



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

ส่วนที่ 1

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☐ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☒ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่ 1 /ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

ชื่อกลุ่ม	Team Best Practice by SDICU51					
รายชื่อ	รหัสบุคคล	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	ฝ่าย/ภาควิชา	โทรศัพท์ภายใน	โทรศัพท์มือถือ
1. หัวหน้ากลุ่ม	013599	นายศิวพันธ์ ยูทธแสน	SDICU51	SDMC	3600	091-738-8070
2. สมาชิกกลุ่ม	007892	ดร. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล	SDICU51	SDMC	3600	086-995-3367
	011326	นางสาวกนกวรรณ ภูติรักษาสกุล	SDICU51	SDMC	3600	087-410-3175
	011333	นางสาวชลธิรารัตน์ ชันอาสา	SDICU51	SDMC	3600	086-313-1017
	013292	นางสาวสุนิสา เรียมเพชร	SDICU51	SDMC	3600	095-798-3606
	012607	นางสาวลลิตา เสมเจริญ	SDICU51	SDMC	3600	083-008-6896
3. ผู้ประสานงานกลุ่ม	013599	นายศิวพันธ์ ยูทธแสน	SDICU51	SDMC	3600	091-738-8070
Email address		Siwaphan.yut@gmail.com				
4. Facilitator ของทีม	007892	ดร. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล	SDICU51	SDMC	3600	086-995-3367
5. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล IT ฯลฯ)	012396	นพ. สมเจริญ เทียนชัยโรจน์	งาน การแพทย์ฯ	SDMC	3600	089-799-5758
6. ชื่อตัวแทนรับเงินรางวัล (เพียง 1 ท่าน)*	007892	ดร. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล	SDICU51	SDMC	3600	086-995-3367

- *หมายเหตุ :
1. กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 6
 2. ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Infection Control ☐ Medication Safety ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	☒ Patient Care Process ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Emergency Response
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☒ ความปลอดภัย [Safety] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*] ☐ ระยะเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

ชื่อโครงการ การปรับปรุงคุณภาพโดยใช้ชุดการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน

(Quality improvement by bundle of nursing care for unplanned extubation)

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ) (10)

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่เพื่อป้องกันระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (hemodynamic unstable) รวมถึงภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เพื่อคงไว้ให้ระบบสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้¹ อย่างไรก็ตาม การใส่ท่อช่วยหายใจนั้นอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้ เช่น มีความไม่สบาย มีภาวะหายใจลำบาก การสื่อสารมีข้อจำกัด และไม่สนองความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะสับสนและกระสับกระส่ายได้ นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์คือ การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (unplanned extubation: UE)^{2,3}

การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) มีปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้นได้หลายประการ เช่น ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (self extubation) เนื่องจากมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สับสน กระวนกระวาย เป็นต้น ร่วมกับการใช้ยาระงับความรู้สึกที่ไม่เพียงพอ และการจัดการกับความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล^{2,4} รวมถึงการเลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุในขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย (accidental extubation) เช่น การดูดเสมหะ การพลิกตัว เป็นต้น และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น วิธีการในการผูกยึดท่อช่วยหายใจ และการผูกมัดผู้ป่วย เป็นต้น^{3,4} ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะล้มเหลวของระบบหายใจ หายใจหยุดและหัวใจหยุดเต้นได้ รวมถึงเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น และมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่มขึ้น^{4,5,6}

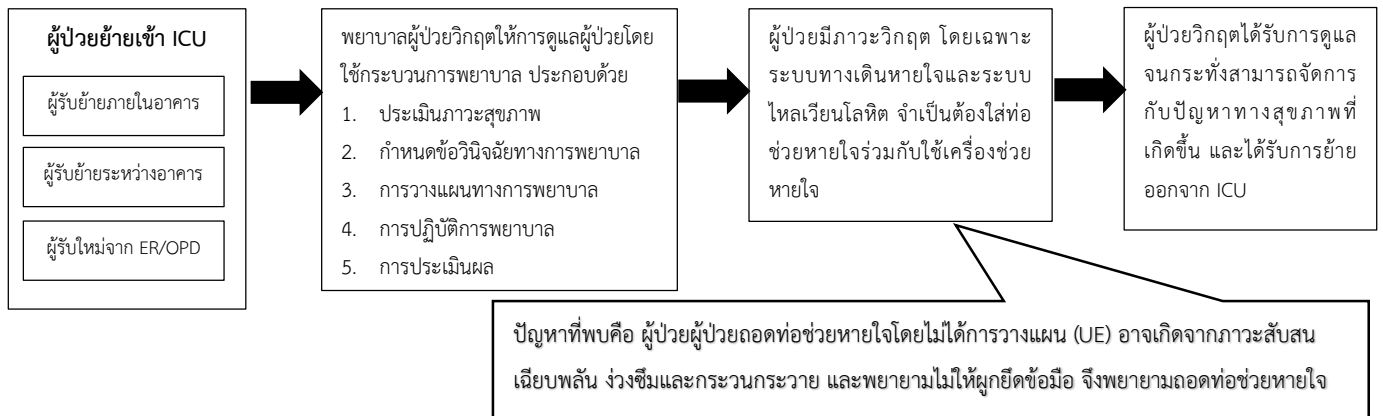
สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต 51 (SDICU51) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ มีอุบัติการณ์การเกิดการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2561 พบว่ามีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจาก 2.13 เพิ่มขึ้นเป็น 3.29 ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (1,000 ventilator day) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 2 ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (CAM-ICU) แบบประเมินภาวะง่วงซึมและกระวนกระวาย (RASS) จนสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็น 0 ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (1,000 ventilator day) อย่างไรก็ตาม ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจาก 0.78 เพิ่มขึ้นเป็น 3.69 ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อทำการวิเคราะห์สาเหตุแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะไม่ให้ผูกมัดข้อมือแม้ว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลได้มีการอธิบายว่า ผูกมัดเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน แต่ผู้ป่วยยังไม่ให้ความร่วมมือจนกระทั่งสามารถถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผนได้

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับชุดการดูแล (bundle of care) เพื่อป้องกันผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) ประกอบด้วย การประเมินและติดตามผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ การบันทึกตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง การประเมินระดับความรู้สึก และการประเมินการผูกมัดผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานในการป้องกัน UE โดยพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต นั่นคือ แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Confusion Assessment Method of the ICU: CAM-ICU) แบบประเมินภาวะง่วงซึม กระวนกระวายของ Richmond (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS)^{7,8,9} มีบางงานวิจัยได้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย (Motor Activity Assessment Scale: MAAS) ของ Devlin^{10,11} เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและความเที่ยงสูง ซึ่งผลของการใช้แบบประเมินในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและอายุรกรรมต่างได้รับยืนยันว่าสามารถลดอัตราการดึงท่อช่วยหายใจโดยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีแนวปฏิบัติ⁷⁻¹¹ ดังนั้น หอผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมและอายุรกรรมในต่างประเทศมีการใช้แนวปฏิบัติป้องกัน UE ที่ประกอบด้วย CAM-ICU, RASS, และ MAAS ร่วมกันสามารถลดอัตรา UE ได้ดีกว่าใช้ CAM-ICU และ RASS เท่านั้น

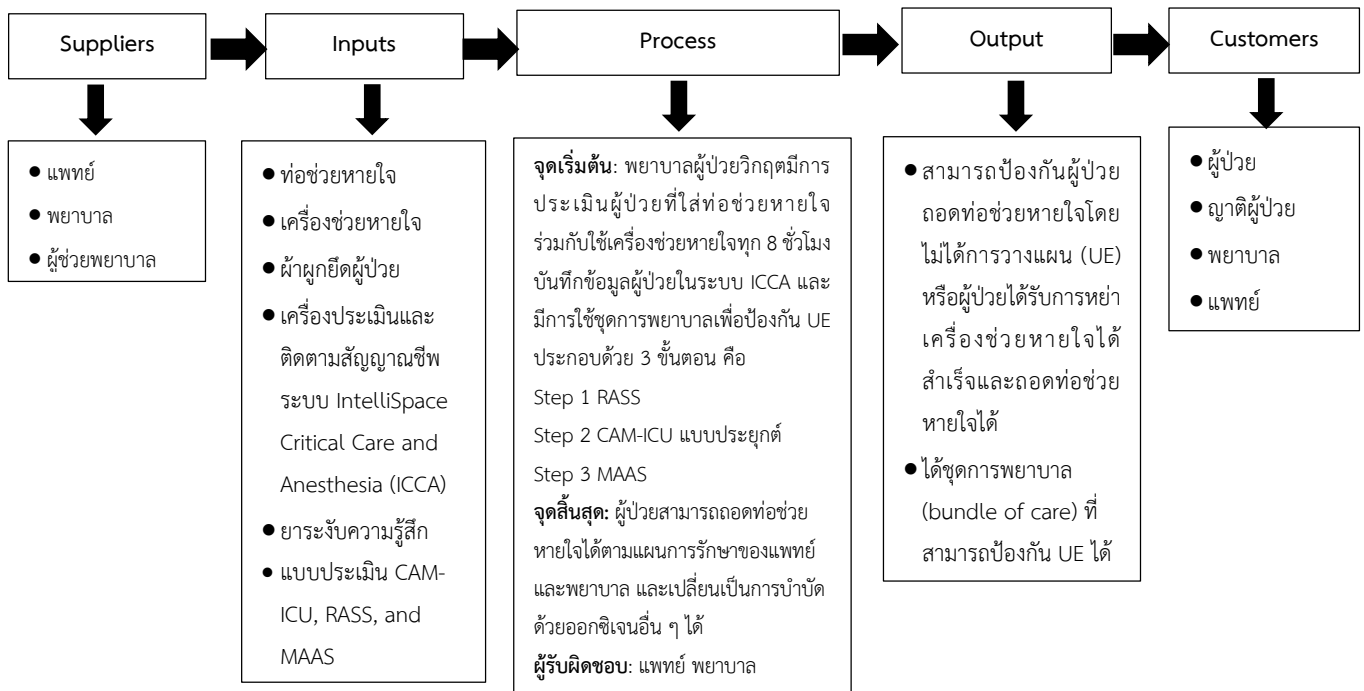
จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้จัดทำโครงการจึงวิเคราะห์สาเหตุและร่วมกันจัดทำชุดการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ประกอบด้วย CAM-ICU, RASS, and MAAS ในหอผู้ป่วยวิกฤต 51 (SDICU51) โดยใช้แนวคิดศาสตร์การแปลงงานวิจัยสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย (translational science)¹² ช่วยทำให้พยาบาลใช้ความรู้ความสามารถในการแปลความรู้ที่อยู่ในรูปงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสู่การปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีคุณภาพ

2. กรอบแนวคิดและการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root cause analysis) (10)

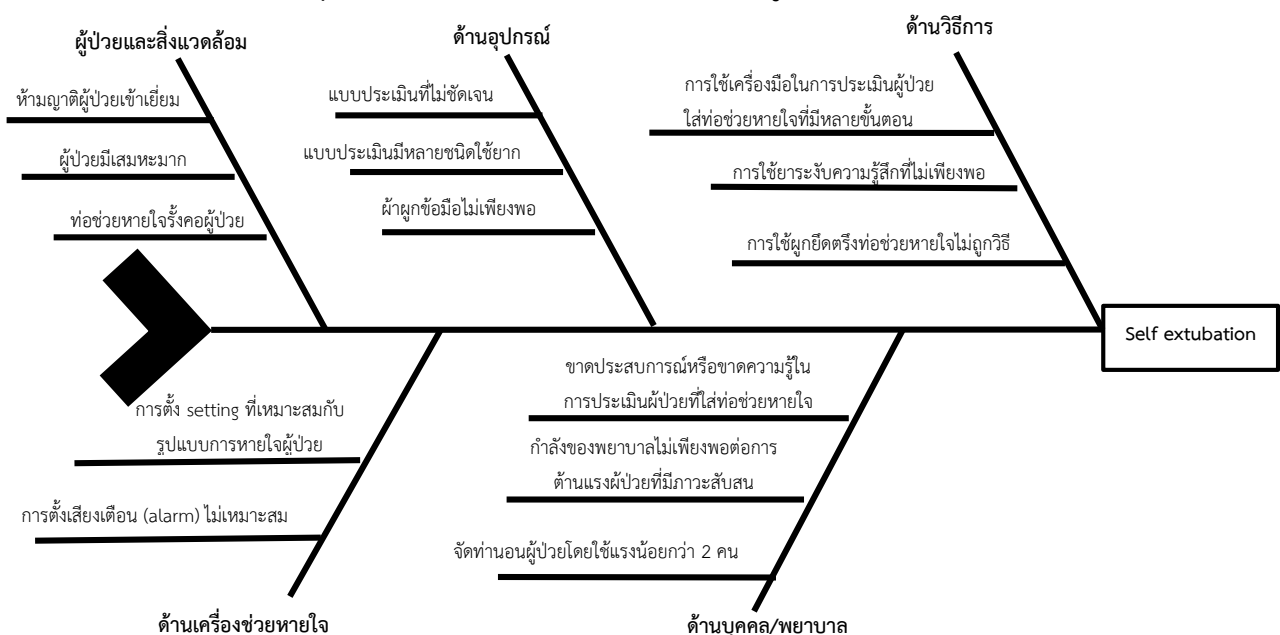
2.1 กระแสงาน (Workflow) ซึ่งเป็นภาพรวมของกระบวนการทำงาน (Work Process)



2.2 สายธารแห่งคุณค่า (Value chain) ของกระบวนการทำงาน (Work Process) ตามแนวทาง SIPOC



2.3 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) (แผนภูมิแก๊งปลา)



3. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10)

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)
1. เพื่อลดอัตราการรอดต่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) ในผู้ป่วยวิกฤตที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 51	● อัตราการรอดต่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) < 2 ต่อ 1,000 ventilator day
2. เพื่อเพิ่มความสำเร็จของการบันทึกใช้ชุดการพยาบาล ประกอบด้วย RASS, CAM-ICU, MAAS ในการวางแผนการพยาบาลได้	● ความสำเร็จของการบันทึกใช้ชุดการพยาบาล $\geq 90\%$

4. กระบวนการปรับปรุง/วิธีการแก้ไขปรับปรุง (15)

รอบการปรับปรุง	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนา
1 ม.ค. 2564 – 31 ส.ค. 2564 (PDCA cycle 1)	- อัตรา UE สูง (3.69/1,000 ventilator day) - มีการปรับแบบบันทึกกระดาษไปอยู่ในการบันทึกทางการพยาบาล ผ่านคอมพิวเตอร์ในระบบ ICCA	- มีการบันทึก RASS, CAM-ICU ในกระบวนการพยาบาล - ผู้ป่วยที่มีระดับ RASS, CAM-ICU ที่อยู่ในระดับปกติ แต่ยังคงดึงท่อช่วยหายใจ ทำให้อัตรา UE สูงขึ้นกว่าเดิม	ข้อดี: ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากพยาบาลทุกคน ปัญหาที่พบ: พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยยังไม่สามารถใช้เครื่องมือ/แบบประเมินได้ถูกต้อง และผู้ป่วยเริ่มต้นการผูกข้อมือ
1 ก.ย. 2564 – 30 พ.ย. 2564 (PDCA cycle 2)	- มีความคลาดเคลื่อนในการประเมิน RASS, CAM-ICU โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย - ผู้ป่วยเริ่มต้นการผูกข้อมือ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดี - พยาบาลค้นหาเครื่องมือประเมินใหม่ โดยใช้ MAAS	- มีการเพิ่มการประเมินและบันทึก RASS, CAM-ICU, MAAS ในกระบวนการพยาบาล (ดังเอกสารแนบ 1) - อัตรา UE ลดลงเท่ากับ 5.59/1,000 ventilator day	ข้อดี: มีเครื่องมือประเมินการผูกข้อมือใหม่ ที่มีความจำเพาะในการนำไปใช้กับผู้ป่วย และควรใช้ร่วมกับ RASS, CAM-ICU ปัญหาที่พบ: มีขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยมากขึ้น มีความยุ่งยากในการประเมิน โดยเฉพาะการใช้ CAM-ICU ซึ่งไม่ค่อยเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตคนไทย
1 ธ.ค. 2564 – 31 มี.ค. 2565 (PDCA cycle 3)	ขั้นตอนการประเมินมีความยุ่งยาก โดยเฉพาะการใช้ CAM-ICU ซึ่งไม่ค่อยเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตคนไทยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	- มีการปรับ CAM-ICU ที่เหมาะสมกับการทำงานของพยาบาลและใช้ประเมินผู้ป่วยได้ฝ่าย - อัตรา UE เท่ากับ 0/1,000 ventilator day ติดต่อกัน 5 เดือน	ข้อดี: มีชุดการพยาบาลที่สามารถใช้ประเมินและป้องกันการดึงท่อในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

5. แผนการดำเนินงาน (ขั้นตอนการดำเนินการ) (10) กรณาระบุช่วงเวลาชัดเจน (Gantt's Chart)

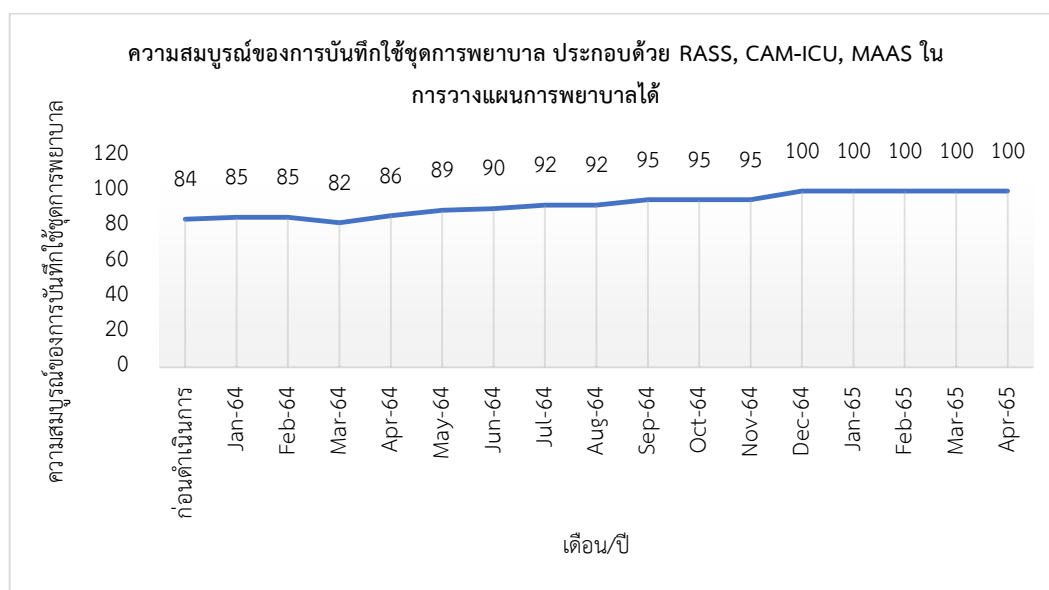
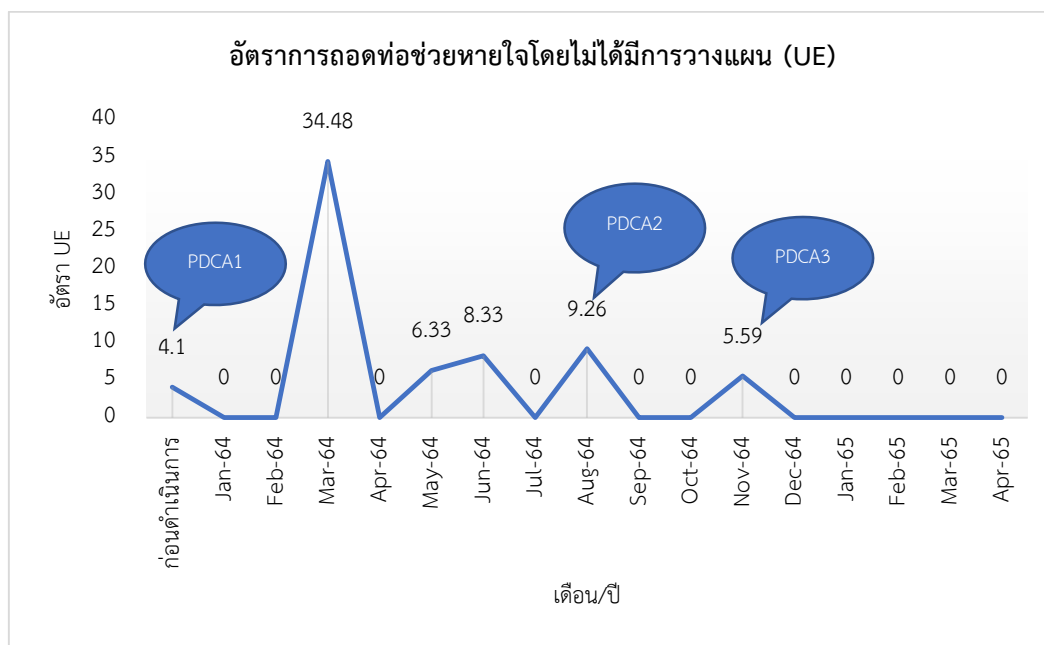
กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)				ผู้รับผิดชอบ
	1 พ.ย. 63 – 31 ธ.ค. 63	1 ม.ค. 64 – 31 ส.ค. 64	1 ก.ย. 64 – 30 พ.ย. 64	1 ธ.ค. 64 – 31 มี.ค. 65	
1. ระบุปัญหา รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์แนวทาง/วิธีการแก้ไขใหม่ ๆ	Plan		Plan	Plan	นายคิวพันธ์ ยุทธแสน ดร. ทิพย์รัตน์ ชินตาปัญญากุล
2. ศึกษาเครื่องมือประเมิน MAAS เพื่อนำมาใช้ในชุดการพยาบาลที่ครอบคลุมผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และสามารถป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจได้	Plan				นางสาวกนกวรรณ ภูติรักษาสกุล นางสาวชลธิชารัตน์ ชื่นอาสา นางสาวสุนิสา เรียมเพชร
3. นำชุดการพยาบาล ประกอบด้วย CAM-ICU, RASS, and MAAS สู่งานปฏิบัติ		Do 1	Do 2	Do 3	นางสาวลลิตา เสมเจริญ นพ. สมเจริญ เทียนชัยโรจน์
4. ประเมินผลอัตราของ UE และความสำเร็จการบันทึก		Check 1	Check 2	Check 3	
5. สรุปผลการใช้ชุดการพยาบาล (bundle of care) ในหอผู้ป่วยวิกฤต		Check + Act	Check + Act	Check + Act	

← → วางแผนงาน

← - - - → ปฏิบัติจริง

6. ผลสำเร็จ/ผลดำเนินการโครงการ (ในรูปแบบตารางหรือกราฟ) (10)

ตัวชี้วัด	ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่		เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)																
	1	2		ก่อนดำเนินการ	หลัง															
					1/64	2/64	3/64	4/64	5/64	6/64	7/64	8/64	9/64	10/64	11/64	12/64	1/65	2/65	3/65	4/65
1. อัตราการรอดต่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE)	✓		< 2	4.10	0	0	34.48	0	6.33	8.33	0	9.26	0	0	5.59	0	0	0	0	0
2. ความสมบูรณ์ของการบันทึกใช้ชุดการพยาบาล ประกอบด้วย RASS, CAM-ICU, MAAS ในการวางแผนการพยาบาลได้		✓	≥90%	84	85	85	82	86	89	90	92	92	95	95	95	100	100	100	100	100
Quality improvement			pre	PDCA1								PDCA2				PDCA3				



7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

7.1 พยาบาลในหน่วยงานมีการใช้ชุดการพยาบาลที่อิงงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ประกอบด้วย RASS, modified CAM-ICU, and MAAS เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด UE

7.2 สามารถพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้

7.3 สามารถนำผลของโครงการนี้ไปขยายผลให้กับหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ โดยใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการประชุมคณะกรรมการงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีตัวแทนของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกันอภิปรายเพื่อนำไปใช้ร่วมกัน

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

8.1 การประเมินและติดตามผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องประเมินอาการและอาการแสดง รวมถึงสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงอยู่แล้ว แต่การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (CAM-ICU) ภาวะง่วงซึมและกระวนกระวาย (RASS) และความเสี่ยงต่อการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยโดยใช้ (MAAS) พยาบาลต้องประเมินทุก 1 ชั่วโมงเช่นเดียวกันจนมั่นใจว่าผู้ป่วยสงบสามารถประเมินผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมงได้ตามสภาพของผู้ป่วย จึงสามารถลดอัตราการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) ได้

8.2 สิ่งสำคัญในการใช้ชุดการพยาบาล ประกอบด้วย CAM-ICU, RASS และ MAAS คือพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการใช้แบบประเมินเพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามระดับคะแนนที่ได้จากการประเมิน

8.3 การแสดงผลยืนยันความถูกต้องของการใช้ชุดการพยาบาล คือ ทุกแบบประเมินในชุดการพยาบาลมีเกณฑ์คะแนนเพื่อพิจารณาระดับการให้พยาบาลไว้อย่างถูกต้อง โดยอิงงานวิจัยจากต่างประเทศที่ผ่านการศึกษามาแล้ว

8.4 หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมร่วมกันรายงานผลการประเมินชุดการพยาบาล ประกอบด้วย CAM-ICU, RASS, and MAAS ในที่ประชุมหน่วยงานเพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและอาจกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

9.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความร่วมมือของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 51 ในการระดมความคิดเห็นและร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน มีการเสนอแนะและปรับวิธีการทำงานที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไปได้ในอนาคต

9.2 ความรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ได้เรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการสืบค้นงานวิจัยใหม่ ๆ เพื่อหาวิธีการหรือเครื่องมือประเมินเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) ได้ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีการขยายผลการปรับปรุง โดยมีแนวคิดพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE) โดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปใช้กับหอผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามธิบดี

9.3 องค์ความรู้ที่สำคัญที่ใช้ในการแก้ปัญหา คือ การประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไข โดยยึดบริบทการทำงานของหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสำคัญ

9.4 สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยให้ยาระงับความรู้สึกเมื่อมีความจำเป็น และร่วมกันเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

กำลังพัฒนางานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (translational research) ของ Stevens¹² ได้เสนอโมเดลการแปลงรูปแบบความรู้สู่การปฏิบัติไว้ 5 ขั้นตอน ซึ่งเรียกว่า ACE star model แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด¹³ ดังนี้ 1) การค้นหาความรู้ (knowledge discovery) จากการวิจัยปฐมภูมิ (primary research) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) 2) การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่ออกมาเป็นความรู้ที่สอดคล้องโดยไม่มีข้อขัดแย้งกัน ซึ่งจะได้ข้อสรุปที่ค่อนข้างแน่นอน 3) การแปลสิ่งที่สังเคราะห์ลงสู่การปฏิบัติ (translation) ในรูปแบบต่างๆ นั่นก็คือแนวปฏิบัติการพยาบาล 4) การบูรณาการ (integration) คือการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจโดยทีมแพทย์และพยาบาล และ 5) การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ นั่นคือ อัตราการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้มีการวางแผน (UE)

ลงชื่อ (หัวหน้ากลุ่ม)
ลงชื่อ (หัวหน้า ภาค/ฝ่าย/งาน/หน่วย).....
สังกัด
วัน / เดือน / ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Higgs A, McGrath BA, Goddard C, et al. Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. Br J Anaesth. 2018;120(2):323-352.
2. Cosentino C, Fama M, Foà C, et al. Unplanned extubations in intensive care unit: evidences for risk factors. A literature review. Acta Biomed. 2017;88(5S):55-65.
3. Berkow L, Kanowitz A. Unplanned Extubation: A Common and Costly Complication of Airway Management. Patient Safety. 2020; 2(1): 22–30.
4. สุเพียร โภคทิพย์, พัชรวรรณ สลักคำ, ทิศากร สุทธิประภา และคณะ. ความชุก ปัจจัยเสี่ยงและการพยาบาลผู้ป่วยติดท่อช่วยหายใจออกเองและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน : การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2562;2(3): 53-67.
5. McNett M, Kerber K. Unplanned extubations in the ICU: risk factors and strategies for reducing adverse events. JCOM. 2015;22(7):303–11.
6. Chao CM, Sung MI, Cheng KC, et al. Prognostic factors and outcomes of unplanned extubation. Sci Rep. 2017;7(1):8636.
7. Brummel NE, Vasilevskis EE, Han JH, Boehm L, Pun BT, Ely EW. Implementing delirium screening in the ICU: secrets to success. Crit Care Med. 2013;41(9):2196-2208.
8. Terry KJ, Anger KE, Szumita PM. Prospective evaluation of inappropriate unable-to-assess CAM-ICU documentations of critically ill adult patients. J Intensive Care. 2015;3:52.
9. Chen TJ, Chung YW, Chang HR, et al. Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021;113:103782.
10. Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M, et al. Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. Crit Care Med. 1999;27(7):1271-1275.
11. สมพร นรขุน, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดการถอดท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559;27(1): 72-84.
12. Stevens KR. Essential Competencies for Evidence Based-Practice in Nursing. 2nd ed. San Antonio: Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE) of University of Texas Health Science Center; 2009.
13. Hanucharunkul S. Improvement Science. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(2): 5-14. (in Thai).