนาการ</p> <p>5) การให้ความรู้ผู้ดูแล.....</p> <p> การนำนวัตกรรม มาใช้อย่างเหมาะสม</p> <p> บันทึกปัญหาที่พบและการปฏิบัติการนเทศนเทศพยาบาลในเวชระเบียน</p>

แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบนขณะนอนโรงพยาบาล
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ(Braden scales ≤ 18)

ผู้นิเทศ	ผู้รับการนิเทศ
<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระดับมากที่สุด (Braden scale 6-9)</p> <p>การประเมินการปฏิบัติตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระดับมาก เน้นการใช้อุปกรณ์ที่กระจายแรงกดทับ ที่นอนลม/ที่นอนโฟม มากกว่ากลุ่มเสี่ยงอื่นๆ</p> <p>Formative: โดยสอนความรู้ส่วนที่ขาด/สาธิต</p> <p>.....</p> <p>Restorative: สะท้อนการปฏิบัติ ให้กำลังใจ</p> <p>.....</p> <p>นิเทศขณะ Post Conference สรุปลการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้รับการนิเทศอธิบาย</p> <p>.....</p> <p>Formative: ให้ความรู้เพิ่ม</p> <p>.....</p> <p>Restorative: สะท้อนกลับ</p> <p>ความรู้สึก.....</p> <p>บันทึกสิ่งที่ผู้รับการนิเทศเสนอแนะ</p> <p>.....</p> <p>เพื่อนำไปวางแผนในการนิเทศครั้งต่อไป</p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระดับมากที่สุด (Braden scale 6-9)</p> <p>ปฏิบัติตามพยาบาลตามผู้ป่วยกลุ่มระดับมาก เลือกใช้อุปกรณ์ที่กระจายแรงกดทับ ที่นอนลม/ที่นอน โฟม</p> <p>สรุปลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>บอกความรู้สึก เสนอสิ่งที่อยากได้รับการสนับสนุน.....</p> <p>.....</p> <p>ร่วมสรุปลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการพยาบาลที่วางแผนจะปฏิบัติกับผู้ป่วย.....</p> <p>.....</p> <p>บันทึกปัญหาของผู้ป่วย/การวางแผนให้การดูแล/รายงานหัวหน้าเวรทราบ.....</p>

ชุดที่ 4

คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คู่มือการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ



หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา

คำนำ

คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางการนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) ของหัวหน้าทีมซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการจัดการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงาน ได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งการนิเทศทางคลินิกมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการนิเทศได้พัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน มีทัศนคติที่ต่องาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ตรงตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

การนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้าทีมกับสมาชิกทีมหรือผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นการช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของทีมพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในคู่มือฉบับนี้เน้นการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับและขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor (1986) ร่วมกับแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014) เป็นเครื่องมือใช้เป็นแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาลและพยาบาลมีความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกที่ได้รับ

ผู้วิจัยหวังว่าคู่มือ “การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” ฉบับนี้คงมีประโยชน์สำหรับหัวหน้าทีม โดยใช้เป็นแนวทางการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้สมาชิกทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำแนวทางนิเทศทางคลินิกนี้เป็นแบบอย่างในการนิเทศทางคลินิกกิจกรรมอื่นๆได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานและองค์กรต่อไป

นางนงลักษณ์ กำเนิดศรี

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
ความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
วิธีการใช้คู่มือ	2
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ	
1.1 ความหมายและพยาธิสภาพ	3
1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	
1.3 การแบ่งระดับแผลกดทับ	5
1.4 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	6
1.5 เครื่องมือการประเมินแผลกดทับ	10
1.6 นวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
1.7 สรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	14
ส่วนที่ 2 การนิเทศทางคลินิก	
2.1 ความหมายของการนิเทศ	15
2.2 หลักการนิเทศ	16
2.3 เป้าหมายในการนิเทศ	17
2.4 วัตถุประสงค์การนิเทศ	17
2.5 กระบวนการนิเทศ	18
2.6 รูปแบบการนิเทศของ Proctor	19
2.7 กิจกรรมและวิธีการนิเทศ	20
2.8 วิธีการนิเทศทางคลินิก	24
2.9 คุณลักษณะผู้นิเทศทางคลินิก	24
ส่วนที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	
3.1 การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับเข้าหน่วยงาน	26
3.1.1 การเตรียมความพร้อม	26
3.1.2 การนิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing Care) เมื่อแรกรับ	26
3.1.3 การนิเทศสรุปการปฏิบัติกิจกรรม (Post Conference)	32
3.2 การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	33

คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย

ความสำคัญ

การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้เป็นสากล สภากาพยาบาลได้กำหนดให้การเกิดแผลกดทับ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญในภาพรวมขององค์กรพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2554) แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณ 5-10 % ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุดตาน วงศ์ตรีรัตนชัย, 2556) โรงพยาบาลเสนาพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลปี2557อยู่ในช่วง 2.11- 10.86 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน เฉลี่ย เท่ากับ 5.38 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยพบมากในผู้ป่วยด้านอายุรกรรม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากกว่า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียง โดยเฉลี่ยในแผนกอายุรกรรมจะมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 10-12 ราย/วัน กลุ่มการพยาบาลได้จัดทำแนวทางการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับไว้ในทุกหน่วยงาน แต่การนำไปปฏิบัติยังไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งในหน่วยงานยังไม่มีระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยยังคงเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่องซึ่งการที่พยาบาลให้การพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถลดโอกาสการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยและลดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ (พิทัญญ์ แก้วแพงและโศรดา จันทเลิศ, 2555)

การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานที่ได้มอบหมายให้สมาชิกและการช่วยควบคุมคุณภาพการบริการ เป็นบทบาทที่สำคัญในการนิเทศทางการพยาบาล ของหัวหน้าทีม (วิเชียร ทวีลาภ, 2537) การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้คุณภาพทางการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมาย โดยผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (Proctor, 2001) การนิเทศทางคลินิกจึงเป็นวิธีการที่จะสามารถทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานอายุรกรรมจึงได้จัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมมีความเข้าใจในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วยใน มีความรู้ความเข้าใจในการนิเทศทางคลินิกและการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วยในสามารถปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้อย่างมั่นใจ

วิธีการใช้คู่มือ

1. คู่มือนี้ใช้อธิบายรายละเอียดของแนวทางการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน ที่พยาบาลหออผู้ป่วยในได้ร่วมกันสร้างขึ้น
2. ผู้ที่ใช้คู่มือนี้ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วยใน ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหออผู้ป่วย โรงพยาบาลเสนา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่นอนโรงพยาบาล
3. ผู้ที่จะปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับควรอ่านคู่มืออย่างละเอียด และเข้าใจลองฝึกปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริง

แนวคิดและหลักการของคู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหออผู้ป่วย โรงพยาบาลเสนา มีขั้นตอนและวิธีการในการสร้างและพัฒนาร่วมกัน จากการนำความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและแนวคิดการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ National Pressure Ulcer Advisory Panel : NPUAP, (2014) ซึ่งมีเป็นแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของ พรเทพ พึ่งรัมย์ (2557) Guy (2012) และ Wilson (2011) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การดูแลผิวหนัง 3) การลดแรงกดทับ และการใช้อุปกรณ์ช่วย 4) การดูแลด้านโภชนาการ และ 5) การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วย และนำแนวคิดการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor (1986) ประกอบด้วยบทบาทของผู้นิเทศ ดังนี้ 1) การให้ความรู้และทักษะ (Formative Clinical Supervision) 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน และการนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ (Normative Clinical Supervision) และ 3) การสนับสนุนให้กำลังใจไม่เครียดขณะปฏิบัติงาน (Restorative Clinical Supervision) ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วย การเตรียมการก่อนให้การพยาบาล (Pre Conference) การให้การพยาบาล (Nursing Care) และการสรุปผลหลังให้การพยาบาล (Post Conference) ซึ่งทีมการพยาบาลปฏิบัติเป็นงานประจำในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย จากความรู้ดังกล่าวสามารถนำมาผสมผสานกันรวบรวมเรียบเรียงเป็นแนวทางในการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

ซึ่งคู่มือการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับนี้ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวคิดในการนิเทศ และแนวทางการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้พยาบาลหัวหน้าทีมสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมั่นใจโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางการนิเทศก่อนนำไปปฏิบัติจริง ทำให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ส่งผลให้พยาบาลผู้รับการการนิเทศได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะรวมทั้งมีกำลังใจไม่เครียดในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้ขณะนอนโรงพยาบาล



ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

1. ความหมายและพยาธิสภาพ การเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานานโดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น.....

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับนั้นมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ(2549) และ Pieper B (2000) อ้างถึงใน ยูวดี เกตุสัมพันธ์ (2555) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ปัจจัยภายในร่างกาย

1) อายุ ผู้สูงอายุ

2.2 ปัจจัยภายนอกร่างกาย

1) แรงกด (Pressure).....

3. การแบ่งระดับแผลกดทับ

การแบ่งระดับของแผลกดทับเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจตรงกัน National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP (2014) แบ่งระดับความรุนแรงการเกิดแผลกดทับไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังที่ยังไม่มีแผล เห็นเป็นรอยแดง (Non blanch able erythema).....

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ มองเป็นแผลตื้นๆสีแดงไม่เห็นเนื้อตาย.....

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss) หมายถึงการสูญเสียผิวหนังลึกถึงชั้นใต้ไขมัน ไม่ถึงกระดูก.....

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียทำลายผิวหนังลึกลงไปจนถึงเนื้อเยื่อทั้งหมด (Full thickness tissue loss) มองเห็นกระดูก เอ็น หรือกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปกคลุม.....

ในสหรัฐอเมริกาเพิ่มอีก 2 ลักษณะดังนี้

ลักษณะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Unstageable : depth unknown)

.....
 ลักษณะที่คาดว่าลึกถึงเนื้อเยื่อถูกทำลายและไม่ทราบว่ามีลึกแค่ไหน (Suspected Deep Tissue Injury: depth unknown)

4. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อนอนโรงพยาบาล แม้ว่าจะไม่สามารถป้องกันได้ 100% แต่การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP (2014) ได้ทบทวนแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีดังนี้

- 4.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ประกอบด้วย.....
- 4.2 การดูแลผิวหนัง (Skin Care)ประกอบด้วย.....
- 4.3 การลดแรงกดทับและการใช้อุปกรณ์ช่วย (Mechanical Loading and Support Surface) ประกอบด้วย.....
- 4.4 การดูแลด้านโภชนาการ (Nutrition) ประกอบด้วย.....
- 4.5 การให้ความรู้ (Education) เป็นการจัดโปรแกรมการให้ความรู้.....

5. เครื่องมือการประเมินการเกิดแผลกดทับ

ใช้แบบประเมินของ Braden (2001) เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย เป็นการประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่การรับรู้ความรู้สึก(sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย(Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) และการมีแรงเสียดสีและแรงเฉือนหรือแรงไถล (Friction and Shear) มีรายละเอียดดังนี้.....

1.6 นวัตกรรม ที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเตือนความจำในการพลิกตัว
 - 2) การปิดป้ายความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ.....
 - 3).....
 - 4) ที่วัดระดับองศาการยกศีรษะสูง
-

1.7 สรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1) การประเมินความเสี่ยงก่อนรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าหน่วยงาน หัวหน้าเวรเป็นผู้สอบถามสภาพอาการผู้ป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหว เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือไม่ เพื่อเตรียมความพร้อมของการใช้อุปกรณ์รองรับ ที่นอนลมหรือโฟม

2) การประเมินความเสี่ยงแรกรับโดยพยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย โดยประเมินความเสี่ยงทั้งปัจจัยเสี่ยงและใช้แบบประเมิน Braden scale และประเมินซ้ำตามประเภทผู้ป่วยทุกคน ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกวัน ผู้ป่วยวิกฤตทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย

.....

บทบาทหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

- 1) หัวหน้างาน/หัวหน้าทีม.....
- 2) พยาบาลสมาชิกทีม.....
- 3) พนักงานช่วยเหลือคนไข้
- 4) ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การนิเทศทางการพยาบาลและการนิเทศทางคลินิก

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกระดับ การนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการวางแผน มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีลักษณะยืดหยุ่น สามารถปรับปรุงเข้ากับสถานการณ์นำไปปฏิบัติได้ และต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์การผู้ที่ทำการนิเทศต้องมีความเข้าใจกับการนิเทศอย่างถ่องแท้ การนิเทศเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นในงานขององค์การพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

1. ความหมายของการนิเทศ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คณะ (2549) ให้ความหมายของการนิเทศทางการพยาบาลว่า การนิเทศคือการควบคุมกำกับการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน แนะนำการสอน การปรับปรุง ช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ส่งเสริมให้เกิดทักษะ

Kron (1981) กล่าวว่า การนิเทศ คือการกระทำให้งานสำเร็จตามนโยบายและแนวทางที่วางไว้ โดยผู้นิเทศต้องคำนึงถึงการวางแผน การดำเนินงาน แนะนำการติดตาม การปฏิบัติการณ์โดยการจัดแนะและให้การช่วยเหลือผู้รับการนิเทศ

Proctor (2001) การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้คุณภาพทางการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมาย โดยผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศใช้หลักสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ.....

2. หลักการนิเทศ

หลักการนิเทศการพยาบาลมุ่งที่การพัฒนาบุคลากร พัฒนางาน การทำงานเป็นทีมร่วมกับการกำหนดแผนการนิเทศ วิธีการ เหนือในการตัดสินใจความสำเร็จของงาน ยึดแนวทางของระบบประชาธิปไตย ด้วยการส่งเสริม กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติ (สุพิศ กิตติรัชดา และ วารี วนิชปัญญพร, 2551).....

3. เป้าหมายในการนิเทศทางคลินิก

การเป้าหมายในการนิเทศการพยาบาล (สุพิศ กิตติรัชดา, 2551: 25) มีดังนี้

- 1) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็ว คล่องตัวในการติดต่อประสานงานทุกระดับงาน เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายทั้งปริมาณ และคุณภาพ
- 2) เพื่อส่งเสริมความรู้ทางวิชาการและทักษะในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญกำลังใจและสวัสดิการต่างๆของบุคลากร.....

4. วัตถุประสงค์การนิเทศทางการพยาบาล

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2549) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ทั่วไปของการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

.....

5. กระบวนการนิเทศทางคลินิก

กระบวนการนิเทศ เป็นกระบวนการสำคัญของการจัดการเพื่อความปลอดภัย เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นงานที่ต้องทำต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน มีขั้นตอนชัดเจน การนิเทศเริ่มต้นตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในระบบการดูแลรักษา แก่นสำคัญคือการร่วมมือในการรักษาพยาบาลดูแลตั้งแต่แรก รับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

6. รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

การนิเทศทางคลินิกป้องกันการเกิดแผลกดทับได้นำแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986: cite in Paul Cassedy, 2010) เป็นการกำหนดหน้าที่ของผู้นิเทศ 3 บทบาท ซึ่งรูปแบบการนิเทศนี้ใช้ในการนิเทศทางคลินิกได้อย่างเหมาะสมบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นิเทศ ทางคลินิก (Three-function interaction Model) ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะ (Formative Clinical Supervision).....

.....

2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) เป็นการบริหารจัดการ

.....

3) การสนับสนุน และให้กำลังใจ (Restorative Clinical Supervision) เป็นการทำให้ผู้รับการนิเทศมีความเข้าใจและ.....

.....

สิ่งที่ได้จากการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบของ Proctor (Proctor, 2001: 31)

1) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้นและ มีการตรวจสอบการทำงานของตนเอง

2) ความสามารถการสะท้อนกลับจากประสบการณ์และ.....

3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เท่ากันซึ่งได้จากการที่ ผู้เรียนรู้ต้องรู้สึกได้ถึงความน่าไว้วางใจ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย.....

4) ผู้นิเทศเปรียบเสมือนผู้ร่วมปฏิบัติงานอาจจะมีหรือไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน หรือมีอายุที่มากกว่าก็ได้ แต่ผู้นิเทศเป็นผู้ที่มีสามารถแลกเปลี่ยนแนวคิดได้.....

7. กิจกรรมและวิธีการนิเทศ

กิจกรรมการนิเทศการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 7 กิจกรรม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538 และวารีย์ วณิชปัญญพล, 2544) ดังนี้

- 1) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล (Nursing Round)
- 2) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference)
- 7).....

การสอนแนะที่ใช้รูปแบบ GROW Model (White, 2012) ประกอบด้วย

G = Goal หมายถึง การตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เรื่องที่ต้องการวัดผล

R= Reality หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นจริงอยู่ ความคิด ความรู้สึกที่อยู่ปัจจุบัน

O= Option หมายถึง ทางเลือกวิธีการแผนงาน ความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติ

W= Way Forward หมายถึง สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติหรือตัดสินใจทำ

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2554) กล่าวถึงการใช้ GROW Model

G = Goal เป้าหมายอยากเห็นผลอะไร

R = Reality ข้อเท็จจริง กำลังเกิดอะไรอยู่

O = Option ทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้

W =Will or Wrap up ตัดสินใจจะทำอะไร

8. วิธีการนิเทศทางคลินิก

กล่าวถึงวิธีนิเทศมี 2 วิธีดังนี้

- 1) การนิเทศอย่างใกล้ชิด (Close supervision).....
- 2) การนิเทศแบบทั่วไป (General supervision)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549) กล่าวถึง เทคนิคการนิเทศทางการพยาบาลคือ เริ่มจากการนิเทศรายกรณีและแก้ไขเป็นรายๆ ไปสู่ความครอบคลุม

9. คุณลักษณะผู้นิเทศทางคลินิก

ผู้นิเทศการพยาบาลนั้นต้องมีคุณลักษณะที่มีบุคลิกภาพเป็นผู้นำ (Leader)

ส่วนที่ 3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวทางการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเสนา จัดทำเพื่อให้พยาบาลหัวหน้าทีมมีแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยนำแนวคิดในการนิเทศทางคลินิกของ Proctor (1986) ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้และทักษะ (Formative Clinical supervision) (2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical supervision) และ(3) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Restorative Clinical supervision) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับของ National Pressure Ulcer Advisory Panel : NPUAP(2014) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) 2) การดูแลผิวหนัง (Skin Care) 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) 4) การใช้อุปกรณ์ช่วยและการลดแรงกดทับ (Mechanical Loading and Support Surface) และ5) การให้ความรู้ (Education) ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการใช้นวัตกรรมสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดำเนินกิจกรรมนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การนิเทศก่อนปฏิบัติกิจกรรม (Pre Conference) โดยให้ความรู้ (Formative Clinical Supervision) และการเตรียมนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Normative Clinical Supervision) 2) การนิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing Care) เป็นการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล และนำไปให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) มีการสนับสนุนให้กำลังใจ (Restorative Clinical Supervision) และการเพิ่มความรู้อะไรและทักษะ (Formative Clinical Supervision) และ 3) การนิเทศหลังการปฏิบัติการพยาบาล (Post Conference)เป็นการให้กำลังใจและสะท้อนความรู้สึก (Restorative Supervision) และให้ความรู้เพิ่มส่วนที่ขาด (Formative Clinical Supervision)

การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็นการนิเทศเมื่อแรกรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าหน่วยงานและการนิเทศในขณะที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

การนิเทศเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน

1. การเตรียมความพร้อม ผู้นิเทศมีการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติ เมื่อแรกรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยมอบหมายพยาบาลผู้รับผิดชอบ

2. การนิเทศการพยาบาลเมื่อแรกรับ พยาบาลผู้นิเทศใช้เทคนิคการนิเทศดังนี้

2.1 Formative clinical supervision เป็นการให้ความรู้กับผู้รับการนิเทศเพื่อให้มีความเข้าใจต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยระยะแรกรับได้อย่างถูกต้องให้ผู้รับการนิเทศได้ ทบทวนการปฏิบัติที่จะให้กับผู้ป่วยและให้ความรู้ตามหลักวิชาการโดยการสอนและสาธิตในขณะที่ปฏิบัติซึ่งผู้รับการนิเทศควรมีความรู้ในประเด็นดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการใช้ Braden scale ดังนี้

(1) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับประกอบด้วยปัจจัยภายในร่างกายและปัจจัยภายนอก
ร่างกายดังนี้.....

(2) การประเมินโดยใช้ Braden scale ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้านดังนี้

ระดับคะแนนที่ใช้ทำนายการเกิดแผลกดทับคือ

เสี่ยงน้อย (low risk) มีคะแนน 15-18

เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) มีคะแนน 13-14

เสี่ยงมาก (high risk) มีคะแนน 10-12

เสี่ยงมากที่สุด (very high risk) มีคะแนน 6- 9

2) การประเมินผิวหนัง ประเมินภายใน 6 ชั่วโมงแรกเมื่อรับเข้าหน่วยงานและประเมินซ้ำทุก
เวร อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยมีการตรวจสอบผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า โดยเฉพาะการตรวจ
ประเมินบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ ปุ่มกระดูกโคนขา สันเท้า ข้อศอก และด้านหลังของศีรษะผู้
นิเทศชี้ให้เห็นถึงผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีดังนี้

ผู้รับการนิเทศสามารถบอกถึงลักษณะระดับของแผลกดทับที่เกิดขึ้น การแบ่งระดับแผลกด
ทับไว้ 4 ระดับและ 2 ลักษณะดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังเป็นรอยแดง ไม่มีลักษณะอื่น เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป ปกติพบบริเวณ
กระดูก อาจมีความเจ็บปวดร่วมด้วย ผิวหนังแข็งขึ้น นุ่ม อุ่นหรือเย็น เมื่อเปรียบเทียบกับผิวหนัง
ใกล้เคียง

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน.....

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียทำลายผิวหนังลึกถึงเนื้อเยื่อทั้งหมด มองเห็นกระดูก

ลักษณะที่คาดว่าลึกถึงเนื้อเยื่อถูกทำลายและไม่ทราบว่าเป็นลึกแค่ไหน (Suspected Deep Tissue
Injury: depth unknown) ผิวหนังยังไม่เป็นแผลชัดเจน.....

2.2 Normative clinical supervision เป็นการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมโดยให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาล (ใช้เวลา 5-10 นาที) ประเมินปัจจัยเสี่ยงจาก รวบรวมจากประวัติ และสภาพของผู้ป่วย การใช้ Braden scale ประเมินทั้ง 6 ด้าน โดยประเมินทีละด้าน

2.3 Restorative clinical supervision ในช่วงที่ผู้รับการนิเทศปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย เมื่อผู้รับการนิเทศปฏิบัติได้ ผู้นิเทศต้องให้คำชื่นชม/ให้กำลังใจเมื่อยังปฏิบัติไม่ได้และร่วมปฏิบัติด้วย การใช้เทคนิคที่ Formative, Normative และ Restorative อาจทำควบคู่กันไปในการนิเทศ

3. การนิเทศสรุปการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้เทคนิค

3.1 Restorative clinical supervision ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง สอบถามความต้องการให้ช่วยเหลือในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ได้

ให้ผู้รับการนิเทศบอกความรู้สึกต่อการนิเทศ และสะท้อนกลับความรู้สึก

3.2 Formative clinical supervision ให้ความรู้ประเด็นที่ผู้รับการนิเทศปฏิบัติไม่ครบ หรือมีข้อสงสัย เช่นการประเมินโดย Braden scale ระดับของแผลกดทับที่พบในผู้ป่วย

ให้ผู้รับการนิเทศสรุปการประเมินความเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่พบมีอะไร

.....และวางแผนในการประเมินซ้ำโดยใช้ Braden scale ทุกวัน/ทุกเวร ตามสภาพผู้ป่วย ดูแลการพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลป้องกันการเปื่อยขึ้นของผิวหนัง

ผู้นิเทศ บันทึกปัญหาที่พบในการนิเทศ ข้อเสนอแนะจากผู้รับการนิเทศ และความต้องการความช่วยเหลือ/สิ่งสนับสนุน

การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden scale ≤ 18 คะแนน มีการนิเทศมีดังนี้

ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพ/บอกวัตถุประสงค์ในการนิเทศเพื่อให้การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมถูกต้องและต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้โดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

การนิเทศขณะ Pre Conference เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมใช้ เวลา 15-30 นาที โดยใช้เทคนิคการนิเทศดังนี้

1. Formative clinical supervision การให้ความรู้และทักษะแก่ผู้รับการนิเทศ โดยประเมินความรู้ผู้รับการนิเทศโดยให้อธิบายถึงการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ หลังจากนั้นให้ความรู้ตามหลักวิชาการและประสบการณ์ ประกอบด้วย 1) สาเหตุ/ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2) การแบ่งลักษณะแผลกดทับและ3) การป้องกันการเกิดแผลกดทับมีดังนี้

1.1 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับประกอบด้วย ปัจจัยภายในร่างกายและปัจจัยภายนอก
ร่างกาย ดังนี้

1) ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่อายุ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความบกพร่องต่อการรับรู้ความรู้สึก
และการเคลื่อนไหว ภาวะอ้วนทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี และภาวะผอมมีแรงกดต่อปุ่มกระดูก
ภาวะทุพโภชนาการ

2) ปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่แรงกดจากการอยู่นิ่งๆไม่มีการเคลื่อนไหว แรงเฉือนหรือ
แรงไถล
การใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษาเช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก กาย
อุปกรณ์ การดึงถ่วงน้ำหนัก

1.2 การแบ่งลักษณะแผลกดทับ มี 4 ระดับและ 2 ลักษณะดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังเป็นรอยแดง ไม่ฉีกขาด

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน.....

ระดับที่ 3

ระดับที่ 4.....

และ 2 ลักษณะคือ.....

1.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1) การประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale ประเมิน ซ้ำในผู้ป่วยวิกฤต ทุก 8
ชั่วโมงและผู้ป่วยทุกคนประเมินทุกวันและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน
ดังนี้.....

2) การดูแลผิวหนัง (Skin Care) ปฏิบัติดังนี้

(1) การประเมินตรวจสอบผิวหนังทุกเวรโดยประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ด้านหน้า
ด้านหลังการตรวจสอบผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับดังนี้

- ท่านอนหงาย บริเวณที่เสี่ยงได้แก่ ท้ายทอย ใบหู หลังส่วนบน ก้นกบ ข้อศอก
สันเท้า

- ท่านอนคว่ำ บริเวณที่เสี่ยงได้แก่ใบหูและแก้ม หน้าอกและใต้ราวนม หน้าท้อง
หัวไหล่ สันกระดูกตะโพก หัวเข่าปลายเท้า.....

3) การลดแรงกดทับ/การใช้อุปกรณ์ช่วยผู้บาดเจ็บให้ความรู้ดังต่อไปนี้

(1) การทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการจัดทำให้ผู้ป่วย รายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกายทุก 2 ชั่วโมง หรือลุกลงจากเตียง

(2) ให้แนะนำ/กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่ไม่บาดเจ็บ

(3) การจัดท่าผู้ป่วยและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยดังนี้

(10) ใช้อุปกรณ์ที่ช่วยลดแรงกดคือ ที่นอนลมที่นอน / โฟมเพื่อลดแรงกดทับ

4) การดูแลด้านโภชนาการ ให้ผู้รับการนิเทศสามารถ

(1) ประเมินการขาดสารอาหารประเมินได้จาก ส่วนสูง น้ำหนักและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาหารที่ได้รับควรมีทั้ง คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน และเกลือ

(2) เลือกอาหารที่มีส่วนประกอบของโปรตีน.....

(8) ดูแลความสะอาดปากและฟัน เพื่อดูแลสุขภาพความพร้อมในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีปัญหาในการบดเคี้ยวหรือไม่ และเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากรับประทานอาหารมากขึ้น

5) การให้ความรู้ผู้ดูแล.....

2. Normative clinical supervision เป็นการเตรียมนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ โดยการสอนแนะใช้รูปแบบ GROW Model โดยผู้นิเทศกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศ

2.1 กำหนดเป้าหมาย (Goal).....

2.2 ให้มองถึงสิ่งที่เป็นจริง (Reality).....

2.3 ทางเลือก (Option).....

2.4 เตรียมลงมือปฏิบัติ (Way Forward).....

การนิเทศขณะให้การพยาบาล (Nursing Care) โดยใช้เทคนิคการนิเทศ

1. Normative clinical supervision ผู้นิเทศประเมินติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้รับการนิเทศและนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติดังนี้

1.1 การประเมินติดตามการปฏิบัติประกอบด้วย

1) การประเมินความเสี่ยง ตรวจสอบเปรียบเทียบกับคะแนนที่ประเมินไว้ก่อน.....

2) ประเมินการตรวจสอบ/ดูแลผิวหนัง.....

6) การนำนวัตกรรมมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วย.....

การประเมินติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ขณะประเมินควร มีการสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ผู้รับการนิเทศเข้าใจการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

1.2 นำมาตรฐานสู่การลงมือปฏิบัติ (Way Forward) ให้ผู้รับการนิเทศการปฏิบัติ กิจกรรมและสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในแต่ละกิจกรรม ควรกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติทุกกิจกรรม โดยปฏิบัติดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงที่ ครอบคลุมและถูกต้องนำมาวางแผนการดูแลป้องกัน ลด/กำจัดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้รับการนิเทศ ประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยประเมินสภาพผู้ป่วย และการประเมิน Braden scale ให้เปรียบเทียบของที่ประเมินมาแล้ว ประเมินทั้ง 6 ด้าน.....

5) ให้ความรู้ผู้ดูแล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถช่วยทำกิจกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับได้.....

2. Formative clinical supervision ผู้นิเทศให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครบขณะปฏิบัติ กิจกรรมและสาธิตการปฏิบัติเช่นการเปลี่ยนท่า จัดท่า การเคลื่อนย้าย

การนิเทศขณะ Post Conference สรุปผลจากการนิเทศในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสี่เหลี่ยม หลังการปฏิบัติกิจกรรมใช้เวลา 10-15 นาที ใช้เทคนิคการนิเทศดังนี้

1. Formative clinical supervision ให้ความรู้เพิ่มในส่วนที่ปฏิบัติยังไม่ครบโดยสะท้อน กลับการปฏิบัติ.....

2. Restorative clinical supervision ให้ผู้รับการนิเทศบอกความรู้สึกต่อการนิเทศ และ การสะท้อนกลับความรู้สึก.....

ผู้นิเทศชี้ให้เห็นถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยการปฏิบัติพยาบาลอย่าง ถูกต้องและต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ และบอกถึงแผนการดูแลต่อเนื่องในเวรต่อไป

ผู้รับการนิเทศบันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่พบและกิจกรรมพยาบาลที่ให้และการวางแผนใน การดูแลผู้ป่วยในเวรต่อไปผู้นิเทศบันทึกสิ่งที่ผู้รับการนิเทศเสนอแนะ สิ่งที่ต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการนิเทศเพื่อนำไปวางแผนในการนิเทศครั้งต่อไป

สรุป

คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้นำแนวคิดการนิเทศของ Proctor (1986) ซึ่งกำหนดบทบาทของผู้นิเทศ 3 ด้าน คือ 1) การให้ความรู้และทักษะ (Formative Clinical Supervision) 2) การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative Clinical Supervision) 3) การสนับสนุนให้และกำลังใจ ลดความเครียดในการปฏิบัติงาน (Restorative Clinical Supervision) ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามแนวคิด ของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การดูแลผิวหนัง 3) การลดแรงกดทับและการใช้อุปกรณ์ช่วย 4) การดูแลด้านโภชนาการ 5) การให้ความรู้ผู้ดูแล นำมาเรียบเรียงจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้กิจกรรมการนิเทศทางคลินิก การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing Conference) ประกอบด้วย 1) การเตรียมก่อนการปฏิบัติกิจกรรม (Pre Conference) เป็นการเตรียมความพร้อมเรื่องความรู้และทักษะของผู้รับการนิเทศ 2) การให้การพยาบาล (Nursing Care) เป็นการช่วยผู้รับการนิเทศให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ โดยการสนับสนุนให้กำลังใจ การเพิ่มความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโดยใช้รูปแบบการสอนแนะ GROW Model 3) การประชุมปรึกษาหลังให้การพยาบาล (Post Conference) เป็นการสรุปการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ให้ผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้รับการนิเทศไม่ให้เครียดและสามารถวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องได้ ซึ่งแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จัดทำขึ้นทำให้พยาบาลหัวหน้าทีมมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศมีความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สามารถลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย และผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกที่ได้รับ

เอกสารอ้างอิง

- พุดตาน วงศ์ตรีรัตนชัย. (2556). Assessment of Pressure Ulcer and Benefit of Pressure Ulcer Treatment Following Clinical Practice Guideline. ใน พรพรหม เมืองแมน ,อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช และอภิชัย อังสพัทธ์ (บรรณาธิการ). Wound Care 2013. 209-221. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลยากร, อารีย์ พองเพชร, สิริเกตุ สวัสดิวัฒนากุล และรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. (2549). การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2552). แผลกดทับ. ในยุวดี เกตุสัมพันธ์, อัญชญา ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภินที วชิระขันธ์ และจุฬาร ประสงค์ (บรรณาธิการ). การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. 21-30. กรุงเทพมหานคร: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ.
- สุพิศ กิตติรัชดาและวารีย์ วณิชปัญญาผล.(2551).การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพ การนิเทศการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช.
- สมสมัย สุธีรศานต์. (2551). กลยุทธ์การนิเทศเพื่อผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล. สงขลา: สัมพันธ์การพิมพ์.
- สำนักการพยาบาล. (2554). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่4. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Braden, B. and Bergstrom, N. (2002). A conceptual schema for study of etiology of pressure Sores **Rehabilitation Nursing** 25 (3): 105-109.
- Proctor, B. (1986). **Supervision: A Co-Operative exercise** in accountability in Marken, M., and Payne, M. (eds). Enabling and Ensuring. Leicester National

Youth Bureau and the Council for Education and training in Youth and Community Work.

Proctor, B. (2001). **Training for the supervision alliance attitude skills and intention.** In Cutcliffe, J. R., Butterworth T., and Proctor, B. eds. Fundamental themes in clinical supervision. Newyork: Routledge, 25-46.

National Pressure Ulcer Advisory Panel: **Pressure Ulcer Prevention Point.**

(2014). [online] .Available from: <http://www.npuap.org/pr2.htm>. accessed on 03/08/2557.



ชุดที่ 5 แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีม

ผู้นิเทศ.....ผู้ประเมิน.....

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม			
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	วันที่	หมายเหตุ
1	เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง โดยใช้ Braden scale การประเมิน ตรวจสอบผิวหนัง				
2	สาธิตการใช้ Braden scale /ตรวจผิวหนัง				
3	ประเมินทักษะผู้รับการนิเทศในการประเมิน ความเสี่ยง และการตรวจดูแลผิวหนัง				
4	ชี้แนะการใช้ที่นอนลดแรงกดทับในผู้ป่วย เสี่ยง				
5				
8	ขณะนอนโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ/บอกวัตถุประสงค์การ นิเทศเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ				
9	การนิเทศขณะ Pre conference ประเมินความรู้ผู้รับการนิเทศโดยให้บอกถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ				
10	ให้ข้อมูลแก่ผู้รับการ นิเทศ.....				
11	นำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโดยให้ผู้รับ นิเทศ				
12	การนิเทศขณะให้การพยาบาล ประเมินติดตามการประเมินความเสี่ยง/การ ใช้ Braden scale -ให้ผู้รับการนิเทศ ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale- สาธิตการใช้แบบประเมิน Braden scale				

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม			
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	วันที่	หมายเหตุ
13	ประเมินติดตามการตรวจประเมินผิวหนัง				
14	ประเมินติดตามการดูแลพลิกตัว เปลี่ยนท่า อย่างน้อยทุก 2 ชม.....				
15	ประเมินติดตามการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ				
16	ประเมินติดตามการดูแลด้านโภชนาการ				
17				
18				
19				
	<u>การนิเทศขณะPost Conference</u>				
20	การให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ไม่ครบถ้วน				
21				
22				
23	สรุปการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการดูแล แผลกดทับ/ แผนการดูแลต่อเนื่อง				

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้ คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับ

CN..... อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....

วันที่ Admit.....เวลา.....วันที่รับย้ายเวลา.....

ส่วนที่ 1 การประเมินBraden Scale (คะแนนเต็ม 23 คะแนน)

คะแนน	1	2	3	4	วันที่	วันที่	วันที่
1.การรับรู้ความรู้สึก ต่อแรงกด	ไม่ตอบสนอง	มี pain stimuli	สัมผัสไม่ได้ ทุกครั้ง	ปกติ			
2.ความเปียกชื้น	ตลอดเวลา	เปลี่ยน ผ้าอ้อม 2 ครั้งต่อเวอร์	เปลี่ยนผ้าเพิ่ม 1 ครั้งต่อวัน	ไม่ เปียก			
3.ความสามารถทำ กิจกรรม	อยู่บนเตียง ตลอด	ทรงตัวไม่ได้/ ใช้รถเข็น	เดินได้ระยะ สั้นต้องพยุง	ปกติ			
4. ความสามารถในการ เคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่า เองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเอง ได้น้อย	เปลี่ยนท่าเอง ได้บ่อย	ปกติ			
5.แบบแผนการ ได้รับอาหาร	NPO-กินได้ 1/3 ถาด	Feed ได้บ้าง -½ ถาด	Feed ได้ หมด>½ ถาด	ปกติ			
6.การเสียดสีและ แรงไถล	ช่วยเหลือ การยก/ เคลื่อนย้าย มาก/ กล้ามเนื้อหด เกร็ง	เสียดสี เล็กน้อยขณะ เคลื่อนย้าย	ไม่มีปัญหา	-			
รวมคะแนน							

เสี่ยงน้อย Braden 15-18

เสี่ยงปานกลาง Braden 13-14

เสี่ยงมาก Braden 10-12

เสี่ยงมากที่สุด Braden 6-9

ส่วนที่ 2 การประเมินผิวหนัง ครั้งแรก วันที่.....เวลา.....

ปกติ ผิดปกติ ระบุตำแหน่ง/ความผิดปกติที่

พบ/.....

ส่วนที่ 3 การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ

การใช้ที่นอนลม/โฟม ลดแรงกดทับวันที่.....เวลา.....

อุปกรณ์อื่นระบุ.....วันที่.....

ส่วนที่ 4 สรุปการเกิดแผลกดทับ เกิด ไม่เกิด

ว/ด/ป	ระดับ	ตำแหน่ง/ลักษณะแผล/ขนาด	ชื่อผู้บันทึก	หมายเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

ไข้>38 องศา มีภาวะ BPd<60 ความเป็ยกขึ้น

ทุพโภชนาการ อื่นๆ.....

วันที่จำหน่าย/ย้ายผู้ป่วย /ถึงแก่กรรม.....รวมวันนอน.....

ส่วนที่ 2 ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกของ หัวหน้าทีม/หัวหน้าเวร เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 20-25 ปี 26-30 ปี
 31-35 ปี 36-40 ปี
 40-45 ปี 46 ปีขึ้นไป
3. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาล
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 อื่นๆระบุ.....
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลในหน่วยงาน
 1-3 ปี 4-7 ปี
 8-10 ปี 10 ปี ขึ้นไป
5. ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร
 ไม่เคยเป็นหัวหน้าเวร
 1-3 ปี 4-7 ปี
 8-10 ปี 10 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจใน การนิเทศทางคลินิกของ **หัวหน้าทีม/หัวหน้าเวร** เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือท้ายรายการแต่ละข้อ โปรดระบุเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อรายการ โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

พอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศ ที่ระบุในข้อรายการนั้นในระดับน้อยที่สุด (ร้อยละ0-19 คะแนน)

พอใจน้อย หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศ ที่ระบุในข้อรายการนั้นในระดับน้อย (ร้อยละ20-39 คะแนน)

พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศ ที่ระบุในข้อรายการนั้นในระดับปานกลาง (ร้อยละ40-59 คะแนน)

พอใจมาก หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศ ที่ระบุในข้อรายการนั้นในระดับมาก (ร้อยละ60-79 คะแนน)

พอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศ ที่ระบุในข้อรายการนั้นในระดับมากที่สุด (ร้อยละ80-100 คะแนน)

กิจกรรมการนิเทศ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านการให้สามรู้และทักษะ					
1. การให้ข้อมูล/ข้อความรู้ขณะปฏิบัติการนิเทศทำให้ท่านเข้าใจในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับมากขึ้น					
2. ผู้นิเทศสอน การปฏิบัติ ทำให้ท่านมองเห็นการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น					
3.ท่านพึงพอใจต่อการที่ผู้นิเทศนำประสบการณ์.....					
4.....					
5.....					

กิจกรรมการนิเทศ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน					
6. ผู้นิเทศติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์					
7. ท่านพึงพอใจผู้นิเทศต่อการประเมินติดตาม					
8. ผู้นิเทศส่งเสริม.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12. ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างอิสระ					
ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ					
13. ผู้นิเทศให้เวลาในเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติการพยาบาล					
14. ท่านพึงพอใจต่อบรรยากาศ สภาพแวดล้อม.....					
15.....					
16.....					
17. การสะท้อนความรู้สึกในการปฏิบัติงานทำให้ท่านผ่อนคลายความกังวลใจ					
ด้านคุณภาพโดยรวม					
18. การนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ดี มีการแบ่งปันประสบการณ์การปฏิบัติงาน					
19. การนิเทศทางคลินิกเป็นการสร้างแรงจูงใจ.....					
20.....					
21.....					
22.....					
23. การนิเทศทางคลินิกช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้					

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 แสดงผลการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
โรงพยาบาลเสนา จำแนกตามรายกิจกรรม (n=26)

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง โดยใช้ Braden scale การประเมินตรวจสอบผิวหนัง ลักษณะ แผลกดทับ	26 100%		
2	สาธิตการใช้ Braden scale /ตรวจผิวหนัง	26 100%		
3	ประเมินทักษะผู้รับการนิเทศในการประเมินความเสี่ยง และการตรวจดูแลผิวหนัง	26 100%		
4	ชี้แนะการใช้ที่นอนลดแรงกดทับในผู้ป่วยเสี่ยง Braden scale ≤ 12 คະแนน, มีแผลกดทับมาก่อน	26 100%		
5	สรุปการประเมินความเสี่ยงแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง	26 100%		
6	ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้สึกขณะที่ได้รับการ นิเทศ/สิ่งที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจ	21 80.77%	5 19.23%	ปฏิบัติซ้ำ
7	สรุปการปฏิบัติกิจกรรม/วางแผนการดูแลในเวรต่อไป	26 100%		
8	ขณะนอนโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ/บอกวัตถุประสงค์การนิเทศเพื่อการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	26 100%		
9	<u>การนิเทศขณะ Pre conference</u> ประเมินความรู้ผู้รับการนิเทศโดยให้บอกถึงความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ	25 96.15%	1 3.85%	
10	ให้ข้อมูลแก่ผู้รับการนิเทศ - สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดแผลกดทับ - ลักษณะแผลกดทับ	26 100%		

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
11	<ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการเกิดแผลกดทับนำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโดยให้ผู้รับนิเทศ - ร่วมกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม - บอกถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ผู้ป่วยได้รับขณะนี้ - กำหนดทางเลือกปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับ - สรุปกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จะปฏิบัติ 	26 100%		
12	<p><u>การนิเทศขณะให้การพยาบาล</u></p> <p>ประเมินติดตามการประเมินความเสี่ยง/การใช้ Braden scale</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศ ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale - สาคิตการใช้แบบประเมิน Braden scale 	26 100%		
13	<p>ประเมินติดตามการตรวจประเมินผิวหนัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศ ตรวจประเมินผิวหนังผู้ป่วยเสี่ยง - สาคิตการตรวจผิวหนัง ซึ่ให้เห็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 	26 100%		
14	<p>ประเมินติดตามการดูแลพลิกตัว เปลี่ยนท่า อย่างน้อยทุก 2 ชม.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศจัดทำพลิกตัว ตามเวลากำหนด - สาคิตการจัดทำนอน ศีรษะสูง ไม่เกิน 30 องศา 	26 100%		
15	<p>ประเมินติดตามการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นิเทศแนะนำการตรวจประสิทธิภาพอุปกรณ์ 	26 100%		

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
16	ประเมินติดตามการดูแลด้านโภชนาการ - ให้ผู้รับการนิเทศประเมินสภาพผู้ป่วย/ BMI ค่า serum albumin คำนวณสารอาหาร - สาคิตการประเมินค่า BMI คำนวณ แคลลอรี่	22 84.62%	4 15.38%	ปฏิบัติซ้ำ
17	ประเมินติดตามการให้ความรู้ผู้ดูแล สอบถามผู้ดูแล - ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้ที่ควรให้/ให้ความรู้ผู้ดูแล - สอนแนะให้ความรู้ผู้ดูแลพร้อมกับให้ร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วย	21 100%		ผู้ดูแลมี 21ราย
18	ประเมินการนำนวัตกรรมมาใช้ที่เกี่ยวข้อง - ปิดป้ายแบ่งกลุ่มเสี่ยง - นาฬิกา ตารางบอกเวลาการพลิกตัว - ที่วัดระดับองศาเตียง - อุปกรณ์อื่น.....	26 100%		
19	การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมด้านบวก การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมด้านลบ	21 80.77%	5 19.23%	ปฏิบัติซ้ำ
20	การนิเทศขณะPost Conference การให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ไม่ครบถ้วน	24 92.31%	2 7.69%	
21	สะท้อนกลับความรู้สึกของผู้รับการนิเทศ เปิดโอกาสให้บอกถึงความรู้สึกขณะทำกิจกรรม สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุน	21 80.77%	5 19.23%	ปฏิบัติซ้ำ
22	ให้คำชื่นชม/ให้กำลังใจ	24 92.31%	2 7.69%	
23	สรุปการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการดูแลแผลกดทับ/ แผนการดูแลต่อเนื่อง	26 100%		

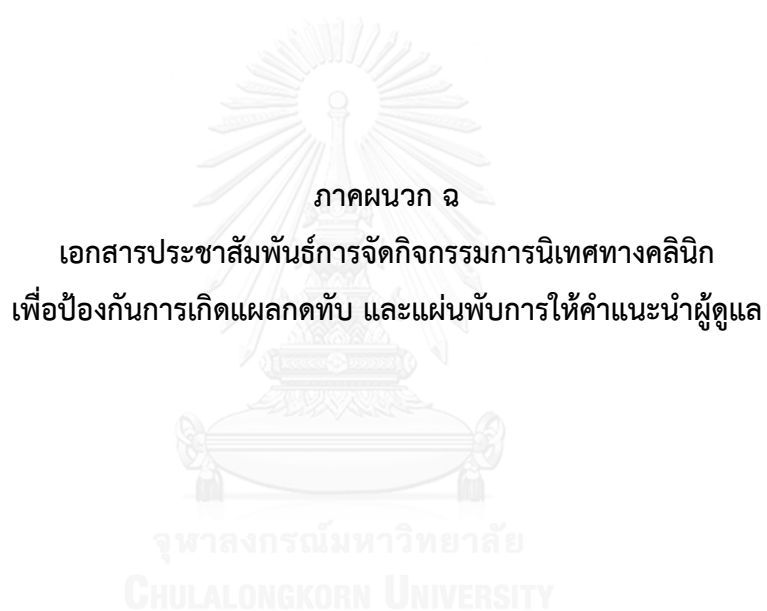
หมายเหตุ การปฏิบัติการนิเทศ 26 ครั้ง จากผู้รับการนิเทศ13 คน ได้รับการนิเทศคนละ 2 ครั้ง

ตารางที่ 11 แสดงผลการประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
โรงพยาบาลเสนา จำแนกตามรายกิจกรรม (n=13)

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าหน่วยงาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง โดยใช้ Braden scale การประเมินตรวจสอบผิวหนัง ลักษณะแผลกดทับ	13 100%		
2	สาธิตการใช้ Braden scale /ตรวจผิวหนัง	15 100%		
3	ประเมินทักษะผู้รับการนิเทศในการประเมินความเสี่ยง และการตรวจดูแลผิวหนัง	13 100%		
4	ชี้แนะการใช้ที่นอนลดแรงกดทับในผู้ป่วยเสี่ยง Braden scale \leq 12 คะแนน, มีแผลกดทับมาก่อน	13 100%		
5	สรุปการประเมินความเสี่ยงแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง	13 100%		
6	ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้สึกขณะที่ได้รับการ นิเทศ/สิ่งที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจ	10 76.92%	3 23.07%	ปฏิบัติซ้ำ
7	สรุปการปฏิบัติกิจกรรม/วางแผนการดูแลในเวรต่อไป	13 100%		
8	ขณะนอนโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ/บอกวัตถุประสงค์การนิเทศเพื่อการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	13 100%		
9	การนิเทศขณะ Pre conference ประเมินความรู้ผู้รับการนิเทศโดยให้บอกถึงความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ	13 100%		
10	ให้ข้อมูลแก่ผู้รับการนิเทศ - สาเหตุ/ปัจจัยการเกิดแผลกดทับ - ลักษณะแผลกดทับ - การป้องกันการเกิดแผลกดทับ	13 100%		

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
11	<p>นำสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานโดยให้ผู้รับนิเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม - บอกถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ผู้ป่วยได้รับขณะนี้ - กำหนดทางเลือกปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ - สรุปกิจกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่จะปฏิบัติ 	13 100%		
12	<p>การนิเทศขณะให้การพยาบาล</p> <p>ประเมินติดตามการประเมินความเสี่ยง/การใช้ Braden scale</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศ ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Braden scale - สานิตการใช้แบบประเมิน Braden scale 	13 100%		
13	<p>ประเมินติดตามการตรวจประเมินผิวหนัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศ ตรวจประเมินผิวหนังผู้ป่วยเสี่ยง - สานิตการตรวจผิวหนัง ชี้ให้เห็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 	13 100%		
14	<p>ประเมินติดตามการดูแลพลิกตัว เปลี่ยนท่า อย่างน้อยทุก 2 ชม.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศจัดทำพลิกตัว ตามเวลากำหนด - สานิตการจัดทำนอน ศีรษะสูง ไม่เกิน 30 องศา 	13 100%		
15	<p>ประเมินติดตามการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นิเทศแนะนำการตรวจประสิทธิภาพอุปกรณ์ 	13 100%		
16	<p>ประเมินติดตามการดูแลด้านโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้รับการนิเทศประเมินสภาพผู้ป่วย/ BMI ค่า serum albumin คำนวณสารอาหาร - สานิตการประเมินค่า BMI คำนวณ แคลลอรี่ 	10 76.92%	3 23.08%	ปฏิบัติซ้ำ

ข้อที่	กิจกรรมการนิเทศ	การปฏิบัติกิจกรรมของหัวหน้าทีม		
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
17	ประเมินติดตามการให้ความรู้ผู้ดูแล สอบถามผู้ดูแล - ให้ผู้รับการนิเทศบอกถึงความรู้ที่ควรให้/ให้ความรู้ผู้ดูแล - สอนแนะให้ความรู้ผู้ดูแลพร้อมกับให้ร่วมทำกิจกรรมกับผู้ป่วย	11 100%		ผู้ดูแลมี 11ราย
18	ประเมินการนำนวัตกรรมมาใช้ที่เกี่ยวข้อง - ปิดป้ายแบ่งกลุ่มเสียง - นาฬิกา ตารางบอกเวลาการพลิกตัว - ที่วัดระดับองศาเตียง - อุปกรณ์อื่น.....	13 100%		
19	การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมด้านบวก การสะท้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมด้านลบ	10 76.92%	3 23.08%	ปฏิบัติซ้ำ
20	การนิเทศขณะ Post Conference การให้ความรู้เพิ่มเติมส่วนที่ไม่ครบถ้วน	13 100%		
21	สะท้อนกลับความรู้สึกของผู้รับการนิเทศ เปิดโอกาสให้บอกถึงความรู้สึกขณะทำกิจกรรม สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุน	10 76.92%	3 20.08%	ปฏิบัติซ้ำ
22	ให้คำชื่นชม/ให้กำลังใจ	13 100%		
23	สรุปการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการดูแลแผลกดทับ/ แผนการดูแลต่อเนื่อง	13 100%		



เอกสารประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกฯ

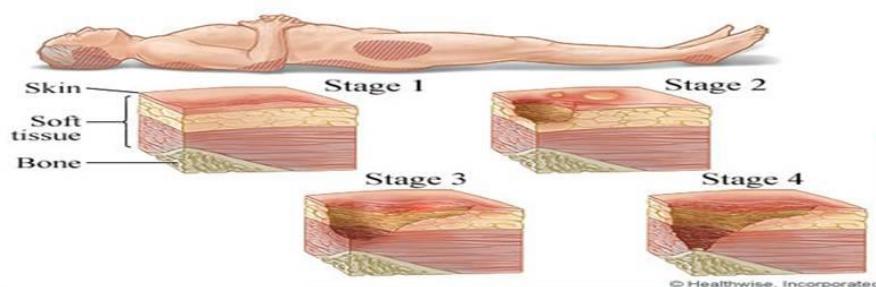
กิจกรรมการนิเทศทางคลินิก

การป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ตึกอายุรกรรมชาย

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2559

โดย

พยาบาลหัวหน้าทีมตึกอายุรกรรมชาย



การนิเทศทางคลินิก “การป้องกันการเกิดแผลกดทับ”

หัวหน้าทีม : ผู้นิเทศ

- ให้ความรู้/เพิ่มทักษะ
- สอน/สาธิต การปฏิบัติกิจกรรม
- นำสู่การปฏิบัติ GROW Model
- ชื่นชม ให้กำลังใจ


พยาบาลผู้รับการนิเทศ

- บอกถึงสิ่งที่รู้/ปฏิบัติ
- รับฟังเพิ่มเติม
- ร่วมตั้งเป้าหมาย
- ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง
- ทบทวนกิจกรรม/บันทึกข้อมูล

แผนปฏิบัติการให้คำแนะนำผู้ดูแล

- จัดทำอาหารกลางวันไม่เกิน 30 องศา ยกเว้นกรณีให้อาหารทางสายยาง แต่หลังให้อาหาร 30 นาที-1 ชั่วโมงให้จัดทำอาหารกลางวันไม่เกิน 30 องศา
- 2. การดูแลผิวหนัง**
- การดูแลป้องกันความเปียกชื้น ตรวจสอบความเปียกชื้นจากปัสสาวะ/อุจจาระ เมื่อพบว่าเปียกชื้นในเปลี่ยนผ้าทันที เช่นผู้ป่วยที่ใช้ผ้าอ้อมหมั้น ตรวจสอบอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ทำพร้อมกับการเปลี่ยนผ้า
- การตรวจดูแลผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ไม่กดนิ้วดูผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก ขาบน้ำเช็ดตัวให้ตัวแห้ง เมื่อพบรอยแดง ไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับบริเวณนั้นๆ
- การทาลูกลิน หรือ Zinc paste ให้หน้าบริเวณผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้ม ก้น ทั้ง 2 ข้าง ป้องกันความเปียกชื้น
- ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้งและเรียบตึง เพื่อลดความเปียกชื้นและแรงเสียดทาน

- 3. การเคลื่อนย้าย**
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้การยก ไม่ควรลาก ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามลำพัง ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
 - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่ควรอยู่ในท่านั่งเกิน 1 ชั่วโมง
- 4. การลดแรงกดทับ**
 - หาอุปกรณ์รองรับบริเวณปุ่มกระดูก ที่นอนนุ่มๆ หมอนรอง แผ่นเจลรองเฉพาะจุด ห้ามใช้หมอนรองเด็ดขาด
- 5. การได้รับสารอาหาร**
 - ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพิ่มอาหาร โปรตีน เนื้อสัตว์ นม
 - กรณีให้อาหารสายยางดูแลให้ได้รับครบถ้วน
 - ดูแลความสะอาดปากและฟัน




การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับสำหรับประชาชนผู้ดูแล

แผลกดทับเกิดได้ง่าย ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย คนที่ไม่รู้จักตัว มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ด้วยความปรารถนาดีจาก
เจ้าหน้าที่กักตยกรรรมชาย โรงพยาบาลพะเยา

สิ่งที่ควรรู้

แผลกดทับ คือ แผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณนั้นนานๆ ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนนั้นไม่ได้ เกิดการเน่าตายของผิวหนังบริเวณนั้นๆ ส่วนมากจะเกิดบริเวณปุ่มกระดูก เช่น บริเวณกระดูกก้นกบ สะบัก สะโพก ข้อศอก และสันเท้า เป็นต้น



แก้แล้วทรมาน ลูกหลานอาจตาย

แต่สามารถป้องกันได้ค่ะ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

- 1. ปัจจัยภายใน**
 - ❖ สภาพอายุที่มากขึ้น ผิวหนังเปราะบาง
 - ❖ ผู้ป่วยบกพร่องการเคลื่อนย้าย เช่น ผู้ป่วยอัมพาต
 - ❖ ผู้ป่วยชรา เนื้อเยื่อไขมันมากเลือดไปเลี้ยงไม่ดี
 - ❖ ผู้ป่วยที่ผอมเกิดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกได้มากขึ้น
 - ❖ การสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีน
 - ❖ ภาวะโรคเดิม เช่น เมทาบอลิซึม ไตวาย มะเร็ง
- 2. ปัจจัยภายนอก**
 - ❖ แรงกด ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกในผู้ป่วยที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การนอนท่านั้นนานกว่า 2 ชั่วโมง
 - ❖ ความเปียกชื้น ในผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นๆ อับชื้น ผิวหนังเปื่อยยุ่ย เกิดแผลได้ง่าย

- ❖ แรงเสียดหรือแรงตึงไกล ในผู้ป่วยที่นอนศีรษะสูงเกิดลิ้นโกลนแดงหรือการลากผู้ป่วย เมื่อเคลื่อนย้าย ทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสี เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ข้ำ เกิดเป็นแผลกดทับได้
- ❖ สภาวะอากาศ ร้อนอบอ้าว ผู้ป่วยที่มีไข้

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- 1. การจัดทำท่านอน**
 - การเปลี่ยนท่านอน ควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การเปลี่ยนท่า การพลิกตะแคงตัวกลับ ขยับ ขวานอนหงายนอนคว่ำ (ถ้าทำได้)
 - การจัดท่านอน ตะแคงตัว กึ่งหงาย ให้สะโพกทำมุม 30 องศา ใช้หมอนยาวรับตลอดแนวลำตัว ใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก
 - การนอนหงาย ควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า รองได้น่องและขาเพื่อไม่ให้เท้าทับกันที่นอน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนงลักษณ์ กำภักศร เกิดวันที่ 7 ธันวาคม 2507 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลลำปาง จังหวัด ลำปาง เมื่อปีการศึกษา 2530 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

