

**The Development of a Risk Management Model of Accidental  
Extubation by Staff Nurses' Involvement in the  
Intensive Care Unit, Samutsakhon Hospital**

**Miss Nutsara Suttithum**

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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2009

**หัวข้อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ  
โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

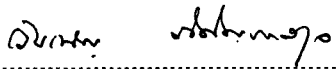
**ชื่อและนามสกุล** นางสาวนุสรรา สุทธิธรรม

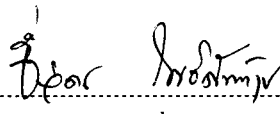
**แขนงวิชา** การบริหารการพยาบาล

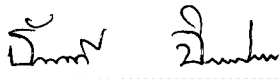
**สาขาวิชา** พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข  
2. อาจารย์ ดร. ธัญรดี จิรสินธิปก

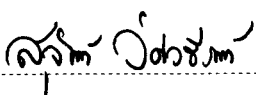
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ธัญรดี จิรสินธิปก)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์  
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา  
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ 11 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2553

**การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ  
โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร**

**นางสาวนุสรา สุทธิธรรม**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2552

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ  
 โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
**ผู้วิจัย** นางสาวนุสรุ สุธิธรรม **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)  
**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข (2) อาจารย์ ดร. ธัญรดี จิรสินธิป  
**ปีการศึกษา** 2552

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ (1) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (2) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล (3) เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 16 คน ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 37 คน และญาติของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มของพยาบาล และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

ผลการวิจัยพบว่า (1) สาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วย รองลงมาคือ ปัจจัยด้านญาติและปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล (2) การพัฒนารูปแบบจะได้รับการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติ แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และแผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (3) จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**คำสำคัญ** การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
 การมีส่วนร่วมของพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

**Thesis title:** The Development of a Risk Management Model of Accidental Extubation by Staff Nurses' Involvement in the Intensive Care Unit, Samutsakhon Hospital

**Researcher:** Miss Nutsara Suttithum; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Chuenjit Potisupsuk, Associate Professor; (2) Dr.Thanradee Jirasinthipok; **Academic year:** 2009

### **Abstract**

The purposes of this Action research were to (1) analyzed causes of Accidental Extubation (2) develop risk management model (3)compare incidence of Accidental Extubation in patients and nurses' satisfaction before and after using risk management model.

Study sample consisted of 16 staff nurses in Intensive Care Unit, Samutsakhon Hospital, and 37 patients (on endotracheal tube). The instruments used were incidence of Accidental Extubation report, and nurse'satisfaction questionnaire. The research instrument was tested for content validity by a panel of 5 experts and reliability. Cronbach's alpha coefficient for nurse'satisfaction questionnaire were 0.92 respectively. Statistics used for research data analysis were percentage, mean, standard deviation, chi-square and paired t-test. The quality data were analyzed by content analysis method.

The research findings were (1) The causes of incidence were patient, family and nurses (2) The risk management model composed of three elements: practice guidelines, incidence of Accidental Extubation report and flow chart (3)The incidence of Accidental Extubation after the implementation of risk management model were lower than before, and Mean score of nurse'satisfaction after the implementation of risk management model were higher than before, at the 0.5 level.

**Keywords:** The Development of Risk Management Model

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดียิ่งจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร. ธัญดี จิรสินธิปก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ นี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สกล ภูมิรัตนประพิณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและอนุญาตให้ใช้ห้องประชุมในการจัดอบรมครั้งนี้ ขอขอบคุณ แพทย์หญิงดวงพร เกื้อกุลเกียรติ และเภสัชกรหญิงวิษุณี พิตรากุล ที่สละเวลามาเป็นวิทยากรในการอบรม ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ห้องผู้ป่วยหนักทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอก ดร.ทิวลิป เครือมา ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการวิจัยนี้ นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่พยาบาลและผู้ให้บริการซึ่งสละเวลาในการให้ข้อมูล และเป็นที่มาของข้อมูลอันสำคัญและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งทุกท่าน

นุสรรา สุทธิธรรม

ตุลาคม 2552

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	10
การใส่ท่อช่วยหายใจและอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย .....	10
การบริหารความเสี่ยงและการบริหารแบบมีส่วนร่วม .....	24
แนวคิดการพัฒนารูปแบบ .....	35
แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ .....	38
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ .....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	55
พื้นที่ศึกษาวิจัย .....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	61
การดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	67
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	68

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	70
ตอนที่ 1 สถานภาพประชากร .....	70
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย .....	75
ส่วนที่ 1 ผลวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ .....	75
ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	85
ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์การประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	110
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	117
สรุปการวิจัย .....	117
อภิปรายผล .....	125
ข้อเสนอแนะ .....	136
บรรณานุกรม .....	138
ภาคผนวก .....	146
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	147
ข. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	149
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม .....	151
ง. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุด ของท่อช่วยหายใจและการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล .....	156
จ. คู่มือการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุด ของท่อช่วยหายใจ .....	178
ประวัติผู้วิจัย .....	199



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป .....	71
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำแนกตามข้อมูล พื้นฐานทั่วไปก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	72
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	74
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากการ ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ ห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ.2549-2550 จำแนกตามปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ .....	76
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำแนกตามอุบัติการณ์และสาเหตุ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	77
ตารางที่ 4.6 แนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อ ช่วยหายใจ แบ่งตามระยะต่าง ๆ ของการใส่ท่อช่วยหายใจ จากการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 .....	86
ตารางที่ 4.7 แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุงเพิ่มเติมจากการนำรูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงฯ ไปทดลองใช้ปฏิบัติ ครั้งที่ 1 .....	100
ตารางที่ 4.8 แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุง เพิ่มเติม จากการติดตามประเมินผลการทดลองใช้ครั้งที่ 2 .....	105
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ .....	111

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำแนกตามการเลื่อน/หลุด ของท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงฯ .....	112
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จำแนกตามการผลัดเวรของพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบ การบริหารความเสี่ยงฯ .....	113
ตารางที่ 4.12 ความพึงพอใจของพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงฯ .....	114

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 แนวคิดการดำเนินการวิจัย .....	6
ภาพที่ 2.1 การตรวจทางเดินหายใจ .....	13
ภาพที่ 2.2 บริเวณกล่องเสียงเมื่อใช้ laryngoscope .....	13
ภาพที่ 2.3 ทำ sniffing ของการใส่ท่อช่วยหายใจ .....	17
ภาพที่ 3.1 วงจรการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของ ท่อช่วยหายใจ .....	69
ภาพที่ 4.1 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของ ท่อช่วยหายใจ.....	95

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ องค์ประกอบหนึ่งตามเกณฑ์ชีวิตมาตรฐานผลลัพธ์การบริการพยาบาล (สำนักงานพยาบาล 2550) ภาระระบุว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย และจิตใจ จากอุบัติเหตุในระหว่างการเข้ารับบริการบริการสุขภาพ การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถทำได้โดยการวางระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง และมีกระบวนการที่รัดกุม ซึ่งการที่จะศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านนี้ ต้องพิจารณาและคำนึงถึงประเด็นด้านจริยธรรมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ จึงนับได้ว่าการบริหารจัดการความเสี่ยงของพยาบาล เป็นการยกระดับความสามารถในเชิงคุณภาพการดูแลทางคลินิกของพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นสถานพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่งที่มีนโยบายด้านการบริการรักษาพยาบาล คือ เน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายหลัก เน้นให้ผู้ให้บริการมีความพร้อม และมีขวัญกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งคณะกรรมการบริหารได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานเช่นกัน ดังนั้นจึงมีการปลูกจิตสำนึกที่ดีของบุคลากรในเรื่องความปลอดภัย โดยมีการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนาการบริหารจัดการด้านความเสี่ยง ซึ่งเป็นนโยบายความปลอดภัยขององค์กร และได้มีการวางระบบ การบริหารความเสี่ยงแล้วในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ก็ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยเดือนละ 300 เหตุการณ์ ซึ่งมีทั้งอุบัติการณ์ทั่วไปและอุบัติการณ์ทางคลินิก และจากผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2550 พบปัญหาที่อยู่ใน 10 อันดับต้นของจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านการวินิจฉัยรักษา ทั้งหมด ปัญหาหนึ่งคือ อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยปี พ.ศ.2549 และปี พ.ศ.2550 พบว่า การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีจำนวน 94 ครั้ง และจำนวน 108 ครั้ง ตามลำดับ (รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสมุทรสาคร 2550) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายที่มีอาการหนักจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว หายใจด้วยตนเอง

ไม่ได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยในการหายใจ และเมื่อท่อช่วยหายใจหลุด โดยไม่ได้ตั้งใจ จึงเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความพิการหรือได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ในที่สุด และเมื่อผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และจากการสุ่มสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงปี พ.ศ.2549 เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงในเบื้องต้นของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ พบว่า เกิดจาก 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านผู้ป่วยที่รับบริการ เกิดจากพยาธิสภาพของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่ถูกต้องตามกรรมวิธีรักษาทางการแพทย์ จึงทำให้ท่อช่วยหายใจหลุด และบางครั้งผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ดีพอ ทำให้มีการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง เป็นต้น 2) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะ ในการประเมินระดับความรุนแรง การบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาและป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสี่ยง การเขียนบันทึกในใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังไม่มีรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ ชัดเจน ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นทำให้ขาดความมั่นใจ ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ และ 3) ด้านรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เช่น ไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ขาดการจัดเตรียมความพร้อมของสภาพแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องมีข้อเสนอแนะว่า ถ้ามีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจะเป็นผลดีต่อบริการพยาบาล ช่วยสร้างความมั่นใจในการบริการผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และต้องการมีส่วนร่วมในการวางระบบหรือแนวทางป้องกันความเสี่ยงมากกว่าระบบการสั่งการจากผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Joint Commission on Accreditation of Health care Organization พบว่า ปัญหาอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ เกิดจากความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสาร การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลรักษาสภาพแวดล้อม และไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน (JCAHO 2004)

จากปัญหาและสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านความปลอดภัยให้ดียิ่งขึ้น ด้วยการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ความเข้าใจด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ในผู้ป่วย แล้วนำไปทดลองใช้ พร้อมทั้งศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่ออุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และแก้ไข ทดลองใช้ ปรับปรุงจนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่เหมาะสม รวมถึงศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ได้ร่วมกันสร้างพัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากห้องผู้ป่วยหนัก 1 เป็นหลัก เนื่องจากเป็นหน่วยงานจำเพาะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ในสภาวะวิกฤติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เช่นนี้ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ยังไม่เคยมีการทำวิจัยในลักษณะนี้มาก่อน ประกอบกับได้มีนักวิชาการและงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการศึกษาอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามาช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่นั้น ๆ ได้รับความสำเร็จ และทำให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Alazewski, Ayer and Manthorpe (2000) ที่กล่าวว่า แนวทางในการพัฒนากระบวนการให้บริการในหอผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์ ทำได้โดยการส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรในเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Harrell (1972) ที่กล่าวว่า ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน และรายละเอียดของการดำเนินการ ตลอดจนมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลถึงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานได้ ซึ่งจะทำให้งานเกิดประสิทธิภาพตามมาจากแนวทางและรูปแบบที่ชัดเจน ขณะที่ Swansburg (2002) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมยังผลทางจิตวิทยาให้เกิดการยอมรับ ต่อต้านน้อยลง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพิ่มขึ้น เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจในงานมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรวรรณ เกตุแก้ว (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยวิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และผู้ดูแล พบว่า การมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาคุณภาพงาน และนำไปใช้ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งในสภาพปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต

ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยทำการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วม และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่องค์การพยาบาล ในการเป็นแนวทางการป้องกันความเสี่ยงจากการ

เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ อันเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนา การดูแลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์องค์ประกอบหนึ่ง ทั้งยังช่วยให้เกิดประโยชน์สำหรับการสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่ผู้ให้บริการ ให้มีความศรัทธาและเชื่อมั่นเมื่อเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลผู้ให้บริการก็จะเกิดความมั่นใจ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอันเป็นหัวใจสำคัญในทุกมิติของงานพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์หลัก เพื่อ

พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

#### 2.2.1 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

2.2.2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล

2.2.3 ประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยพิจารณาใน 2 ประเด็น คือ

1) เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

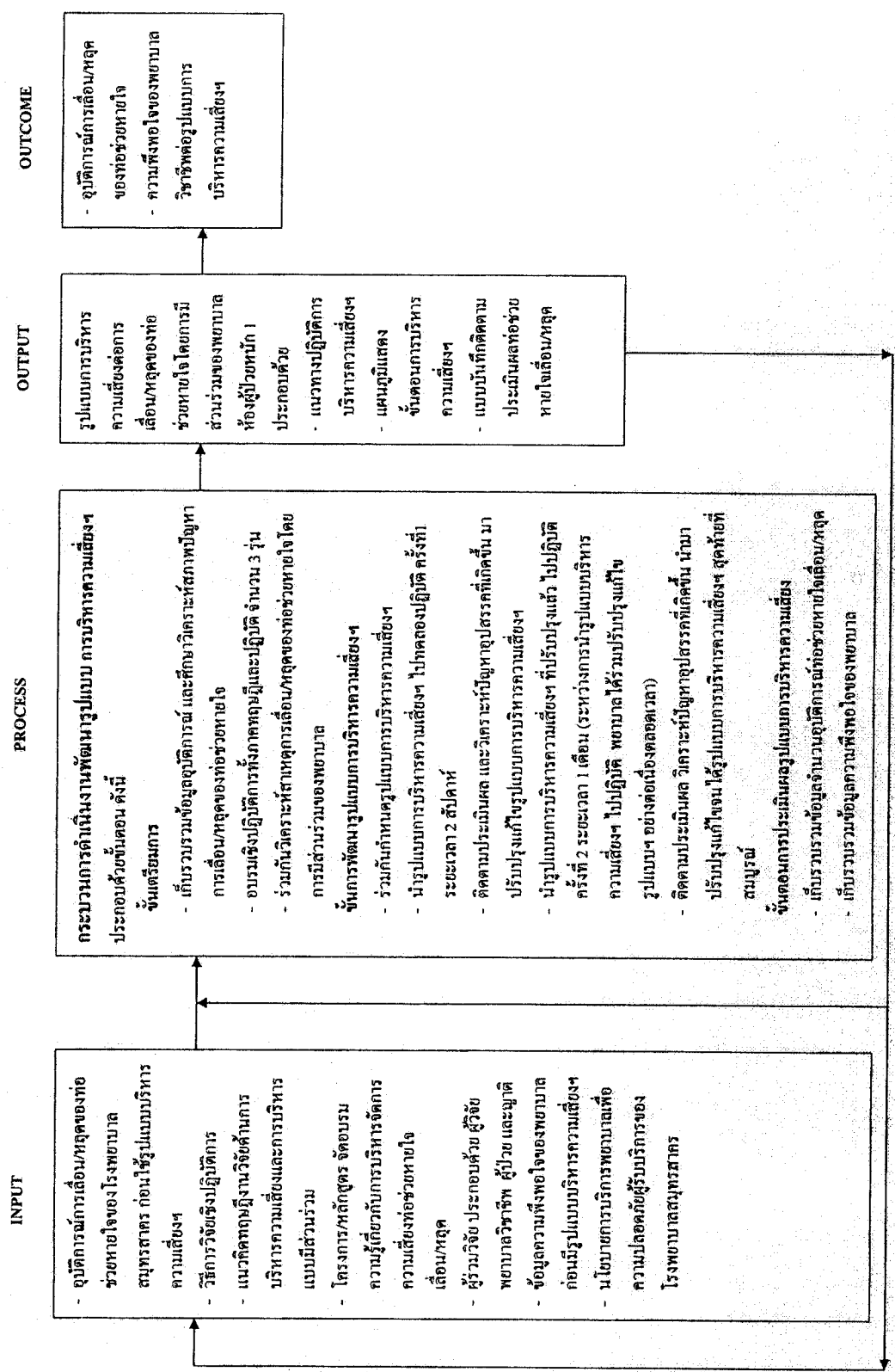
2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาจัดทำกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยในประเด็นที่สำคัญ คือ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบของ Donabedian (1980) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ง่ายในการทำความเข้าใจ โดยประกอบด้วย input, process, output, outcome และ feed back พร้อมทั้งบูรณาการแนวคิด

การบริหารความเสี่ยง และแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โดยเน้นที่การร่วมคิด ร่วมพัฒนา เรียนรู้จากประสบการณ์หรือการปฏิบัติการจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย ตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาจนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อมุ่งหวังให้อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลงหรือไม่เกิด และสร้างความพึงพอใจให้พยาบาลได้ โดยที่กระบวนการบริหารความเสี่ยงประยุกต์ใช้แนวคิดของ Wilson and Tingle (1999) ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง สำหรับการบริหารแบบมีส่วนร่วมประยุกต์ใช้แนวคิดของ Swansburg (2002) ประกอบด้วยความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความยึดมั่นผูกพันร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ และการมีอิสระในการทำงาน ในส่วนความพึงพอใจของพยาบาลจะมุ่งเน้นด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ที่ชัดเจน ง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการปฏิบัติงานประจำวันของพยาบาล และสามารถเชื่อมโยงรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สู่อุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยได้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กันดังภาพที่ 1.1





ภาพที่ 1.1 แนวคิดการดำเนินงานวิจัย

#### 4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ นี้เกิดขึ้นมาจากกระบวนการที่พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 และทีมผู้วิจัยร่วมกันกำหนดขึ้น ในช่วงระยะเวลา 4 เดือน คือ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ.2551

#### 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 **อุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วเกิดปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจากตำแหน่งหรือสัญลักษณ์ที่แพทย์ได้กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการถอดหรือเคลื่อนย้ายท่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย

5.2 **การบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานตามวิธีการบริหารจัดการความเสี่ยง หรือแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

5.2.1 **การค้นหาความเสี่ยง** หมายถึง การวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย จากประสบการณ์การทำงานและแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ เพื่อร่วมกันค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ทั้งด้านโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อม ด้านผู้ป่วยที่ใช้บริการ และด้านบุคลากรผู้ให้บริการ

5.2.2 **การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง** หมายถึง การดำเนินการวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่อาจจะเกิดขึ้นตามลักษณะต่าง ๆ ของแต่ละประเภทผู้ป่วยในทุกเวร เพื่อที่จะสามารถร่วมกันวิเคราะห์ และกำหนดแนวทางหรือวิธีการจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องชัดเจนสอดคล้องกับสาเหตุ สามารถแก้ไขและป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้

5.2.3 การจัดการความเสี่ยง หมายถึง วิธีการบริหารและจัดการความเสี่ยงหรือแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจในลักษณะต่าง ๆ ตามประเภทของผู้ป่วย

5.2.4 การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง หมายถึง การรวบรวมข้อมูลติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ภายหลังจากที่ได้นำวิธีการจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจที่ร่วมกันคิดค้นขึ้นมาใช้ดำเนินการให้กับผู้ป่วยแล้ว เพื่อจะสามารถวิเคราะห์ที่คิดค้นและปรับปรุงวิธีการจัดการความเสี่ยงใหม่ ๆ ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ สามารถดำเนินการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดเวลา

5.3 การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก 1 สนับสนุนให้พยาบาลพยาบาลประจำการได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือกันในการบริหารจัดการงาน มีอิสระในการทำงาน และเสนอแนะความคิดเห็น มีความรับผิดชอบร่วมกัน ไว้วางใจกัน มีความยึดมั่นผูกพันทำงานเป็นทีม ตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของหน่วยงาน เช่น การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย การกำหนดแนวทางหรือวิธีการดำเนินงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผลงาน การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้ทันสมัยเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น เพื่อให้หน่วยงานสามารถบริหารจัดการและดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

5.4 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล หมายถึง วิธีการบริหารจัดการความเสี่ยงหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ ซึ่งกำหนดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 ในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง เพื่อเป็นรูปแบบในการดำเนินการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ (flow chart) และแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ

5.5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึगतงบวกของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 ต่อการมีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำงานเป็นทีม ร่วมกันคิดค้น และสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ และเมื่อนำไปใช้เพื่อ

ดำเนินการปฏิบัติแก้ไข และป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แล้วทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ พึงพอใจในรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ได้แก่ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือ เกิดการสื่อสารประสานงานที่ดี เกิดประสิทธิภาพในการดูแล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุด ของท่อช่วยหายใจ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการใช้แบบสอบถามที่แสดงถึงความพึงพอใจของพยาบาล

5.6 พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล ที่ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและแก้ไขการความเสี่ยงที่เกิดจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

6.2 ลดความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย ทำให้อัตราการลดความเสี่ยงต่อการถูกรื้อเรียน หรือฟ้องร้องจากผู้ใช้บริการ

6.3 สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้หน่วยงานอื่นหรือ โรงพยาบาลใกล้เคียง โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความปลอดภัย มีสุขภาพที่ดีเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่จะช่วยพัฒนาประเทศให้เจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องตลอดไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่อ  
อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยฯ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและ  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสรุปสาระสำคัญ จัดแบ่งเนื้อหาและเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. การใส่ท่อช่วยหายใจ และอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย
2. การบริหารความเสี่ยงและการบริหารแบบมีส่วนร่วม
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
4. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
5. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การใส่ท่อช่วยหายใจและอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย

##### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation)

การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบ  
การหายใจ นอกจากการรักษาเฉพาะเพื่อรักษาสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพในปอดแล้ว การดูแล  
ด้านระบบทางเดินหายใจยังมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มการทำงานของระบบการหายใจให้มีประสิทธิภาพ  
สูงสุด และรักษาระดับออกซิเจนและคาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การ  
ดูแลผู้ป่วยทางระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 อย่าง คือ (ฉันทขย สิริพันธ์  
2549)

1. การดูแลทางเดินหายใจส่วนบน
2. การให้การบำบัดด้วยออกซิเจน
3. การดูดเสมหะและการให้การบำบัดด้วยยาทางหลอดลม
4. การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ

การให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน มีความสำคัญมากที่จะช่วยให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยดีขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ ในที่นี้จะขอกล่าวเน้นเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจมีจุดประสงค์หลักดังนี้ (ลักษมี ชาณูเวช 2550)

1. เพื่อเปิดทางเดินหายใจส่วนบน
2. ป้องกันการสำลักอาหาร หรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าสู่ปอด
3. เพื่อช่วยการหายใจ (positive pressure ventilation)
4. ลดเสมหะจากบริเวณทางเดินหายใจส่วน tracheobronchial tree

ผู้ป่วยที่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ มี 2 ประเภท คือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ซึม จนถึงมีอาการหมดสติ หรือระบบประสาทซิมพาเรติกถูกกระตุ้นการทำงานมาก ซึ่งแสดงถึงภาวะการหายใจล้มเหลวทาง mechanics oxygenation และ ventilation
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ general anesthesia โดยคำนึงถึง
  - 2.1 ชนิดการผ่าตัด ได้แก่ ผ่าตัดสมอง หู คอ จมูก หลอดลมใหญ่ การจัดทำในขณะที่ผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ ทำคว่ำ ตะแคงกึ่งคว่ำ และในการผ่าตัดซึ่งวิสัญญีแพทย์ไม่สามารถควบคุมทางเดินหายใจโดยการขึ้นบริเวณศีรษะผู้ป่วย
  - 2.2 การผ่าตัดซึ่งการหายใจเองของผู้ป่วย ไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ได้แก่ การผ่าตัดทรวงอกและช่องท้อง
  - 2.3 การผ่าตัดที่ใช้เวลานานมาก อาจมีการเสียเลือดมาก หรือต้องการการเฝ้าระวังชนิดอื่น นอกเหนือจากเรื่องทางเดินหายใจ
  - 2.4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าสู่ปอด
  - 2.5 การใช้ mask เพื่อการดมยาสลบ ไม่สามารถควบคุมทางเดินหายใจได้เพียงพอ
  - 2.6 มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือดมยาสลบที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น เกิด total spinal anesthesia

### 1.1.1 การประเมินความยากง่ายก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ

#### 1) สถานะต่าง ๆ ที่มีผลต่อลักษณะทางเดินหายใจ ได้แก่

(1) เป็นมาแต่กำเนิด เช่น pierre robin syndrome (มีคางเล็ก ลิ้น โศ) treacher collins syndrome (มี mandible เล็ก) down syndrome (มีลิ้น โศ) klippel-feil syndrome (เคลื่อนไหวกอจากกระดูกคอติด)

(2) จากการติดเชื้อ เช่น croup ทำให้กล่องเสียงบวม เป็นหนองบริเวณ retropharynx ludwig's angina ทำให้เปิดปากไม่ได้จาก trismus และรูปร่างทางเดินหายใจผิดปกติ

(3) จากมะเร็งและเนื้องอกบริเวณลิ้น กล่องเสียงซึ่งทำให้รูปร่างทางเดินหายใจผิดปกติ หรือมีก้อนกดจากภายนอก เช่น thyroid goiter

(4) จากอุบัติเหตุบริเวณใบหน้า กระดูกคอ และกล่องเสียง ทำให้เกิด hematoma บวม กระดูกหักชนิด unstable ทางเดินหายใจบวมในรายสูดควันไฟเมื่อเกิดไฟไหม้

(5) สาเหตุอื่น ๆ เช่น rheumatoid arthritis ซึ่งทำให้อ้าปากไม่ได้ เคลื่อนไหวลำคอได้น้อย ankylosing spondylitis บริเวณกระดูกคอ

2) ลักษณะรูปร่างศีรษะ ลำคอ และ โครงสร้างของใบหน้า เช่น คอสั้น หนา กล้ามเนื้อมาก ผู้ป่วย morbid obesity หลิงตั้งครรภ์ ลักษณะคางหลุบ (receding mandible) อาจใส่ท่อช่วยหายใจยาก

3) ลักษณะฟันและระยะห่างของฟัน (interincisor gap) ตรวจฟันว่าโยก หรือใส่ฟันปลอม ระยะห่างของฟันเมื่อให้อ้าปากเต็มที่ถ้าน้อยกว่า 2 นิ้วมือ หรือ 4 เซนติเมตร อาจใส่ท่อช่วยหายใจยาก

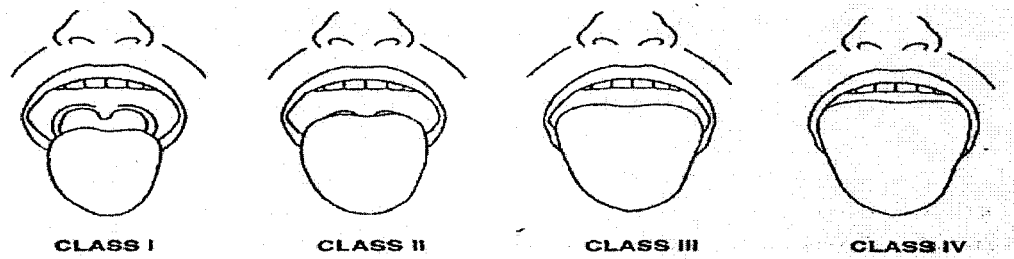
4) ให้ผู้ป่วยนั่งหน้าตรงและอ้าปากให้กว้างที่สุด แลบลิ้นออกมาแรงและยาวที่สุด โดยให้ผู้ป่วยบีบกล้ามเนื้อ masseter ให้มากที่สุด พยายามไม่ให้ผู้ป่วยออกเสียงใด ๆ แล้ว ประเมินขนาดโคนลิ้นเปรียบเทียบกับองค์ประกอบใน pharynx ได้แก่ uvula faucial pillar และ soft palate ถ้าโคนลิ้นได้สัดส่วนกับ oropharynx การใส่ท่อช่วยหายใจไม่น่าจะยาก ตาม mallampati classification ซึ่ง Samsoun และ Young ได้จัดแบ่งออกเป็น 4 class (แสดงในภาพที่ 2.1) คือ

class I เห็น uvula, faucial pillars, soft palate

class II เห็น faucial pillars, soft palate

class III เห็นเฉพาะ soft palate

class IV เห็นเฉพาะ hard palate



ภาพที่ 2.1 การตรวจทางเดินหายใจ

ที่มา: ลักษมี ชาญเวชช์ (2550) “การใส่ท่อช่วยหายใจ” <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/intubation.html>

โดยผู้ป่วยใน class I เมื่อใส่ laryngoscope แล้ว น่าจะเห็น glottis เต็มที่ ซึ่งอาจจัดเป็นการเห็นใน grade I หรือ II ซึ่งใส่ท่อช่วยหายใจไม่ยาก ส่วน class III ขึ้นไป น่าจะเห็น glottis เป็นบางส่วน เช่น อาจไม่เห็นด้าน anterior ใน grade III หรือ ไม่เห็นเลยใน grade IV ซึ่งบ่งบอกว่าใส่ท่อช่วยหายใจยาก (แสดงในภาพที่ 2.2)



ภาพที่ 2.2 บริเวณกล่องเสียงเมื่อใช้ laryngoscope

ที่มา: ลักษมี ชาญเวชช์ (2550) “การใส่ท่อช่วยหายใจ” <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/intubation.html>

5) ระยะของ *mandible* บอกถึงแกนของกล่องเสียง ซึ่งทำมุมกับแกนของ pharynx ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยแหงนศีรษะ (extend ข้อ atlanto-occipital) เต็มที่แล้ว วัดระยะจากบริเวณ mental ของ mandible ถึง thyroid notch เรียกว่า thyromental distance ถ้ามากกว่า 6 เซนติเมตร แสดงว่า ไม่น่าจะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ส่วนการวัดความยาวในแนวระนาบของ mandible ถ้ามากกว่า 9 เซนติเมตร แสดงว่า ไม่น่าใส่ท่อช่วยหายใจยาก



6) การเคลื่อนไหวกวของคอ โดยให้แขนศีรษะขณะคอก้ม (flex) 25-35 องศา ซึ่งถ้าทำไม่ได้อาจมีปัญหาในการใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินการควบคุมทางเดินหายใจโดยวิสัญญีแพทย์ เช่น สามารถควบคุมทางเดินหายใจโดยใช้ mask ได้ ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจในรายที่ประเมินว่าอาจใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก

### 1.1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย

1) *laryngoscope* ประกอบด้วย ค้ำถือ และ blade ซึ่งมีหลอดไฟบริเวณส่วนปลายเมื่อค้ำถือ blade เข้ากับค้ำถือซึ่งมีเบดเตอร์อยู่ภายในและเปิดออกไฟจะสว่าง ทุกครั้งที่จะใช้ *laryngoscope* ต้องตรวจสอบความสว่างของไฟเสมอ blade มี 2 ชนิด คือ แบบโค้ง (curved blade) และแบบตรง (straight blade) มีขนาดให้เลือกใช้ตามขนาดของปาก ในผู้ใหญ่นิยมใช้ blade โค้ง เพราะทำให้มีช่องว่างระหว่างฟันสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจกว้างกว่า blade ตรง ชนิดและขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ คือ macintosh เบอร์ 3 ส่วนเด็กเล็กมักใช้ blade ตรง เพราะ epiglottis เป็นรูปตัว U ยาวแคบ ตกไปทางด้านหลังบัง glottis อยู่ ดังนั้นจึงต้องซ้อน epiglottis ขึ้นจึงจะเห็นสายเสียง (vocal cord) ข้อควรระวังการใช้ blade โค้งจะ trauma ต่อ epiglottis น้อยกว่า blade ตรงเพราะ epiglottis ด้าน pharynx เล็งด้วยเส้นประสาท glossopharyngeal แต่ด้าน larynx เล็งด้วยประสาท superior laryngeal เมื่อใช้ blade ตรง ซ้อน epiglottis จึงมีโอกาส laryngospasm และ bronchospasm มากกว่าการใช้ blade โค้ง จึงใช้ blade ตรงเมื่อ epiglottis ยาว , floppy หรือ anterior ของ larynx

### 2) ท่อช่วยหายใจ วิธีการเลือกใส่ท่อช่วยหายใจขึ้นกับ

(1) ชนิดของท่อช่วยหายใจ มีหลายชนิดเลือกตามความเหมาะสมที่ใช้กันทั่วไป คือ

ก. *standard single lumen* ปลายเป็น bevel ทำให้ใส่ผ่านระหว่างสายเสียงได้ง่าย

ข. *murphy's eye* มีรูเปิดที่ผนังของท่อด้านตรงข้ามกับ bevel ช่วยให้อากาศผ่านเข้า

ค. *semirigid tube* เป็นท่อช่วยหายใจที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้งานแตกต่างกัน เช่น armored หรือ anode tube มีขดลวดพันรอบท่อภายในทำให้โค้งงอได้โดยที่ท่อไม่ตีบ เหมาะในการทำผ่าตัดทรวงอกหรือหน้า preshaped tube เช่น rae tube มีรูปร่าง โค้งงอไปตามใบหน้าเหมาะสำหรับการผ่าตัดบริเวณหน้า และท่อช่วยหายใจชนิดพิเศษ เช่น laser-shielded tube ท่อช่วยหายใจแต่ละชนิดจะมีตัวเลขหรือตัวอักษร บอกเกี่ยวกับขนาดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งวัดตามเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน (internal diameter) เส้นผ่าศูนย์กลางภายนอก (external diameter หรือ

french system) ความยาวของท่อช่วยหายใจวัดจากปลายท่อหน่วยเป็นเซนติเมตร มาตรฐานการตรวจสอบ ลักษณะการใช้งาน (disposable หรือ reuse) ชนิดสำหรับใส่ทางปากหรือทางจมูก โดยที่ท่อช่วยหายใจชนิดใส่ทางจมูกจะนิยม มี bevel แหลมกว่าและตัวท่อยาวกว่าชนิดใส่ทางปาก

(2) วัสดุที่ใช้ทำท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ท่อยางแดง มี high pressure cuff ใช้ได้หลายครั้ง ท่อพลาสติกใช้ได้ครั้งเดียว ไม่มีปฏิกิริยากับทางเดินหายใจ ผิวด้านในเรียบ มีทั้งชนิด high และ low pressure cuff

(3) cuff เด็กเล็กถึง 8 ขวบ ควรเลือกท่อช่วยหายใจชนิดไม่มี cuff เพราะทางเดินหายใจส่วนที่แคบที่สุดอยู่ใต้สายเสียง (subglottis) บริเวณกระดูก cricoid ส่วนเด็กโตและผู้ใหญ่ควรใช้ชนิดมี cuff เพื่อป้องกันลมรั่วขณะช่วยหายใจและป้องกันการสำลักหรือสำรอกน้ำย่อยในกระเพาะ อาหารเข้าปอด ควรทดสอบการรั่วของ cuff ก่อนใช้งานทุกครั้ง high pressure cuff จะมีความยาวของ cuff ไม่มากเมื่อใส่ลมเข้าไป จะกดผนังของหลอดลมใหญ่ (trachea) บริเวณเดียว ถ้าเราใส่ลมเข้าไปมากจะทำให้แรงกดมากขึ้นจนเนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดได้ ส่วน low pressure cuff จะมีขนาดใหญ่ ผนัง cuff บางและยืดหยุ่นมากกว่าเมื่อใส่ลมเข้าไปจะแนบติดกับผนังหลอดลมใหญ่เป็นบริเวณกว้าง ดังนั้นแรงกดจึงกระจาย สำหรับการดมยาสลบในช่วงสั้น ๆ ชนิดของ cuff มักจะไม่มีข้อแตกต่างกัน แต่ถ้าต้องดมยาสลบเป็นเวลานาน  $N_2O$  อาจ diffuse เข้าใน cuff ทำให้เพิ่มความดันขึ้นอีก หรือในกรณีที่ต้องคาท่อช่วยหายใจต่อไปหลังผ่าตัดจึงควรเลือกใช้ low pressure cuff

(4) ขนาดของท่อช่วยหายใจ ควรเลือกให้เหมาะสมกับอายุและเพศ เพราะถ้าเลือกขนาดใหญ่เกินไปจะเป็นอันตรายต่อสายเสียงและหลอดลมใหญ่ได้ง่าย แต่ถ้าขนาดเล็กเกินไปจะทำให้อากาศเข้าออกไม่สะดวก เพราะมีแรงต้านทานมากและเสมหะอุดตันง่าย ขนาดของท่อช่วยหายใจเรียกได้ 2 แบบ คือ เรียกตาม internal diameter (ID) ซึ่งห่างกันเบอร์ละ 0.5 มิลลิเมตร หรือเรียกตาม french size (Fr) ซึ่งคำนวณมาจาก external diameter และค่า p

ขนาดท่อหายใจ คำนวณโดย  $Fr = (ID \times 4) + 2$  ในเด็กคำนวณขนาดของท่อช่วยหายใจตามอายุ คือ  $ID = 3.5 + \text{อายุ}/4$  ควรเตรียมท่อช่วยหายใจไว้ 3 ขนาด คือ ขนาดที่คำนวณได้ ขนาดที่ใหญ่กว่า และเล็กกว่า 1 เบอร์ ส่วนผู้ใหญ่จะเตรียมไว้ 2 ขนาด คือ ขนาดที่ต้องการและขนาดที่เล็กกว่า 1 เบอร์ ในผู้ชายมักจะเตรียมขนาด 8 มิลลิเมตร และ 8.5 มิลลิเมตร (Fr 34 และ Fr 36) ไว้ ส่วนผู้หญิงเตรียมขนาด 7 มิลลิเมตร และ 7.5 มิลลิเมตร (Fr 30 และ Fr 32) สำหรับท่อช่วยหายใจที่ใส่ทางจมูก ควรเลือกขนาดเล็กกว่าท่อช่วยหายใจที่ใส่ทางปาก 1-2 เบอร์

### 3) อุปกรณ์อื่นสำหรับการใส่ท่อหายใจ

(1) *stylet* เป็นลวดหุ้มพลาสติกใช้สำหรับใส่เข้าไปในท่อช่วยหายใจ เพื่อตัดให้โค้งงอเป็นรูปร่างตามต้องการ ต้องระวังไม่ให้ปลาย *stylet* โผล่พ้นท่อช่วยหายใจออกมา เพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดลมใหญ่ได้ และควรใช้สารหล่อลื่นเคลือบตลอดความยาวที่ใส่เข้าไปในท่อช่วยหายใจเพื่อดึงกลับได้สะดวก เหมาะสำหรับรายที่เห็นบริเวณสายเสียงไม่ชัดเจน

(2) *airway* มีหลายชนิดทั้งชนิดที่ใส่ทางปาก (oropharyngeal) และชนิดใส่ทางจมูก (nasopharyngeal) ใช้เพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจในกรณีที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ใส่ในปากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจ และสามารถดูดเสมหะในปากได้สะดวก

(3) *กระบอกคลีดยา* สำหรับใส่ลมเข้าไปใน cuff

(4) *magill forceps* เพื่อช่วยใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก

(5) *slip joints* เป็นข้อต่อระหว่างท่อช่วยหายใจและเครื่องดมยาสลบ มีขนาดตามท่อช่วยหายใจ และมีทั้งชนิดตรงและโค้ง

(6) ยาที่ใช้หล่อลื่น เช่น lubricant หรือ lidocaine jelly ใช้ทาบริเวณส่วนปลายของท่อช่วยหายใจ และ cuff ในกรณีที่ใช้ท่อช่วยหายใจทางจมูก เพื่อช่วยลดการเสียดสี หรือความเจ็บปวดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

(7) *พลาสติกเตอร์* สำหรับติดท่อช่วยหายใจเพื่อไม่ให้เลื่อน/หลุด

(8) *สายดูดเสมหะ* เพื่อดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก ควรเป็นชนิดแข็งและใส ไม่ควรมีขนาดใหญ่กว่าครึ่งหนึ่งของ internal diameter ของท่อช่วยหายใจ

(9) *self inflating* หรือ ventilating bag และ mask เพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจ

### 4) อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจสอบความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ

(1) *หูฟัง (stethoscope)*

(2) *เครื่องวัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์* ที่ออกมาจากลมหายใจออก (end tidal CO<sub>2</sub>)

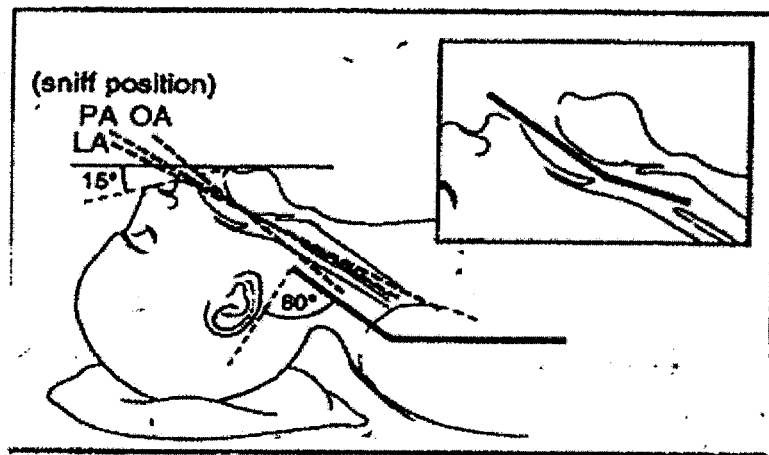
(3) *เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด* ที่วัดจากปลายนิ้ว (pulse oximeter)

### 5) อุปกรณ์ที่ใช้เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจล้มเหลว

(1) *ชุด cricothyroidotomy* พร้อมข้อต่อกับอุปกรณ์ให้ออกซิเจน

(2) *ชุดอุปกรณ์การทำ tracheostomy*

ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจจำเป็นต้องเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม จัดสถานที่และความพร้อมของบริเวณศีรษะผู้ป่วย เช่น ต้องสูงระดับขอบล่างของ xyphoid และจัดท่าผู้ป่วยในท่าที่ถูกคือ คือ หนุนหมอน 10 เซนติเมตร ใต้ occiput โดยไหล่ยังต้องอยู่บนพื้นเตียง เพื่อเป็นการ flex คอขึ้นมาจากหน้าอก 35 องศา แล้ว extend ศีรษะ โดยการ extend ข้อ atlantoocciput ซึ่งจะพบว่า มุมของจมูกกับแกน occiput ของศีรษะ เป็น 80-85 องศา และแกนของใบหน้าจะเป็น 15 องศา กับแนวพื้นราบ เรียกว่า ท่า sniffing (แสดงในภาพที่ 2.3) ซึ่งเมื่อใส่ laryngoscope แล้วสามารถเห็น glottis ได้ง่าย จากการที่แกนของปาก (oral) pharynx และ larynx เป็นแนวเกือบเป็นเส้นตรง เพราะถ้าปกติไม่มีการหนุนแกนของ oral, pharynx, larynx เป็น c-shaped curve



ภาพที่ 2.3 ท่า sniffing ของการใส่ท่อช่วยหายใจ

ที่มา: ลักษมี ชาญเวชช์ (2550) “การใส่ท่อช่วยหายใจ” <http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/intubation.html>

ภาพที่ 2.3 แสดงท่า sniffing ของการใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย  
1) ศีรษะหนุนหมอน 10 เซนติเมตร เพื่อเป็นการ flex คอ และ 2) extend ศีรษะบริเวณ atlanto occipital joint (PA = pharyngeal axis OA = oral axis LA = laryngeal axis)

ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจผ่านสายเสียงแล้ว ให้เอา laryngoscope ออกแล้ว blow cuff เพียงแต่ไม่ให้ลมรั่วโดยใช้มือซ้ายวางที่บริเวณคอส่วน suprasternal notch ของผู้ป่วย ระหว่าง blow และช่วยหายใจโดยบีบ bag ผ่านทางท่อช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100%

การตรวจสอบตำแหน่งท่อที่ใส่ถูกต้อง คือ ฟังเสียงลมหายใจที่หน้าอก ต้องไม่ได้ยินบริเวณท้องและกระเพาะอาหารไม่โป่ง หน้าอกขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้า และมีความชื้น

ภายในท่อช่วยหายใจ การบีบ bag ต้องได้ความยืดหยุ่นที่เหมาะสมและมีลมหายใจออกมา ถ้าพบว่าค่า pulse oximeter ลดลงเรื่อย ๆ อาจหมายถึง ใส่เข้าหลอดอาหาร ใส่ลึกเข้าหลอดลมข้างเดียว สำลักอาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าปอด หรือเกิด bronchospasm

การดู waveform จากเครื่อง capnography สามารถบอกได้ว่าใส่ท่อเข้าหลอดลมใหญ่เมื่อมี CO<sub>2</sub> ออกจากลมหายใจออก แต่ถ้าไม่พบ wave อาจหมายถึง severe bronchospasm, cardiac arrest หรือท่อพับงอ ดังนั้นความมั่นใจในตำแหน่งของท่อช่วยหายใจภายหลังใส่ คือเห็นว่าท่อผ่านระหว่างสายเสียงแล้ว หรือการใช้ fiberoptic ใส่ภายในท่อช่วยหายใจลงไป เห็นลักษณะ tracheal ring ชัดเจน กรณีผู้ป่วยอยู่นอกห้องผ่าตัด ภาพถ่ายรังสีทรวงอกสามารถบอกตำแหน่งปลายของท่อช่วยหายใจได้ว่าอยู่ที่กึ่งกลางของหลอดลมใหญ่ ส่วนกรณีอยู่ในห้องผ่าตัดตรวจสอบด้วยการฟังเสียงลมหายใจ ถ้าไม่ได้ยินเท่ากัน อาจลอยขึ้นครึ่งละ 1 เซนติเมตรแล้วตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง

หลังจากฟังแน่ใจแล้วจึงปิดเทปกาวยให้ท่อติดกับหน้าผู้ป่วยบริเวณพินล่างแล้วตรวจสอบขีดความลึกของท่อช่วยหายใจอีกครั้ง

### 1.1.3 ภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจ มีดังต่อไปนี้

#### 1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

(1) การใส่ท่อช่วยหายใจโดยขาดความระมัดระวัง หรือการที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลายครั้งอาจทำให้มีอันตรายต่อทางเดินหายใจได้ เช่น มีแผลหรือการฉีกขาดของริมฝีปาก ลิ้น ฟันหัก หรืออาจเกิดการฉีกขาดของหลอดลมใหญ่และหลอดอาหารทะเลดูได้ นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกอาจเกิดแผล หรือรอยถลอกในโพรงจมูกทำให้มีเลือดออก ส่วนของ adenoid polyp หรือสิ่งแปลกปลอมในจมูกหลุดลงไปในคอได้

(2) การใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่ดมยาสลบคืน จะมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้มีความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว/ช้าหรือผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ laryngospasm bronchospasm ไอ chest wall spasm หรือการสำลักอาหาร หรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าปอด

(3) ผลต่อระบบประสาท อาจทำให้มีความดันในสมองเพิ่มขึ้น หรือมีอันตรายต่อไขสันหลังในรายที่กระดูกคอหัก

(4) ใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดอาหาร หรือหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง หรือ cuff อยู่ระหว่างสายเสียง

#### 2) ภาวะแทรกซ้อนขณะที่ท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลมใหญ่

(1) เกิดการอุดตันของท่อช่วยหายใจ จากการหักงอของท่อ มีเสมหะ

การกดเบียดจากการผ่าตัด ผู้ป่วยกัดท่อ หรือใส่ลมเข้าไปใน cuff มากเกินไป

(2) ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดออกมาหรือลึกลงไป และลมรั่ว

(3) *barotrauma* ส่วนมากเกิดจากมีการฉีดขาด หรือทะเลของหลอดลม หรือหลอดอาหารขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

(4) ท่อช่วยหายใจหลุดจากเครื่องดมยา

3) ภาวะแทรกซ้อนขณะถอดท่อช่วยหายใจ

(1) *laryngospasm* ในรายที่ผู้ป่วยยังตื่นไม่ดี

(2) สำลักอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ในราย full stomach

(3) มีการบวมของหลอดลมใหญ่และกล่องเสียง ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลายครั้งหรือใส่ด้วยความรุนแรง หรือใส่ท่อช่วยหายใจขนาดใหญ่เกินไป

4) ภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจ

(1) เจ็บคอ เกิดได้จากหลายสาเหตุ อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจก็ได้ ส่วนใหญ่จะหายไปได้เองภายใน 1-2 วัน การดื่มน้ำอุ่นและกินยาแก้ปวดจะบรรเทาอาการได้

(2) หลอดลมตีบ มักพบในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจไว้นาน ๆ

(3) *laryngeal granuloma* เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจรุนแรงเกิด trauma ต่อสายเสียง

(4) *vocal cord paralysis* จากการทำความสะอาดท่อช่วยหายใจด้วย ethylene oxide แล้วแก๊สยังหลงเหลืออยู่

(5) *nasal necrosis* จากการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก

(6) มีการติดเชื้อ เช่น sinusitis otitis จากการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกนาน

## 1.2 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

1.2.1 ความหมายการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ หมายถึง ท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือเคลื่อนออกจากท่อลม โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้นำออก (มาลัย มั่งชม และคณะ 2550)

1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรืออาการหายใจลำบากพบได้บ่อยในผู้ป่วยรายที่มีอาการหนักจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube: ETT) หลุดโดยไม่ตั้งใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และอาจ

ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ การต้องใส่ ETT ชั่วบ่อย ๆ จะทำให้เกิดอันตรายต่อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น สายเสียงบวม subglottic stenosis เป็นต้น และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การดูแลผู้ป่วยไม่ให้ ETT เลื่อน/หลุดจึงมีความสำคัญมาก และช่วยลดอันตรายและความพิการได้ส่วนหนึ่ง สิ่งสำคัญในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของ ETT ต้องอาศัยการยึดตรึงท่อช่วยหายใจให้ดี การคุดน้ำคัตหลัง การจัดตำแหน่งของศีรษะให้ลำคออยู่ในท่าที่เป็นกลาง และการป้องกันผู้ป่วยหันหน้า เทคนิคการยึดตรึง ETT มีตั้งแต่วิธีการพันแถบกาบบางแบบต่าง ๆ การใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย การใช้ tubing holder อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่บอกได้ชัดเจนว่า แบบใดดีกว่าแบบใด ได้มีการรายงานเกี่ยวกับการใช้แถบกาบบางแบบกันน้ำ (waterproof tape) ในผู้ใหญ่หลังผ่าตัด พบว่า สามารถลดอัตราการเลื่อน/หลุดของ ETT การใช้ umbilical cord clamp แทนการพันด้วยแถบกาบบาง พบว่า สามารถลดอัตราการเลื่อน/หลุดของ ETT ลงได้ การขยับศีรษะของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปลาย ETT เลื่อน/หลุดได้ แม้ว่าตำแหน่งของ ETT ที่มุมปากยังคงอยู่ที่เดิม อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของ ETT พบบ่อยในผู้ป่วยที่คืนกระสับกระส่าย ดังนั้นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจึงต้องนุ่มนวลและด้วยความเอาใจใส่

**1.3 ความหมายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤติด้านร่างกายที่คุกคามกับชีวิต (life threatening) ต้องการการดูแล และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในความหมายของคำว่า “critical ill patient” นี้ หมายรวมถึง ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ 2551)

**1.3.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ** เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคูกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกต ประเมินอาการ และการให้ความช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะใดภาวะหนึ่งดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น มีเลือดออกมาก ดิคเชื้ออย่างรุนแรง อาจจะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น
2. ภาวะวิกฤติจากโรคเรื้อรังที่มีการกำเริบของโรคจากการควบคุมโรคได้ เช่น มีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีภาวะหายใจวายในผู้ป่วยที่มีภาวะ

อุกกันของทางเดินหายใจเรื้อรัง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะปฏิเสธไต หรือภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เป็นต้น

3. อุบัติเหตุหรือเกิดภัยอันตราย เช่น ไฟไหม้ บาดเจ็บที่สมอง ที่ไขสันหลัง มีผลเกิดภาวะวิกฤติจากการบาดเจ็บ และล้มเหลวของหลายระบบ

4. การแพ้ยาหรือสารเคมีหรือการได้รับสารพิษ

5. โรคมะเร็งที่ลุกลามไปอวัยวะที่สำคัญ

6. โรคกรรมพันธุ์และโรคเสื่อม

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่เพียงคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่มีผลต่อญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัวนั้น เป็นเหตุการณ์ที่น่าหวาดกลัวสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวในภาวะเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจในการที่จะรับสถานการณ์วิกฤติ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องได้รับการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคไตวายเรื้อรังที่รอรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการเตรียมตัวและรับทราบภาวะวิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าจะมีเหตุการณ์เจ็บป่วยวิกฤติเกิดขึ้น ทำให้ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ เช่น เกิดอุบัติเหตุรถยนต์ชนกัน ถูกถูกระเบิด ตกต้นไม้กระชก สันหลังหัก เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติด้านร่างกายดังกล่าวมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างรุนแรง จนไม่อาจจะรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้นั้น บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

### 1.3.2 การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติจำนวนไม่น้อยที่ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติได้ แต่มีผู้ป่วยบางคนหรือจำนวนหนึ่งต้องประสบกับความทุกข์ทรมานในภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ อาจเกิดจากภาวะเจ็บป่วยโดยตรงหรือการรักษาพยาบาล หรือสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ ซึ่งผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติต่อสิ่งแวดล้อม และภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อย คือ ความกลัวและวิตกกังวล และที่พบรองลงมาคือ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือถูกรบกวน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสูญเสียอำนาจ ภาวะบิบบคั้นด้านจิตวิญญาณ ความเจ็บปวด และ ICU psychosis มีรายละเอียดของการตอบสนองของผู้ป่วย ดังนี้

1. ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยที่พบบ่อยมาก เช่น กลัวความตาย กลัวเจ็บปวด หรือกลัวพิการ เป็นต้น



ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลในสิ่งต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ที่ไมคุ้นเคย ทำให้กังวลใจ วิตกกังวลการรักษา ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย เช่น เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจมีความวิตกกังวลว่าท่อหลุด โรคจะรุนแรง ดิคี่ง่าย เมื่อจะหย่าเครื่องช่วยหายใจ กังวลว่าตนเองจะหายใจได้หรือไม่ เมื่ออาการดีขึ้นย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไปก็มีความวิตกกังวลจะได้รับการดูแลรักษาไม่ดีเท่ากับหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Saarmann 1993)

2. การนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาและพบได้บ่อย จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของการนอนไม่เพียงพอเกิดจากแสง เสียง ยา และกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่กระทำสม่ำเสมอในหอผู้ป่วยวิกฤติตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนน้อยมากที่ไม่ได้รับการรบกวนในเวลากลางคืน และการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมักถูกรบกวนการนอนทุก ๆ 20 นาที ทำให้มีผลต่อการหายใจของแผล และอารมณ์ของผู้ป่วย (ญานิกา เวชยางกุล 2545)

3. ภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พบบ่อยมาก ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรม ร้องไห้ แยกตัว ซาดแรงงใจ หลีกเลียงการสบตา มีผลทำให้ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหาร ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือขาดสารอาหาร นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย มีความรู้ว่ตนเองไร้คุณค่า ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อย และเบื่อหน่าย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ายากขึ้น

4. ภาวะสูญเสียอำนาจ เป็นปัญหาที่ยากและหนักมาก เมื่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤติเป็นสภาพผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำอะไรไม่ได้หรือทำได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจ รู้สึกว่ตนเองไร้ค่า ซาดแรงงใจ ทำให้รู้สึกมีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

5. ภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณ มักจะถูกละเลยหรือไม่ได้รับการประเมิน และให้การวินิจฉัยทางการแพทย์ อาจเกิดเนื่องจากไม่มีเครื่องมือประเมิน ได้ชัดเจนหรือเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยาก อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้มักเกิดกับผู้ป่วยได้

6. ความเจ็บปวดเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ป่วย พยาบาล และทีมสุขภาพ ความรุนแรงของความปวดนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน การรับรู้ของความปวดขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและสิ่งแวดล้อม ฉะนั้นการจัดการกับความปวดควรควบคุมสิ่งแวดล้อม ลดความวิตกกังวลและความกลัว

7. ICU psychosis อาจเกิดจากภาวะเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม อาการ psychosis อาจพบกับผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่ สาเหตุมาจากปัจจัยด้านร่างกาย และจิตใจ แต่ภาวะเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด เช่น มีภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ การพร่องออกซิเจน

มีไข้และความเจ็บปวด ปังจ้ยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เครื่องมือ เสี่ยง ก็เป็นสาเหตุให้เกิด นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพออาจเป็นสาเหตุได้เช่นกัน

#### 1.4 ปังจ้ยที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ปังจ้ยที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถวิเคราะห์ได้จากการ ค้นหาความเสี่ยง โดยวิเคราะห์ในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถสรุปปังจ้ยเสี่ยงที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้แก่

##### 1.4.1 ผู้ป่วยคืนกระสับกระส่าย โดยมีสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

- 1) ปัญหาร่างกายไม่สบาย เช่น จากการมีไข้ ร่างกายเปียกและ ท้องอืด เป็นต้น
- 2) ทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น จากการมีน้ำคั่งหลังมาก/ขนาดท่อช่วยหายใจ ไม่เหมาะสม การคุดน้ำคั่งหลังไม่ถูกวิธี ท่อช่วยหายใจงอหรือพับ
- 3) จากเครื่องช่วยหายใจ เช่น การ setting ของเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม กับความต้องการของผู้ป่วย หรือมีน้ำในวงจรของท่อเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น
- 4) ปัญหาจากผู้ป่วยถูกกระตุ้นประสาทสัมผัสมากเกินไป เช่น จากแสงจ้าเกินไป เสียงดัง อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป
- 5) ความเจ็บปวดและการรบกวนจากการทำหัตถการ

##### 1.4.2 ปลาสเตอร์/แถบกาวยึดท่อช่วยหายใจเปียกและ ซึ่งมีสาเหตุจากผู้ป่วยมี น้ำลายมาก

##### 1.4.3 การยึดติดท่อช่วยหายใจ ซึ่งภาวะเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดจาก

- 1) บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ในการยึดติดท่อช่วยหายใจ
- 2) เปลี่ยนการยึดโดยไม่จำเป็น
- 3) ขนาดของปลาสเตอร์ผ้า/แถบกาวสั้นหรือยาวเกินไป
- 4) ยึดไม่แน่นจากปลาสเตอร์ผ้า/แถบกาวสูญเสียความเหนียว

##### 1.4.4 การจัดทำของผู้ป่วย ได้แก่

- 1) การจัดทำไม่เหมาะสม ทำให้ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอยู่ไม่ตรงหรือ ค้างรั้ง
- 2) การทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่ประสานกัน ในการจัดทำ การเคลื่อนตัวผู้ป่วย หรือการเปลี่ยนผ้าให้ผู้ป่วย

### 1.4.5 แสงไฟไม่เพียงพอ ทำให้สังเกตการณ์เดือน/หลุคของท่อช่วยหายใจได้ไม่ชัดเจน

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การเลื่อน/หลุคของท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่สามารถทำนายล่วงหน้า และสามารถป้องกันได้ ด้วยการค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวส่งเสริมการเลื่อน/หลุคของท่อช่วยหายใจ โดยทั่วไปการเลื่อน/หลุคของท่อเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายปัจจัย การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุคของท่อช่วยหายใจถือเป็นบทบาทอิสระที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำควบคู่กับการประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย ช่วยสะท้อนภาพการดูแลแบบองค์รวม และเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือ การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง เพื่อใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุคของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยทุกคนที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่ออุบัติการณ์การหลุคของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

## 2. การบริหารความเสี่ยงและการบริหารแบบมีส่วนร่วม

### 2.1 การบริหารความเสี่ยง

2.1.1 ความหมายและแนวคิดของความเสี่ยง นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้ ดังนี้

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 12) ให้ความหมายว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543: 2) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล อาจมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ รวมรวมถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน
2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
3. การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะน่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้

ไม่แน่ใจ

5. การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

วีณา จีระแพทย์ (2550: 27) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร โดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน ได้แก่ การให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว การสอน และการติดตามสภาพผู้ป่วย การตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการ การพัฒนาโครงการบริการสุขภาพ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ความเสียหายหรือโอกาสที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร และส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตวิญญาณ

2.1.2 ความหมายและแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ดังนี้

อนวัณน์ ศุภชุตินุกูล (2543: 7) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการหรือระบบบริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้น ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล

กฤษฎา แสงวงศ์ (2544) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยง และการมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ใช้บริการ การบริหารความเสี่ยงมีขอบเขต ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
2. ลดปัญหาหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ใช้บริการ การไต่สวน หรือการทำหัตถการ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในการค้นหา ใฝ่ระวัง และจัดการเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง
7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น

8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ Willson and Tingle (1999) ได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงในระบบของสาธารณสุข ประกอบด้วย กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล

จากที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการหรือระบบการบริหารจัดการที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร โดยมีกระบวนการตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล อันจะส่งผลให้ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ สิ่งแวดล้อม และองค์กรเกิดความปลอดภัย

**2.1.3 แนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยง** ความเสี่ยงนับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของชีวิตคนเรา เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมดหรือได้เสมอไป จุดมุ่งหมายแนวคิดการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

Wilson and Tingle (1999) เสนอแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วย เป็นกระบวนการของการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ตามแนวคิดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ เพราะเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ป้องกันอันตราย การบาดเจ็บหรือการสูญเสีย ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์จากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ การค้นหาภาวะเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงาน และแหล่งอื่น ๆ เพื่อค้นหาพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่มีภาวะเสี่ยง และต้องการปรับปรุงแก้ไขโดยการค้นหาภาวะเสี่ยงนี้ ผู้จัดการความเสี่ยงต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และการเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้การค้นหาความเสี่ยงมีความครอบคลุมและถูกต้องสำหรับการจัดการที่เหมาะสมในอนาคต ซึ่งถ้าผู้จัดการภาวะเสี่ยงไม่สามารถค้นหาภาวะเสี่ยงบางชนิดได้ ก็ไม่สามารถควบคุมหรือกำจัดภาวะเสี่ยงนั้นได้

1.1 การค้นหาภาวะเสี่ยง โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการศึกษากระบวนการบันทึกข้อมูลที่มีอยู่ในหน่วยงาน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ รายงานการซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมือ รายงานการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากรในหน่วยงาน ค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการระดมสมองบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติ หรือสิ่งไม่พึง

ประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง รายละเอียดของเวลา และสถานที่เกิดเหตุ ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงาน และองค์กร และค้นหาภาวะเสี่ยง โดยการทบทวนคู่มือแนวทางปฏิบัติงานที่มีในหน่วยงาน เพื่อหาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานหรือข้อบกพร่อง ของคู่มือซึ่งก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และมีผลให้เกิดอันตรายกับบุคลากรผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย

1.2 การค้นหาภาวะเสี่ยง โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงด้วยการสืบค้นข้อมูลจากวารสารของไทยและต่างประเทศ อินเทอร์เน็ต ห้องสมุด การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้น โดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 การค้นหาภาวะเสี่ยง โดยการเรียนรู้ในระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งช่วยควบคุมความเสียหายและป้องกันมิให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อบุคลากรในอนาคต เป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงจากการเผชิญกับภาวะเสี่ยงและจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทันที และเมื่อพบอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น ต้องรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป รวมทั้งคณะกรรมการจัดการภาวะเสี่ยงขององค์กร ได้รับทราบ รวมทั้งจัดมีการเขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์เหล่านั้นไว้เป็นหลักฐานด้วยทุกครั้ง

1.4 การค้นหาภาวะเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากบันทึกและรายงานการระดมสมอง การทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน และการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานแล้วรวบรวมมาจัดทำบัญชีรายชื่อภาวะเสี่ยง (risk profile) เพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2. การวิเคราะห์ประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) เป็นขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงที่รวบรวมได้จากการค้นหา ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาความเสียหาย อันตรายที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงเหล่านั้น ในขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้คือ

2.1 การสืบสวนข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงของอันตราย และความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดเหตุการณ์และ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการจัดการภาวะเสี่ยง ความช่วยเหลือที่บุคลากรทางการพยาบาลต้องการการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 การจัดทำแฟ้มรายชื่อภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวม อันตรายหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน โดย รายชื่อภาวะเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมภาวะเสี่ยงทั้ง 2 ลักษณะ คือ ภาวะเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปใน หน่วยงาน และภาวะเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่าง จากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมลงในแฟ้มบัญชีรายชื่อภาวะเสี่ยงในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร รวมทั้งความถี่ และความรุนแรง ของเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

2.3 การปรับปรุงรายชื่อภาวะเสี่ยงต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ ซึ่งภาวะเสี่ยงที่มีความสำคัญของหน่วยงาน ไม่ควรให้ภาวะเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่บดบังการ จัดการภาวะเสี่ยงที่มีมาแต่เดิมซึ่งมีความสำคัญอยู่ เช่น อันตรายจากแผนกกรังสีรักษา คือ การได้รับ รังสีจึงมีการป้องกันหลายประการในหน่วยงานให้แก่บุคลากร แต่จากการปฏิบัติงาน พบว่า มีผู้ป่วย ลื่นล้ม หรือตกเตียงบ่อยมาก ซึ่งในการจัดการภาวะเสี่ยงใหม่นี้ ไม่ควรลืมการป้องกันอันตรายจาก รังสี ที่เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงจึงเป็น จุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการภาวะเสี่ยง เมื่อประเมินภาวะเสี่ยงแล้ว ควรจัดลำดับความสำคัญ ของภาวะเสี่ยงที่ต้องการควบคุมหรือแก้ไข เพื่อนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

3. การกำหนดแนวทางในการจัดการภาวะเสี่ยง (action to manage risk) เป็นขั้นตอนการหาแนวทางหลายแนวทางที่สามารถจะช่วยจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิดที่ได้จาก การค้นหาตามลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยงให้ได้มากที่สุด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึง ความสามารถของหน่วยงานและงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการภาวะเสี่ยง ซึ่งแนวทางในการ ปฏิบัตินั้นได้มาจากการเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการจัดการกับภาวะเสี่ยง ได้แก่

3.1 การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง เป็นการเลือกที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมซึ่งมี โอกาสจะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงได้ เนื่องจากภาวะเสี่ยงนั้นไม่สามารถกำจัดและส่งต่อให้ หน่วยงานอื่นจัดการได้ เช่น การงดใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีการชำรุดของข้อต่อหรือสายไฟ การงด ใช้สารเคมีที่มีอันตรายร้ายแรงต่อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

3.2 การส่งต่อภาวะเสี่ยง เป็นการเลือกที่จะไม่จัดการภาวะเสี่ยงด้วย ตนเอง แต่ส่งมอบให้หน่วยงานที่มีความสามารถในการจัดการภาวะเสี่ยงได้ดีกว่าเป็นผู้จัดการกับ ภาวะเสี่ยงนั้น เช่น การจ้างเหมาให้บริการดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน เป็นต้น

3.3 การป้องกันภาวะเสี่ยง เป็นการป้องกันภาวะเสี่ยง เนื่องจากภาวะ เสี่ยงไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ โดยการหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การใส่เสื้อตะกั่วเพื่อ

ป้องกันรังสีเอกซเรย์ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน หรือการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

3.4 การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ เป็นการดูแลแก้ปัญหา โดยจับปล้นภายหลังมีเหตุการณ์เกิดขึ้น และมีอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความอบอุ่น อำนวยความสะดวกสบาย ให้ข้อมูลแก่บุคลากรหรือผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่ดีและความเข้าใจที่ดี

3.5 การแบ่งแยกทรัพยากร เป็นการจัดแบ่งทรัพยากร เพื่อให้มีระบบ ตำรวจทรัพยากรไว้ใช้ในกรณีที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งอาจมีอันตราย หรือการสูญเสียมากขึ้นต่อบุคคลหรือระบบการปฏิบัติงาน เช่น การจัดหน่วยสำรองอุปกรณ์การแพทย์ หน่วยสำรองเครื่องผ่าตัด เป็นต้น

การเลือกกลยุทธ์เพื่อจัดการภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสม กับเป้าหมายของการจัดการภาวะเสี่ยง และความสามารถของบุคลากรหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่าย และลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดการให้มีการดูแล และบำรุงรักษาโดย บริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือดังกล่าวปีละ 1 ครั้ง หรือในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บที่หลัง จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้กลยุทธ์การป้องกัน ภาวะเสี่ยงด้วยการจัดหาเทคนิควิธีการปฏิบัติที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

4. การประเมินผล (risk evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้บริหารต้อง เชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการภาวะเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงาน และระบบการประกัน คุณภาพโดยกิจกรรมที่ผู้จัดการภาวะเสี่ยงควรปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ได้แก่

4.1 การติดตามผลของการจัดการภาวะเสี่ยง จากตัวชี้วัดภาวะเสี่ยงของ หน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการ ภาวะเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และรายงานข้อร้องเรียนของบุคลากรทางการแพทย์

4.2 เปรียบเทียบผลการจัดการภาวะเสี่ยงกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ ด้วยการ ทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือนและทุกปี โดยให้ความสำคัญกับการ เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ รวมทั้งการมีมาตรการในการป้องกันภาวะเสี่ยงมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการ



เกิดอุบัติเหตุ ก็กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุซ้ำทั้งที่มีการป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ นั้น

จากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของนักวิชาการหลายท่านที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า แต่ละแนวคิดต่างมีกระบวนการ และองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดของการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) มาเป็นแนวคิดหลักของการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจผู้ป่วย ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการกับความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีกระบวนการดำเนินการ และมีพื้นฐานที่ครอบคลุมวิธีการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกด้าน รวมถึงมีวิวัฒนาการของการพัฒนาเป็นระยะเวลายาวนาน พบว่า ในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมและแพร่หลายในประเทศไทย เป็นที่รับการยอมรับจากนักวิชาการทางด้านการพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังสามารถหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละหน่วยงานได้

## 2.2 การบริหารแบบมีส่วนร่วม

2.2.1 ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีนักวิชาการที่กล่าวไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2539) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นวิธีบริหารที่ผู้บริหารเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านต่าง ๆ เช่น การให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ช่วยเสนอแนะข้อคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ตลอดจนให้ความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมายและนโยบายอย่างกว้าง ๆ

สมยศ นาวิการ (2540) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะในการบริหารจัดการอย่างหนึ่งที่จะให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และผลงาน ทั้งยังมีผลทางจิตวิทยาทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

ศิริกุล จันทร์พุ่ม (2543) ได้ให้ความหมายว่า การบริหารการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (participative in nursing management) หมายถึง รูปแบบของการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลมีบทบาทที่คล่องตัวในการตัดสินใจ คือ ความรับผิดชอบขึ้นอยู่กับความเป็นอิสระของแต่ละบุคคล มีอำนาจในการตัดสินใจ มีอำนาจในการควบคุม โดยจะต้องมีการ

แบ่งปันอำนาจ การควบคุมให้อยู่ในกรอบการตัดสินใจ ของการให้บริการพยาบาลระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพ โดยสามารถวัดได้จากความผูกพันของพยาบาลที่มีต่อองค์กร และการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Robbins (1998: 209) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการที่ผู้ได้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญ และความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในอำนาจหน้าที่ที่ผู้บังคับบัญชามอบให้

Swansburg (1996) ได้อธิบายไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารที่ผู้บริหารมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจลงสู่ผู้ได้บังคับบัญชา การบริหารลักษณะนี้ผู้ได้บังคับบัญชาจะได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย โดยที่ผู้ได้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารในการปฏิบัติงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ และรับรู้ว่าเป็นตนเองได้รับการยอมรับจากผู้บริหารว่าเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ

สรุปได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชาไว้วางใจเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการเข้ามามีส่วนร่วมต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจมิใช่ถูกบังคับ มีอำนาจในการตัดสินใจ มีอำนาจในการควบคุมสามารถเสนอแนะความคิดเห็น และกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้ใช้ทักษะความชำนาญและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา โดยที่ผู้ได้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ช่วยกันรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### 2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปะการบริหารอย่างหนึ่งที่ทำให้ทุกคนในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำหรับการบริหารแบบมีส่วนร่วม (สมยศ นาวิกาน 2545: 15) และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน

Swansburg (1996) พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้นมีองค์ประกอบและคุณลักษณะดังนี้

1. การไว้วางใจ (trust) การไว้วางใจกันนั้นเป็นพื้นฐานของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมงานหรือผู้ได้บังคับบัญชาจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ เรียบร้อย หากได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารจะเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้บริหารที่ให้อำนาจและความ

ไว้วางใจแก่ผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาจะได้เห็นถึงการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน หรือข้อบกพร่องของผู้ปฏิบัติงาน ได้อย่างเต็มที่

2. ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) บุคคลไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานต้องมีความยึดมั่นผูกพัน ผู้บริหารควรจะทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ปฏิบัติควรจะมี ความยึดมั่นผูกพัน ซึ่งเป็นลักษณะที่ได้จากการพัฒนาการให้โอกาสเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้บริหารที่มีความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พยายามเกิดจากการที่ผู้ปฏิบัติรู้ถึงเป้าหมายขององค์กร ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องมี โอกาสได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้บริหาร ประสบการณ์การเข้ามามีส่วนร่วมของ ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยันหมั่นเพียร อุตสาหะ มีผลผลิต ของงานมากขึ้น ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใต้การบริหารแบบมีส่วนร่วม และจะก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพัน ต่อองค์กร

3. การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (goals and objectives) ความ ชัดเข้กันนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมีการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมจะ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ รวมทั้งการปรับปรุงและพัฒนาเป้าหมายขององค์กรซึ่งจะช่วยขจัดความขัดแย้งที่ เกิดขึ้น เพราะทุกคนมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกันที่ชัดเจน มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ผลผลิตหรือผลงานก็จะออกมาอย่างมี ประสิทธิภาพ โดยการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยและมีเหตุผล ในการพยาบาล เช่น การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เพื่อสร้างเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการท้าทายความสามารถของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน สร้างความชัดเจน และสอดคล้องในการปฏิบัติงาน และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วย

4. ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (autonomy) การได้รับ มอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานของตนเอง ต้องการความเสมอภาคในการ เป็นเพื่อนร่วมงานคนหนึ่งขององค์กร มีความต้องการตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเองตามงาน ที่ได้รับมอบหมาย และตามคุณสมบัติและความรู้ความสามารถของตนเอง

### 2.2.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1) การบริหารแบบมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหาร การบริหารแบบมีส่วนร่วมไม่ใช่เครื่องมือในการแก้ปัญหา แต่ถ้าหากผู้บริหารเข้าใจ และสามารถ นำไปใช้ได้เหมาะสมแล้ว การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพของการ บริหารให้ดีขึ้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (ศิริกุล จันทรพุ่ม 2543)

(1) *ด้านความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล* การบริหารแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้บริหารบรรลุถึงเป้าหมายที่เหมาะสมโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด โดยการพิจารณาจากประสิทธิผลขององค์กรว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ประสิทธิภาพพิจารณาจากค่าใช้จ่ายในแง่เงินทุน เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ ปัจจัยทางจิตวิทยา และอื่น ๆ

(2) *ด้านพฤติกรรมของบุคคล* การบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยให้องค์กรเพิ่มศักยภาพประสิทธิภาพการทำงาน สร้างขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่ได้ ผู้บริหารจะต้องสร้างแรงจูงใจให้พนักงานโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การเลื่อนขั้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การให้มีความรับผิดชอบในงานมากขึ้น

(3) *ด้านบุคลิกภาพของมนุษย์* บุคคลที่บรรลุภาวะจะมีบุคลิกภาพที่มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการควบคุมชีวิตการทำงานของตนเอง การแสดงออกความเป็นอิสระ มองเหตุการณ์ในระยะยาว ต้องการใช้ความสามารถและต้องการความสำเร็จ การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะให้โอกาสบุคคล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในองค์กร ทำให้พนักงานสามารถควบคุมตนเองได้ ใช้ความสามารถ และมีโอกาสประสบความสำเร็จด้วยตนเองได้

(4) *ด้านความเข้าใจองค์กร* คือ การเข้าใจสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ขององค์กร และองค์กรควรจัดการอย่างไร เพื่อให้การดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ในสภาพแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันมากและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ถ้าองค์กรใดมีการรวมอำนาจการตัดสินใจ องค์กรจะไม่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม

2) *ประโยชน์ต่อองค์กร* การบริหารแบบมีส่วนร่วม ทำให้องค์กรมีการปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่นมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ของพนักงาน เพิ่มผลผลิตคุณภาพและการเจริญเติบโตขององค์กร มีการสื่อสารที่ดีระหว่างองค์กรและพนักงาน ลดการขาดงาน การลา หรือการโอนย้ายเข้าและออก เนื่องจากความกดดันจากงาน เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้ได้บังคับบัญชากับองค์กร

3) *ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการ* การบริหารแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ขึ้นกับคุณวุฒิ ความสามารถ ทักษะและคุณสมบัติที่เหมาะสม มากกว่าระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมาก่อน ความคิดสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความสามารถของทีมงานจะได้รับการตอบแทนด้วยค่าตอบแทนที่สูงขึ้น ลดบรรยากาศความกดดัน การแก้ปัญหาความขัดแย้งง่ายขึ้น

4) *ประโยชน์ต่อพนักงาน* การบริหารแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดความ

พึงพอใจในการทำงาน และความรู้สึกร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในเรื่องของคุณภาพและเป้าหมายในการให้บริการ พนักงานจะรู้สึกผูกพันกับงานและองค์กร ทำให้การลาป่วย ขาดงานมาทำงานสาย ลดน้อยลง เพิ่มความรู้สึกรักตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองจากการเพิ่มพูนทักษะในการทำงาน และได้ผลประโยชน์ตอบแทนที่ดี

แนวคิดของ Swansburg (1996) กล่าวถึงประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยมีการกำหนดสถานการณ์หรือการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยให้พนักงานมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ความไว้วางใจซึ่งกันและกันสูง และก่อให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. ลดตำแหน่งของพนักงานที่มีตำแหน่งเท่ากัน ลดระดับของการบริหารงาน
3. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีความรับผิดชอบมากขึ้น
4. ลดความสับสนในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการปรับปรุงการสื่อสารให้ดีขึ้นกว้างขึ้นและทั่วถึง
5. นิเทศงานด้วยตนเอง กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้วินิจฉัยและแก้ปัญหาให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพทางหนึ่งด้วย
6. มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมากขึ้น
7. มีความชัดเจนในเรื่องของกฎระเบียบ
8. เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยให้สูงขึ้นเมื่อเทียบกันระหว่างจำนวนพยาบาลและผู้ป่วย
9. เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม มีการร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มแรงจูงใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
10. พัฒนาการสื่อสารภายในองค์กร ก่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมภายในองค์กรมากขึ้น รวมทั้งเรื่องต้นทุน แผนงาน และกลยุทธ์ขององค์กรด้วย
11. ลดการขาดงาน
12. เพิ่มประสิทธิผล และผลผลิตของงาน รวมทั้งปรับปรุงคุณภาพของงาน และเพิ่มการรับรู้ในงานให้มากขึ้น
13. เพิ่มขวัญ และแรงจูงใจในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ได้บังคับบัญชา
14. เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา
15. สนับสนุนให้เกิด และแสดงให้เห็นถึงผู้นำที่มีความสามารถ

16. เพิ่มความเชื่อมั่นผูกพันทั้งต่อวิชาชีพ และองค์กร จากการมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร
17. ลดการหมุนเวียนเปลี่ยนงาน และเพิ่มความมั่นคงในงาน
18. ลดการปฏิบัติงานนอกเวลา
19. ลดต้นทุนการผลิต
20. การใช้ทักษะของวิชาชีพดีขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติ หรือผู้ได้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และได้พัฒนาทักษะใหม่ ๆ
21. เพิ่มความพึงพอใจในงาน
22. เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพราะการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะช่วยเพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้องค์กร การปรับตัว และสามารถพัฒนาสู่ความเป็นเลิศได้

### 3. แนวคิดการพัฒนารูปแบบ

#### 3.1 ความหมายของรูปแบบ (model)

ตามพจนานุกรมที่ William Morris อธิบายและเรียบเรียงไว้ รูปแบบ (model) หมายถึง แบบอย่างเบื้องต้นซึ่งเป็นตัวแทนของเรื่องต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้มีโครงสร้างหรือกำหนดขึ้น แสดงไว้ในรูปของแผนงานที่จะต้องปฏิบัติทั้งหมด

พิสนุ พงศ์ศรี (2542) ให้ความหมายว่า รูปแบบ หมายถึง แบบแผนเบื้องต้นที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่ต้องการศึกษา มีองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ คือ จุดประสงค์ ตัวแปร และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง มีความกระชับและถูกต้อง ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ทุกแง่มุมเพราะการกระทำเช่นนั้น จะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนหรือยุ่งยากเกินไปในการทำความเข้าใจ และทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป

เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) ให้ความหมายว่า รูปแบบหรือแบบจำลอง (model) หมายถึง วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใด ๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราวประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบสามารถนำเข้าไปใช้ในลักษณะต่าง ๆ กัน คือ 1) เป็นแบบจำลองในลักษณะ

เลียนแบบ 2) เป็นต้นแบบที่ใช้เป็นตัวอย่าง 3) เป็นแผนภาพที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัญลักษณ์หรือหลักการของระบบ และ 4) เป็นแบบแผนหรือแผนผังของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยความสัมพันธ์เชิงระบบ

ประภากร ธาราศักดิ์ (2546) ให้ความหมายว่า รูปแบบ หมายถึง แบบหรือแผนงานที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลต่าง ๆ มาหาความสัมพันธ์กัน ทำให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นทางเลือก และแนวทางในการดำเนินงาน

Raj (1996) ให้ความหมายของคำว่า รูปแบบไว้ 2 ประการ คือ

1. รูปแบบ คือ รุ่ยย่อของความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วย ข้อความจำนวน หรือภาพ โดยการลดทอนเวลาและเทศะ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น
  2. รูปแบบ คือ ตัวแทนของการใช้แนวคิดของ โปรแกรมที่กำหนดเฉพาะ
- สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบหรือแผนงานที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบความคิดทางด้าน โครงสร้าง และหลักการแสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

Bardo and Hartman 1982 (อ้างถึงใน กรรณิกา เจริญเทียนชัย 2539) กล่าวว่า การที่จะระบุว่ารูปแบบหนึ่ง ๆ จะต้องประกอบด้วยรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้น ๆ ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่ารูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างไร

อุกถวิล ชูชื่น (2541) การกำหนดรูปแบบที่เป็นระบบและมีหลักการที่สมเหตุสมผล จะทำให้การวางแผนการทำงานต่าง ๆ ให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น และต้องมีการวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญกับรูปแบบนั้น โดยที่รูปแบบจะมีความเหมาะสมกับช่วงเวลาหนึ่ง แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไปรูปแบบที่สร้างขึ้นอาจจะไม่มีความเหมาะสมที่จะใช้ แต่ก็สามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมต่อไป

### 3.3 ประเภทของรูปแบบ

รูปแบบตามความคิดของคีฟส์ (Keeves 1988) จำแนกออกได้เป็น 5 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบคล้าย (analogue models) คือ รูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระบบกายภาพ มักเป็นรูปแบบที่ใช้ในวิทยาศาสตร์กายภาพ เป็นรูปแบบที่นำไปใช้อุปมากับสิ่งอื่น ๆ ได้ เช่น รูปแบบ แบบจำลองระบบสุริยะกับระบบสุริยะที่เกิดขึ้นจริง ธนาคารจำลองกับระบบธนาคารที่เป็นจริง แบบจำลองการผลิตกับการผลิตจริง เป็นต้น

2. รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (semantic models) คือ รูปแบบที่ใช้ภาษาในการบรรยายลักษณะของรูปแบบ รูปแบบชนิดนี้จะใช้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยภาษา มากกว่าที่จะใช้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยโครงสร้างกายภาพ

3. รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิ แบบแผน หรือ โครงการ (schematic models)

4. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (mathematical models) คือ เป็นรูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

5. รูปแบบเชิงเหตุผล (causal models) คือ เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเป็นเหตุและผล มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบ

### 3.4 การพัฒนารูปแบบ

ตามแนวคิดของคีฟส์ (Keeves 1988) ได้กล่าวถึงหลักการอย่างกว้าง ๆ เพื่อกำกับการสร้างรูปแบบไว้ 4 ประการ คือ

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง (ของตัวแปร) มากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงแบบธรรมดาทั่วไปนั้น ก็มีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกต และหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3. รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา คั้งนั้น นอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้แล้ว ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4. นอกจากคุณสมบัติที่กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า การพัฒนารูปแบบนั้น อาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็นตอน ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (construct) และการหาความตรง (validity) ของรูปแบบ ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะ และกรอบแนวคิดซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ

จากการศึกษาวิเคราะห์ในเรื่องนี้พอสรุปได้ว่า การสร้างรูปแบบ (model) นั้น ไม่มีข้อกำหนดที่ตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มต้นจากการศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะสร้างรูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาสมมติฐานและหลักการของรูปแบบที่จะ



พัฒนาแล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้น แล้วนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาคุณภาพของรูปแบบต่อไป

โดยสรุปแล้วการพัฒนาแบบมีการดำเนินการเป็น 2 ตอนใหญ่ คือ การสร้างรูปแบบและการหาคุณภาพของรูปแบบ

#### 4. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

##### 4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ศิริพร จิรวัดนกุล (2546) ให้ความหมายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นเอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจ และปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหาหรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับการปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ โดยทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติในสังคม ชุมชนหรือองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ให้สอดคล้องกับสถานะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 9 ประการ คือ 1) เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลง 2) เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ 4) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ 5) เป็นการเรียนรู้อย่างมีระบบ 6) เป็นกระบวนการทางการเมือง 7) เป็นการบันทึกอย่างมีระบบ 8) เป็นการสร้างทฤษฎี และ 9) เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็กสู่การเปลี่ยนแปลงใหญ่

ทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระดับ คือ

1. ระดับนโยบาย ทำหน้าที่สนับสนุนให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปได้และเป็นผู้ใช้ผลงานวิจัย

2. ระดับนักวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) นักวิจัยหลัก เป็นแกนนำในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 2) ผู้ช่วยนักวิจัย ช่วยการดำเนินงานเฉพาะเรื่อง และ 3) ผู้ร่วมวิจัย ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

3. ระดับผู้ปฏิบัติงาน เป็นบุคคลในพื้นที่ทำวิจัยอาจมีบทบาทเป็นทั้งผู้ร่วมวิจัยและเป็นผู้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถแบ่งตามลักษณะได้เป็น 3 ระดับ (Grundy 1982) คือ ระดับเทคนิค (technical) ระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical) และระดับอิสระ (emancipatory) ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (empirical science หรือ natural science) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องการพัฒนาระบบ หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีกรอบแนวคิดทฤษฎีอธิบายชัดเจน ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแล้วนำไปทดลองหาวิธีการที่เหมาะสม เป็นการปรับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งระหว่างผู้วิจัยกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เมื่อการวิจัยสิ้นสุดของรูปแบบที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืนน้อย

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (hermeneutic or interpretive science) การวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานหลายฝ่าย มีการทำความเข้าใจภายใต้สถานการณ์นั้น ๆ อย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจปัญหา ร่วมกันแก้ไขปัญหาคะบวนการต้องอาศัย ความเข้าใจ ความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัย

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (emancipatory action research) อาศัยปรัชญาพื้นฐานของทฤษฎีวิพากษ์ เน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างอิสระของผู้วิจัยในกระบวนการพัฒนาเน้นขั้นตอนการปฏิบัติ ความร่วมมืออย่างแท้จริงของผู้ร่วมวิจัย และการเปลี่ยนแปลงองค์กร ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้สนับสนุน (facilitator) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอย่างลึกซึ้ง มีการพัฒนาสติปัญญา ทักษะและความคิดสร้างสรรค์อย่างแท้จริง รูปแบบที่ได้มีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อากรณ เชื้อประไพศิลปี (2541: 9) ได้อธิบายวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า มีกระบวนการเริ่มตั้งแต่การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) และการปรับปรุงแผน (re-planning)

#### 4.2 ขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

##### 4.2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนลงมือทำวิจัย

- 1) นักวิจัยต้องเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีการวิจัย
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับหน่วยร่วมที่จะทำวิจัย
- 3) การสร้างบทบาท ให้เข้าใจแนวคิด หลักการ ปรัชญาของการวิจัย และ

ปฏิบัติอย่างถ่องแท้ เพื่อสามารถอธิบายให้กลุ่มนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยได้มีแนวคิดและหลักการเดียวกัน

**4.2.2 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น (reconnaissance)** เป็นการสำรวจเบื้องต้นเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่จะศึกษา ผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์นั้น รู้สึกอย่างไรต่อหัวข้อที่ต้องการศึกษา ให้ความหมายอย่างไร และมีแนวคิดที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอะไรบ้าง และสรุปปัญหาที่นำไปสู่การพัฒนาในการวิจัยว่าได้อะไร

วิธีการศึกษาอาจจะใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์เจาะลึก การอภิปรายกลุ่มย่อย หรือสนทนากลุ่ม (focus group) อาจเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ หรือการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แล้วแต่เหมาะสมของเรื่องนั้น ๆ

**4.2.3 การกำหนดปัญหาและกรอบแนวคิด** การกำหนดปัญหาหรือคำถามการวิจัย เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหากรอบแนวคิดเป็นการระบุนความรู้ที่จะใช้เป็นแนวทางหรือช่วยให้การวิจัยประสบความสำเร็จ แนวคิดนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ไม่ยึดถือตายตัวขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ทำให้ไม่ใช้กรอบแนวคิดในการควบคุมการวิจัย

**4.2.4 การวางแผน** เป็นการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนา อาจเป็นการประชุมกลุ่มหรืออาศัยการประชุมปรึกษาหรือการวางแผน โดยการกำหนดกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จ วิธีการกำกับติดตาม และประเมินผลก่อนนำไปปฏิบัติ

**4.2.5 การปฏิบัติตามแผน** ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยและผู้ร่วมวิจัย นำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ได้วางแผนไว้ ระบุปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยขัดแย้ง หาทางส่งเสริมปัจจัยสนับสนุน ระบุเทคนิคและปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

การดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและกำกับให้การปฏิบัติกิจกรรมประสบผลสำเร็จ (monitoring) จะรวมอยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติด้วย เพื่อให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งนักวิจัยมีบทบาททั้งการเป็นผู้ชี้แนะ ปรับปรุง และให้กำลังใจในการหาแนวทางพัฒนาร่วมกันต่อไป

**4.2.6 การสะท้อนการปฏิบัติ (reflection)** เป็นขั้นตอนที่กลุ่มร่วมกันสะท้อนคิดพิจารณาข้อมูลที่เก็บรวบรวมและวิเคราะห์การปฏิบัติตามกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานตามแผน ปัจจัยสนับสนุน องค์ความรู้หรือบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ รวมทั้งการจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติต่อไปอย่างไร ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนสำคัญที่ระบุกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดำเนินการหลักการ และแนวคิดที่อธิบายการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการพัฒนารวมทั้งระบุข้อควรระวังจากประสบการณ์ที่เป็นอุปสรรค ถ้าทำในวงจรต่อไปเรื่อย ๆ จนสามารถชี้้นำการปฏิบัติงานได้ชัดเจนและลงตัว สามารถวิเคราะห์และสรุปขั้นตอนสุดท้าย เป็นรูปแบบ

กระบวนการ และหลักการที่ใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน เป็นการวิเคราะห์รูปแบบและองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย จนได้รูปแบบที่พอใจ

**4.2.7 การปรับปรุงแผนและทดลองปฏิบัติใหม่ (revised plan and re-implementing)** ผลการสะท้อนการปฏิบัติจะนำมาสู่การปรับปรุงแผน กำหนดกิจกรรมใหม่เพื่อตอบสนองต่อปัญหา หรือความต้องการที่เกิดขึ้น อาจเป็นปัญหาเดิมที่ปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องหรือปัญหาใหม่ที่กลุ่มเห็นว่าควรดำเนินการแก้ไข

**4.3 เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในด้านการเก็บรวบรวมสามารถนำเทคนิคต่าง ๆ มาร่วมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้หลายประเภท เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**4.3.1 การทำสนทนากลุ่ม (focus group discussion)** (พันธุทิพย์ รามสูต 2545: 47) เป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในลักษณะการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นอย่างอิสระ และกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงการสนทนา ซึ่งจะเป็นผู้ถูกเลือกโดยนักวิจัย และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาสาระของเรื่องที่จะทำการสนทนาอย่างดีพอ กลุ่มหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีคนร่วมวงสนทนาเกิน 10 คน เป็นอย่างมาก การสนทนากลุ่มจะทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดจิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ในบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เขาอยู่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เราสนใจศึกษา ในการเก็บข้อมูลวิธีนี้ผู้วิจัยต้องสร้างแนวทางการสนทนา โดยใช้ตัวแปรที่จะศึกษาเป็นแนวทาง โดยจำแนกเป็นหัวข้อ จัดลำดับ และผูกเป็นเรื่องราว นำการสนทนาให้เป็นขั้นตอน เป็นลำดับความคิด การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาจะพยายามให้ได้บุคคลที่มีภูมิหลัง ความสนใจ ความรู้ในเรื่องที่เราจะสนทนาใกล้เคียงกัน มีความยินยอมพร้อมใจและต้องติดต่อนัดหมาย เวลาสถานที่ที่จะสนทนาอย่างเข้าใจดีต่อกัน สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เหมาะสมแก่การสนทนา คือ เงียบสงบ ไม่ร้อน อากาศถ่ายเทดี นั่งสบาย ไม่มีกลิ่น หรือเสียงรบกวน เป็นที่ ๆ สะดวกแก่การนัดหมาย และไปมาของผู้ร่วมวงสนทนา นักวิจัยที่จะร่วมในวงสนทนาจะประกอบด้วย ผู้นำและกำกับ การสนทนา ผู้จัดบันทึกที่จะทำหน้าที่บันทึกย่อการสนทนาของกลุ่ม และมีผู้ช่วยทั่วไปที่จะทำหน้าที่เป็นฝ่ายจัดการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มสนทนา จัดการเกี่ยวกับด้านงานเทคนิค เช่น การอัดเสียง ถ่ายรูป การควบคุมบุคคลหรือสิ่งรบกวนจากภายนอก เป็นต้น

ผู้วิจัยต้องจัดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการสนทนากลุ่มให้พร้อม เช่น กระดาษ ดินสอ สำหรับจัดบันทึก อุปกรณ์บันทึกเสียง เอกสารสิ่งพิมพ์ รูปภาพต่าง ๆ ตลอดจนอุปกรณ์เสริม การสนทนา เช่น เครื่องดื่ม เครื่องขบเคี้ยว ที่จะช่วยให้บรรยากาศการสนทนาผ่อนคลายเป็นกันเอง และสิ่งของสมนาคุณผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อตอบแทนการสละเวลาเข้ามาเข้าร่วมสนทนา ซึ่งอาจเป็นสิ่งของเล็กน้อยในอัตราที่ไม่แพง

การดำเนินการสนทนา จะเริ่มขึ้น เมื่อสมาชิกกลุ่มมาครบ ผู้ทำการสนทนา จะสร้างบรรยากาศด้วยการต้อนรับ แนะนำตัวเองและคณะ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา วิธีการสนทนา ขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงขออนุญาตจดบันทึก รวมทั้งถามคำถามอุ่นเครื่อง เพื่อนำเข้าสู่การสนทนา แล้วจึงนำเข้าสู่คำถามตามที่เตรียมไว้ในแนวคำถาม ขณะที่ผู้ทำการสนทนา และผู้ร่วมสนทนากำลังสนทนานั้น เจ้าหน้าที่จดบันทึกก็จะทำการบันทึกย่อการสนทนาและ บันทึกเสียงการสนทนาตลอดการสนทนา จนสิ้นสุดลงแล้วผู้นำสนทนาอาจซักถามความรู้สึกของ ผู้ร่วมวงสนทนาเกี่ยวกับเรื่องที่สนทนา วิธีการ และบรรยากาศ ตลอดจนข้อคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ประกอบการเขียนรายงานสรุปของผู้วิจัยด้วย

นักวิจัยที่ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา จะต้องเขียนแผนผังการนั่งของผู้เข้าร่วมสนทนา พร้อมทั้งเขียนหมายเลข และชื่อกำกับตำแหน่งไว้ เพื่อประโยชน์ 2 ประการ คือ ผู้นำการสนทนาจะ ได้รู้จักชื่อผู้เข้าร่วมสนทนา และการตั้งคำถามจะได้ตรงกับตัวบุคคลเจ้าของชื่อ นอกจากนั้นผู้ทำหน้าที่จดจะบันทึกคำพูดตรงกับบุคคลที่พูด

การสนทนาดังกล่าวนี้ จะได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับทักษะ และความสามารถของผู้นำการสนทนา รวมทั้งบุคลิกภาพของผู้นำการสนทนา ความสามารถในการสื่อสาร เช่น มีความคล่องในการพูด และฟังภาษาท้องถิ่น ความสามารถที่จะ กระตุ้นให้คนไม่พูดให้แสดงความคิดเห็นออกมา และสามารถคุมคนที่พูดมากให้พูดน้อยลง นอกจากนี้ลักษณะความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มที่สนทนา การเลือกผู้ร่วมสนทนาที่มีความเข้าใจ ความรู้ รวมทั้งประสบการณ์และความสนใจในเรื่องที่สนทนา ก็มีผลต่อความแม่นยำและความ เชื่อถือได้ของข้อมูลด้วย

4.3.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (*in-depth interview*) เป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ที่ต้องการข้อมูลละเอียดลึกซึ้งเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง ไม่ใช่ผู้เก็บข้อมูลหรือพนักงานสัมภาษณ์คนอื่น และต้องตั้งแนวคำถามกว้าง ๆ เตรียมไว้ตาม วัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีจุดสนใจอยู่แล้ว และพยายามหันความสนใจของผู้ให้ สัมภาษณ์เข้ามาสู่จุดที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะรู้มาก่อนว่า ต้องการข้อมูลอะไร ชนิดใด จึงพยายามดึงเข้า หาประเด็นที่ตนต้องการ ในลักษณะที่จะล้วงเอาข้อเท็จจริงออกมาเฉพาะจุดนั้น ๆ อาจจะต้องใช้ วิธีรุกผู้ตอบด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ตั้งสถานการณ์สมมติให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น หรือตั้งคำถาม แบบตีขลุมเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงปฏิกิริยาตอบออกมา แต่ต้องระวังไม่ให้เป็นการก้าวร้าว เกินไป การสัมภาษณ์แบบนี้อาจต้องกำหนดตัวผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (*key informants*) ไว้เป็นการ เจาะจงก่อน โดยผู้วิจัยต้องมีความรู้ว่าใคร คือ ผู้ที่ตนควร ไปสัมภาษณ์ และใครที่จะรู้เรื่องที่ตน ต้องการอย่างละเอียดลึกซึ้งเพียงพอ

เทคนิคของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องมีศิลปะการฟัง ซึ่งต้องหัดฟัง และจับความอย่าง  
 อดทนและถูกต้อง เพราะคำตอบจากการสัมภาษณ์แบบลึกจะไม่ใช่คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์  
 ด้วยแบบสอบถาม ผู้สัมภาษณ์ต้องรู้และเข้าใจภาษาของผู้ให้สัมภาษณ์คือพอ ซึ่งจะทำให้สนทนากัน  
 ได้ลึกซึ้ง นอกจากนี้ควรเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วย  
 วิธีการต่าง ๆ เช่น ถามซ้ำด้วยคำถามหลาย ๆ อย่าง ตรวจสอบคำตอบจากเอกสาร หรือหลักฐาน  
 อื่น ๆ สัมภาษณ์ซ้ำในสถานการณ์อื่น ๆ กับผู้ให้สัมภาษณ์คนเดียวกัน หรือเปรียบเทียบคำตอบกับ  
 ผู้ให้สัมภาษณ์ต่างคนกัน เป็นต้น แต่ต้องเลือกดูว่าผู้ให้สัมภาษณ์ที่ต่างกันนั้น มีภูมิหลังคล้ายกัน  
 หรือไม่แตกต่างกันเกินไปด้วย

สำหรับการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมฯ ครั้งนี้  
 ได้นำระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มาใช้ โดยผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการจัด  
 สนทนากลุ่มเป็นหลักในการดำเนินการร่วมกับการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เนื่องจาก  
 จุดเด่นของการทำวิจัยโดยใช้การสนทนากลุ่ม คือ คำตอบที่ได้จะเกิดจากการพูดคุยและการแสดง  
 ความคิดเห็นของผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง ทำให้ได้ข้อมูล  
 ในเชิงลึกจากผู้ที่มีความสนใจ มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาโดยตรง ส่วนการใช้เทคนิค  
 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทำให้ได้ข้อมูลจากบุคคลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลจากการเข้ากลุ่มได้

จากแนวคิดตลอดจนกระบวนการดำเนินการดังกล่าว ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความ  
 สอดคล้องเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็ก ๆ  
 สู่อุปกรณ์เปลี่ยนแปลงในการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
 และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าใจสถานการณ์ปัญหาของ  
 การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจนั้น ๆ อย่างถ่องแท้ มีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบและทดลองปฏิบัติ  
 ในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ตั้งแต่การร่วมกันวิเคราะห์วางแผน (planning) การปฏิบัติ (action)  
 การสังเกต (observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) และการปรับปรุงแผน (re-planning)  
 จนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์ ในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
 ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึง ได้นำเอาการวิจัย  
 เชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งจะทำให้การพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ  
 ในครั้งนี้ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

## 5. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

### 5.1 ความหมายของความพึงพอใจ มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2531) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ และเหมาะสม

พจนานุกรมทางจิตวิทยา ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ หมายถึง สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความพึงพอใจที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึก (เดยหอม บุญพันธ์ 2539: 36)

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's 1985) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นปฏิกิริยาหรือระดับความพึงพอใจในการได้รับจากการตอบสนองตรงตามความต้องการ การทำให้เกิดความพึงพอใจ ความชอบ ความยินดีต่อสิ่งที่ได้รับ

ศิริรัตน์ นิตยสุทธิ (2542) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกทางบวก ซึ่งแสดงออกถึงความสุขของผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการสนองตอบต่อความต้องการต่อชีวิตการทำงาน และการที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตการทำงานของตน บ่อมแสดงว่าชีวิตการทำงานนั้นมีคุณภาพ

Johns (1992: 137) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ผลรวมของทัศนคติที่ผู้ปฏิบัติงานมีเกี่ยวกับงาน

Gordon (1996) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจในงานเป็นผลจากการที่บุคคลรู้สึกว่างานของตน ได้รับความสำเร็จ ได้รับความสนใจในคุณค่าและมาตรฐานของงานนั้น

Gibson, Ivancevich, and Donnelly (2000) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทัศนคติส่วนบุคคลเกี่ยวกับงาน เป็นผลจากการรับรู้งาน ขึ้นกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมในงาน เช่น ลักษณะการนิเทศ นโยบายและวิธีการปฏิบัติ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มการทำงาน สภาพงาน และผลประโยชน์

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกในทางบวก ความรู้สึกชื่นชม มีความเต็มใจ หรือทัศนคติที่ดีของบุคคลที่มีต่องานที่ได้ปฏิบัติ อันเนื่องมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการ ส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน และทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

## 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่า เป็นภาวะของความพึงพอใจหรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก ที่มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกชอบงานของคนคนนั้น จะขึ้นอยู่กับว่างานนั้นได้ทำให้บุคคลนั้นได้รับความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ชีวิตอยู่รอดหรือสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย สิ่งที่เขาขาดหายไประหว่างงานที่เสนอให้ทำกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับเป็นรากฐานแห่งความพอใจและความไม่พอใจได้

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มีงาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจสูง มักหมายความว่า คนชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน การดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานมากขึ้นความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

Mcchinsky (1993: 290) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ กล่าวคือ เป็นระดับของความรู้สึกชอบ พอใจ และยินดีที่ตนได้รับจากงาน ความพึงพอใจในงานนี้เป็นการตอบสนองที่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล

Triandis (1997) กล่าวถึงแนวคิดความพึงพอใจว่า เป็นแนวคิดเจตคติของบุคคล โดยแนวคิดดังกล่าว เป็นแนวคิดทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลจะพึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ต้องเกิดการรับรู้ว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าเมื่อรับรู้แล้วจะมีปฏิกิริยาที่แสดงถึงความรู้สึกร่วมทางอารมณ์ว่า ชอบหรือไม่ชอบ พึงพอใจหรือไม่ต่อสิ่งนั้น โดยแสดงพฤติกรรมว่าชอบหรือไม่ชอบออกมาให้บุคคลอื่นเห็น สำหรับแนวคิด เจตคติของบุคคลของ Triandis (1997) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานของเจตคติไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านความคิด (cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลใช้ความคิดในการจำแนกสิ่งต่าง ๆ และแสดงความคิดในสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้น ๆ นั่นคือ การที่จะอธิบายถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลจะต้องมีความคิดความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ก่อน

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก จะเป็นตัวกระตุ้นความคิดอีกต่อหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งนั้นว่าดี บุคคลก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย



3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavioral intention component) หมายถึง ความโน้มเอียงในการปฏิบัติ ได้แก่การที่บุคคลมีแนวโน้มหรือทำท่าทีที่จะเลือกปฏิบัติขึ้นอยู่กับความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ด้วย

อย่างไรก็ตาม เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรม นำทั้งสามส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนไป ก็อาจทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงไปได้ นอกจากนี้ก็ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนเจตคติ ได้แก่ แหล่งข้อมูลหรือข่าวสาร และลักษณะของผู้รับข่าวสาร ความคิดและประสบการณ์ใหม่ ๆ รวมทั้ง การได้รับแรงเสริม

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ องค์ประกอบบางประการมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า องค์ประกอบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ให้ความสำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงานมาก เน้นการสร้างสัมพันธภาพภายในองค์กร สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งคนและงานไปพร้อม ๆ กัน ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพราะจะทำให้พยาบาลได้มีโอกาสร่วมมือทำงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ โดยนำแนวคิดทฤษฎีการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีกระบวนการดำเนินการ และมีพื้นฐานที่ครอบคลุมกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกด้าน ทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปปรับใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และเมื่องานประสบความสำเร็จก็ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกภาคภูมิใจ พึงพอใจในรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ได้ร่วมกันพัฒนา ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ นับเป็นสิ่งจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้พยาบาลพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ดี เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับความพึงพอใจของนักวิชาการมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลก่อน และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาตี บุญศรีรัตน์ (2543) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วย โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การใช้คู่มือการบริหารความเสี่ยงและแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการปรับปรุงให้เหมาะสมทุกวงจร จะทำให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์ทางคลินิกและอุบัติการณ์ทั่วไปลดลง

ขวัญเรือน แพร้งสกุล (2544) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะความเครียดในผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า สถานการณ์ทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวด การดูแลเสมหะ การนอนท่าเดิวนาน ๆ ความกระหายน้ำ การนอนไม่หลับ ส่วนทางด้านจิตใจ ได้แก่ การไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างปรกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง การพึ่งพาผู้อื่น เจ้าหน้าที่ไม่สนใจดูแล การถูกจำกัดเฉพาะที่ในเตียง ในหอผู้ป่วย ไม่สามารถติดต่อกับภายนอกได้ กลัวตาย การไม่ทราบระยะเวลาที่ต้องอยู่รักษาตัว ไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัว สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง สี เสียง ส่วนพยาบาลรับรู้สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้เครียดของผู้ป่วย เช่น การคาท่อช่วยหายใจ การดูแลเสมหะ การเจ็บปวด กระหายน้ำ ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ การนอนท่าเดิวนาน ๆ การมีท่อติดตัว การพลิกตัวบ่อย ความหิว กลัวตาย ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้เครียดของผู้ป่วยตามที่พักพยาบาลทราบ เช่น การคาท่อช่วยหายใจ กลัวตาย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ ได้ยินเสียงเครื่องมือ สัญญาณเตือน การรักษาด้วยอุปกรณ์เครื่องมือที่ขุ่นยาก การดูแลเสมหะ และความเจ็บปวด

ชะลอ น้อยเผ่า (2544) ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติตามกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยงตามแนวคิดของ Wilson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาภาวะเสี่ยง 2) การประเมินภาวะเสี่ยง 3) การกำหนดแนวทางในการจัดการภาวะเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการภาวะเสี่ยง โดยการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีแนวโน้มจะปฏิบัติได้มากขึ้น เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการจัดการภาวะเสี่ยง และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานทางด้านบริหารที่มากขึ้น

ทิพย์พร แซ่ฉิน (2545) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายวิธีสื่อสารของพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่พยาบาลรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ

ปฏิสัมพันธ์นั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤติ 14 แห่ง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ปฏิสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ข้อจำกัดในการสื่อสารของผู้ป่วย จำนวนและความซับซ้อนของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วย การมีญาติอยู่ใกล้ชิด ในส่วนของพยาบาล ได้แก่ ประสิทธิภาพของพยาบาลในการสื่อสาร และการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล ภาวะอารมณ์ สำหรับความต้องการของผู้ป่วยที่พบคือ ต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ การจัดทำทางที่สุขสบาย ร้อยละ 67 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลร้อยละ 40 ความต้องการดูแลหะร้อยละ 35 ความต้องการควบคุมอุณหภูมิร่างกายร้อยละ 30 ความปวดความไม่สุขสบายร้อยละ 22 ความต้องการติดต่อครอบครัวร้อยละ 15 ความต้องการอาหารร้อยละ 15 ความกลัว ความวิตกกังวลร้อยละ 12.5 ความต้องการควบคุมสิ่งแวดล้อมร้อยละ 12.5 ความกระหายน้ำร้อยละ 10 ตามลำดับ

ปีทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในงานผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง วัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขสภาพปัญหาปริมาณงานที่มาก ขาดแคลนบุคลากร ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน พบว่า ทางด้านสัมพันธภาพ (การมีส่วนร่วม ความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมงาน การได้รับสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (เช่น อิสระในการทำงาน ความมุ่งมั่น ความกดดัน) การคงไว้และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน (เช่น ความชัดเจนของงาน การควบคุมงาน การนำนวัตกรรมมาใช้ และด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน เช่น แสง สี เสียงที่เหมาะสม) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ

เพ็ญทิพย์ เชาวลิต (2545) ศึกษาผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมก่อนและหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแล และเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลและทีมการพยาบาลที่ทำงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยเนื่องจากระบบสืบพันธุ์ชนิดธรรมดาที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของทีมหลังการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้ทีมการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวทางการดูแลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้ทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการอันเนื่องมาจากการให้บริการ 5 เรื่อง คือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับยา เลือด และสารน้ำผิดพลาด 2) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บ การผูกมัด 3) ผู้ใช้บริการตกเตียง/ถื่นล้ม 4) ผู้ใช้บริการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) ผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลผิดคน รูปแบบการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย นโยบาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ และกระบวนการบริหารความเสี่ยงใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล

ศุภรศรี เศษเกษม (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานการบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มการพยาบาล กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 374 คน ผลการศึกษาพบว่า การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มการพยาบาลโดยรวมและรายด้านทุกด้าน คือ ด้านการให้คุณค่ากับบุคลากร การให้ค่าตอบแทนบุคลากร การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงานและการพัฒนาบุคลากร และความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนประสิทธิภาพการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มการพยาบาลทุกด้าน คือ ด้านการให้คุณค่ากับบุคลากร การให้ค่าตอบแทนบุคลากร การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงาน และการพัฒนาบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุเพียร เปรมปราโมทย์ และคณะ (2545) ทำการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อลดอัตราการคั่งท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 จากการศึกษาพบสาเหตุการคั่งท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยอยากพูด ไม่ทราบสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจ และหิวน้ำ นอกจากนี้เมื่อศึกษาช่วงเวลาของการคั่งท่อช่วยหายใจ พบว่า เกิดมากในช่วงเวรตึก ทีมการดูแลได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และจัดทำเครื่องมือคือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะเรื่องการสื่อสาร แบบประเมินตรวจสอบการปฏิบัติงาน และแบบฟอร์มใบรายงานอุบัติการณ์ ผลการศึกษาพบว่า อัตราอุบัติการณ์การคั่งท่อช่วยหายใจลดลง

จันทรา จินดา (2546) ทำการศึกษา เรื่องผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สร้างและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ร่วมกับแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรวัดระดับความเร่งด่วนของ CTAS (1998) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน

เพ็ชรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการการจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สร้างโดยใช้หลักการการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิสมัย คุณาภรณ์ (2546) ทำการศึกษา เรื่องผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยรับใหม่ จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามรูปแบบการ

บริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฟื่องทอง มธุรชน (2546) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าโดยให้พยาบาลทีมศัลยกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยตรง มีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบการบันทึกในการประเมินความพร้อมและประเมินสภาพปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทั้งระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจหลังการใช้แบบบันทึกสูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก

อภิญา ทิท่า (2546) ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน และประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน จำนวน 16 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงภายหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้สูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดารารัตน์ หงส์ทอง (2547) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมกับผลของการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาล ที่โรงพยาบาลตำรวจ โดยการสำรวจจากพยาบาลประจำการแผนกออร์โธปิดิกส์ ในการใช้แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการปฏิบัติงานของพยาบาลตามความรับรู้ของผู้ป่วย และคะแนนความพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ เช่น เข้าใจข้อมูลทั้งในการรักษาพยาบาล สภาพร่างกาย จิตใจ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนทั้งความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ความสะดวกสบายในการวางแผนและกำหนดแนวทางปฏิบัติหน้าที่ ได้ถูกต้องชัดเจน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีรูปแบบการบันทึก

สุกัญญา ตำราญพิศ (2547) ศึกษาการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัดในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในสามัญหญิงของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 10 คน ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกมัด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน และเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรม

โดยการผูกมัดหลังการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยง ต่ำกว่าก่อนใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิภรณ์ ฉะช้อย (2547) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วย จำนวน 11 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ราย โดยทำการศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจและนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบชั่วคราว การประเมินความปวด เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการถ่ายภาพ และ 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการใช้นันทิกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ และตรวจสอบเวชระเบียน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บทบาทพยาบาลในการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ ต้องอาศัยความร่วมมือ ความยืดหยุ่น การแก้ไขที่ตรงกับปัญหา ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดรูปธรรมในการดูแลความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง และมีระบบบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารถึงข้อมูลการปวด และกิจกรรมการจัดการความปวด นำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) ทำการศึกษาเรื่องผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุษฎี ใจโปร่ง (2548) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วัดอุประสงค์เพื่อการนำญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (ด้านการประเมินอาการ การวางแผนดูแล การปฏิบัติ การประเมินผล) ทศนคติ (ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของจิตใจ) และการปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (การประเมินอาการ ปัญหา ปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การประเมินผล) เพิ่มขึ้น

สายหยุด นพตลุง (2551) ศึกษาการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยเน้นให้พยาบาลและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาด้วยกัน พบว่า ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วย-ญาติลดความวิตกกังวลลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสมและหายใจได้เองอย่างเพียงพอ

Shu-Hui Yeh et al. (2003) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักของประเทศไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 1,176 ราย พบอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจถึง 225 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.5 ผลจากการศึกษาพบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการดึงท่อช่วยหายใจเองถึงร้อยละ 91.7 และร้อยละ 8.3 เกิดจากอุบัติเหตุที่มีได้ตั้งใจ สำหรับอุบัติการณ์การดึงท่อของผู้ป่วยช่วงเวลาที่เกิดส่วนมากเกิดใน ช่วงเวรคึก และอยู่ในการดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย ส่วนอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีได้ตั้งใจส่วนมากเกิดจากการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ ซึ่งบ่อยครั้งต้องทำการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่และทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

Carmen Bouza (2006) ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศสเปน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 344 ราย ผลจากการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 34 ราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจเอง และร้อยละ 29 เกิดจากอุบัติเหตุโดยมิได้ตั้งใจ สำหรับอุบัติการณ์ที่เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจมักเกิดในช่วงเวรคึก ซึ่งไม่มีการดูแลข้างเตียงของพยาบาล ส่วนอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่เกิดจากอุบัติเหตุโดยมิได้ตั้งใจส่วนมากเกิดในช่วงเวรเช้าที่มีการดูแลหรือให้การพยาบาลข้างเตียง และผู้ป่วยนั้นมีเครื่องมืออุปกรณ์หลายชิ้นที่ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 15 ของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเกิดในขณะที่ผู้ป่วยไอ และคาดว่าวิธีการ



ยึดติดหรือพันผ้าเทปไม่ดีเพียงพอ และร้อยละ 3 เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น กำลังเอกซเรย์ หรือมือเจ้าหน้าที่ไปปิดโคนโดยมิได้ตั้งใจ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน บุคลากรในหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นอย่างดี เพื่อนำมาบริหารจัดการในการป้องกันการหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ส่วนแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของสมาชิกในหน่วยงาน กล่าวคือ เมื่อพยาบาลได้รับอำนาจหน้าที่ ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาในการสร้างงาน จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานที่สร้างร่วมกัน ทุกคนจะทุ่มเทความสามารถและความพยายามเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน การหาแนวทางป้องกัน แก้ไข การกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เพื่อลดความเสี่ยง การนำไปทดลองใช้ในกระบวนการปฏิบัติแต่ละขั้นตอน และการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เพื่อเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

วิธีดำเนินการวิจัยนำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. พื้นที่ศึกษาวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. พื้นที่ศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยที่ห้องผู้ป่วยหนัก 1 เนื่องจากเป็นห้องที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีขนาดของพื้นที่ไม่ใหญ่เกินไป สะดวกในการศึกษา สอดคล้องกับประเด็นข้อปัญหา และวัตถุประสงค์ของการศึกษา (เบญญา ยอดคำเนิน 2544: 96-97) สำหรับสภาพห้องผู้ป่วยหนักสรุปได้ดังนี้

1.1 ห้องผู้ป่วยหนัก 1 มีลักษณะเป็นห้องผู้ป่วยชนิดปิด (closed unit) มีจำนวนเตียงทั้งหมด 9 เตียง และมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยแผลใหม่ 2 ห้อง ๆ ละ 1 เตียง สำหรับแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยจะรับผู้ป่วยคัดลยกรรมทั้งหมดทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือผู้ป่วย

ภายหลังได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยอาจมีความผิดปกติทางอวัยวะ หรือ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น โดยมีผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 35 รายต่อเดือน การดูแลในระบะวิกฤตินี้ อาศัยทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถ ร่วมกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงในการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพ มีทั้งหมด 16 คน ลักษณะการปฏิบัติงานมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง คือ เวรเช้า (8.00-16.00 น.) เวรบ่าย (16.00-24.00 น.) และเวรดึก (24.00-08.00 น.) สำหรับการจัดจำนวนบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรมีดังนี้ คือ เวรเช้ามีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน เวรบ่าย จำนวน 3 คน เวรดึก จำนวน 3 คน และเสริมพยาบาลอีก 1 คน ดูแลห้องผู้ป่วยแผลไหม้ผลัดละ 1 คน

1.3 ลักษณะการจัดสภาพห้อง มีดังนี้ คือ จัดผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม จำนวน 8 เตียง อยู่ตรงข้ามกับเคาน์เตอร์พยาบาล และอีก 1 เตียง อยู่ในห้องกระจกทางด้านปีกขวาของเคาน์เตอร์พยาบาล ส่วนห้องแยกสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ จำนวน 2 ห้อง อยู่ในห้องกระจกทางด้านปีกซ้ายของเคาน์เตอร์พยาบาล ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรค คือ สถานที่การจัดตั้งเตียงในส่วนผู้ป่วยที่อยู่บริเวณเตียงที่ 6-8 จะอยู่ในตำแหน่งที่ค่อนข้างไกลจากเคาน์เตอร์พยาบาล ทำให้การสังเกตการณ์เลื่อน/หลุดของท่ออาจไม่ชัดเจน ส่วนห้องแยกที่อยู่ในส่วนทางด้านปีกขวาของเคาน์เตอร์พยาบาล ตำแหน่งของเตียงถึงแม้อยู่ในห้องกระจก แต่บางส่วนจะถูกบังด้วยผนังห้องทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 2.1 ประชากร คือ

2.1.1 *ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ* ซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 จำนวน 37 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัวต้องได้รับความยินยอมจากญาติในการเข้าร่วมการวิจัยแทน

2.1.2 *ญาติของผู้ป่วย* ที่เกิดอุบัติเหตุที่ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551 มีจำนวน 37 คน

2.2.3 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติ งานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาล  
สมุทรสาคร มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 ปี ในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม  
พ.ศ.2551 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 16 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนประชากรทั้งหมด

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

3.1.1 เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ได้แก่

1) แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2) แบบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 4) เทคนิคการสนทนากลุ่ม

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้แก่

1) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
2) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ 3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย  
4) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 5) เทคนิคการสนทนากลุ่ม และ 6) อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น เทป กล้องถ่ายวิดีโอ กระดาษ ดินสอ ปากกา เป็นต้น

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

เพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของ  
พยาบาล ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้แก่  
1) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และ 2) แบบสอบถามความ  
พึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

3.2 วิธีการสร้างเครื่องมือวิจัย

3.2.1 แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้นำแบบบันทึกรายงาน  
อุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีอยู่เดิมมาใช้

3.2.2 แบบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

1) วิธีการสร้าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจาก  
เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นแนวคำถามแบบปลายเปิด  
ให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็น บอกเล่าประสบการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง ถึงสาเหตุ  
ปัญหาที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น สภาพร่างกาย จิตใจ การติดต่อสื่อสาร ความรู้ความ  
เข้าใจ เป็นต้น (รายละเอียดปรากฏในภาคผนวก ค หน้า 151)

2) การตรวจสอบคุณภาพ นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น มาขอคำปรึกษา แนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ ให้ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนสมบูรณ์จึงนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

### 3.2.3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

1) วิธีการสร้าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเป็นแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น สภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติป้องกันและแก้ไข ทั้งในระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว แนวคำถามนี้จะใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2) การตรวจสอบคุณภาพ นำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น มาขอคำปรึกษาแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ ให้ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนสมบูรณ์ จึงนำไปใช้ในการสนทนากลุ่ม

### 3.3.4 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

#### 1) วิธีการสร้าง

(1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาแนวคิดของนักวิชาการ ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอคำปรึกษา แนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการกำหนดแผนการสอน

(2) กำหนดเนื้อหาประกอบแผนการสอน เพื่อให้ผู้อบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การประเมินผู้ป่วย การจำแนกประเภทของผู้ป่วย กระบวนการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เช่น การวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุ การประเมินระดับความรุนแรง วิธีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การประเมินผลจากการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อการวางแผนการดูแล การป้องกันแก้ไขความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยกำหนดการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ดังนี้

ก. การฝึกอบรมด้านภาคทฤษฎี ให้ผู้เข้าอบรมได้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม การป้องกันและแก้ไขท่อช่วยหายใจ เลื่อน/หลุด (รายละเอียดเนื้อหาประกอบแผนการสอนอยู่ในภาคผนวก ง หน้า 165)

ข. การฝึกอบรมด้านภาคปฏิบัติ โดยใช้เทคนิควิธีการจัดสนทนา กลุ่มย่อย (focus group discussion) โดยกำหนดแนวทางคำถามในการสนทนากลุ่มย่อย ให้ผู้เข้าอบรมได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ประเมินระดับความรุนแรง การวิเคราะห์กำหนดรูปแบบบริหารจัดการความเสี่ยงการเลื่อน/หลุดของท่อ และการติดตามประเมินผล

2) การตรวจสอบคุณภาพ นำแผนการสอนและโครงการอบรมที่สร้างขึ้น มาปรึกษาขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ให้ตรวจสอบความครอบคลุมของ เนื้อหาวิชาอบรม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการ ศึกษาวิจัย ความเหมาะสมของโครงการอบรม ระยะเวลา วิธีการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำ ก่อนนำแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการไปใช้

### 3.2.5 แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

1) วิธีการสร้าง แบบบันทึกนี้สร้างโดยพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก 1 และผู้วิจัย ได้ร่วมกันพัฒนาปรับปรุงจากแบบฟอร์มบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ได้ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบัน รวมทั้งได้ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอคำปรึกษาแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแบบบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูล ในการติดตามประเมินผลการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งแบบบันทึกนี้ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ช่วงวัน เวลาการเกิดอุบัติการณ์ ลักษณะของการหลุด การเลื่อน และสาเหตุการหลุดหรือเลื่อนของ ท่อช่วยหายใจ ระดับความรุนแรง การดำเนินการแก้ไข และแนวทางการป้องกัน เป็นต้น (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก จ หน้า 178)

2) การตรวจสอบคุณภาพ นำแบบบันทึกติดตามประเมินผลฯ มาขอ คำปรึกษาคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง ให้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการ ศึกษาวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำแบบบันทึก ไปใช้จริง

### 3.2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

#### 1) วิธีการสร้าง

(1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของพยาบาล แล้วนำมาประยุกต์ใช้ สร้างเป็นแบบสอบถาม (รายละเอียด อยู่ในภาคผนวก ค หน้า 151)

(2) การสร้างแบบสอบถามฯ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ การศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก และประสบการณ์การเคยผ่านการอบรม เรื่องการบริหารความเสี่ยง ลักษณะของแบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความ โดยให้ผู้ตอบ ตอบตามความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert โดยแบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การตอบให้เลือกได้เพียง คำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผล ดังนี้

เกณฑ์ในการให้คะแนน มีดังนี้

5 คะแนน หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน หมายถึง	พึงพอใจมาก
3 คะแนน หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1 คะแนน หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนด้านความพึงพอใจ มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำไป หาค่าเฉลี่ย ซึ่งใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร 2542)

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.50 - 4.49	พึงพอใจมาก
2.50 - 3.49	พึงพอใจปานกลาง
1.50 - 2.49	พึงพอใจน้อย
1.00 - 1.49	พึงพอใจน้อยที่สุด

2) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบ และได้รับการแก้ไขขั้นต้นจาก อาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ ความตรงเชิงเนื้อหาที่มีคุณภาพ (content validity index) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความตรงรายข้ออยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.91

(2) *ตรวจสอบความเที่ยง (reliability)* โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลอง (try out) ใช้กับพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 2 โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีจำนวน 16 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 แล้วนำมาปรับปรุงและขอความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

3.2.7 *ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย* เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ พร้อมทั้งการบันทึกเทปขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.8 *อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก* เป็นเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป กระดาน หรือกระดานใหญ่สำหรับเขียน ปากกาเมจิก กระดาษจดบันทึก ปากกาและดินสอ อุปกรณ์เสริม เช่น ขนมน้ำ และของที่ระลึก เป็นต้น

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

4.1 *ระยะเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ* (ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551) การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1.1 *การศึกษาสภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ* การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

1) *การรวบรวมข้อมูล* โดยใช้แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด และจำนวนครั้งของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2) *การรวบรวมข้อมูล* โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ที่มีประวัติข้อมูลท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 9 คน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551

3) *การรวบรวมข้อมูล* ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสาเหตุท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจากพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 16 คน



4.1.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 16 คน โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

4.2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ ในระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสนทนากลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

4.3 ระยะเวลาประเมินผลรูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

4.3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการใช้แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

4.3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ขั้นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และขั้นประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

## 5. การดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

การดำเนินการวิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ขั้นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และขั้นประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาสภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ย้อนหลัง 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2550 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาและวิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น เพื่อจัดเตรียมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติทั้งหมดของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อชี้แจงถึงแนวทางการดำเนินโครงการ เพื่อปรึกษาหารือเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพ

ปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ขอความเห็นชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติม

3. จัดทำโครงการอบรมฯ เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขออนุมัติดำเนิน โครงการอบรมฯ

4. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551 โดยใช้ แบบสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติซึ่งเคยมีประวัติท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยเลื่อน/หลุด ซึ่งแนวคำถามจะเป็นคำถามเกี่ยวกับสภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ความรู้สึก และข้อเสนอแนะ โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติต้องมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ข้อมูล และมีใบยินยอมให้ผู้ป่วยและญาติลงนาม

5. เก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยใช้แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551

6. ขอบพบหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติของห้องผู้ป่วยหนัก 1 เพื่อปรึกษาหารือเพิ่มเติมถึงสภาพปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น และร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินการจัดโครงการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารความเสี่ยงในการป้องกันและแก้ไขปัญหาท่อเลื่อน/หลุดให้กับพยาบาล รวมทั้งการขอความยินยอมของพยาบาลผู้ปฏิบัติในการเข้าร่วม โครงการวิจัย และพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

7. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่เคยปฏิบัติมาก่อนการจัดอบรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่

8. เตรียมความพร้อมของพยาบาล ด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย มีวิทยากรและผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกอบรม โดยแบ่งผู้ฝึกอบรม 3 กลุ่ม ๆ ละครั้งวัน ระหว่างวันที่ 1-3 กันยายน พ.ศ.2551 ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีพยาบาลผู้เข้ารับการอบรมกลุ่มละ 5-6 คน โดยการอบรมมีรายละเอียดดังนี้

8.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยกับผู้เข้ารับการอบรม โดยแนะนำวิทยากรและทีมงาน ชี้แจงถึงกำหนดการอบรม วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ทำความตกลงร่วมกันในการร่วมกิจกรรม และให้ผู้เข้าร่วมโครงการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งขอความยินยอมในการบันทึกเสียง และการถ่ายภาพขณะทำการอบรมและสนทนากลุ่ม

**8.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยง และรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** โดยการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รายละเอียดเนื้อหาของแผนการสอนอยู่ในภาคผนวก ง หน้า 165) โดยให้ผู้เข้าอบรม เรียนรู้จากการนำสภาพปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยมาตั้งเป็นประเด็นศึกษาให้ผู้เข้าอบรม ร่วมกันฝึกปฏิบัติในการวิเคราะห์หาสาเหตุ การประเมินระดับความรุนแรง คิดค้นหาวิธีการบริหารจัดการแก้ไข ป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

**8.3 วางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและผู้วิจัย** เพื่อกำหนดตารางการดำเนินงาน รวมถึงกำหนดวันที่ และสถานที่นัดหมายครั้งต่อไปในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจัดให้มีการสนทนากลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้

**สนทนากลุ่มครั้งที่ 1** เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ประเมินระดับความรุนแรงของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร และวิเคราะห์หาแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แล้วนำไปทดลองใช้

**สนทนากลุ่มครั้งที่ 2** เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไข แล้วการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับใหม่ ไปทดลองใช้ครั้งที่ 2

**สนทนากลุ่มครั้งที่ 3** เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ประเมินผลจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติครั้งที่ 2 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาให้เป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์

**9. ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** โดยหลังจากอบรมเชิงปฏิบัติการของแต่ละกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้จัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ครั้งที่ 1 มีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คือ ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพ ห้องผู้ป่วยหนัก 1 ที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 3-4 คน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการสนทนา มีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จดบันทึกรายงาน การสนทนากลุ่มในขั้นตอนนี้จะเน้นที่การร่วมกันค้นหาสภาพสาเหตุการเกิดปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจดังกล่าวข้างต้น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจจนได้ข้อสรุป จึงให้ทุกคนได้ร่วมกันลงมติสรุปสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

สำหรับการสนทนากลุ่มในส่วนของกรณีศึกษาวิเคราะห์หาแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจจะได้กล่าวต่อไปในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

## ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดำเนินการดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ สำหรับขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินการสนทนากลุ่มที่ต่อเนื่องจากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2551 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอผลสรุป การวิเคราะห์หาสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1

1.2 พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติ การบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย ด้วยการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนร่วมกันอภิปรายประเด็นต่าง ๆ และวิเคราะห์หาแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ และภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จนได้ข้อสรุป จึงให้ทุกคนได้ร่วมกันลงมติสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในเบื้องต้น

1.3 สรุปผลการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันจัดทำแผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) ซึ่งเป็นการสรุปขั้นตอนการปฏิบัติทั้งหมด เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหากรณีท่อช่วยหายใจ/ เพื่อให้พยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้อง มองเห็นภาพกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบที่เข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และสามารถปฏิบัติ การบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจไปในทิศทางเดียวกันอย่างสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

1.4 ปรับปรุงแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยและพยาบาลที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ร่วมกันปรับปรุงจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 เพื่อจะได้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลติดตามประเมินผลอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้ปฏิบัติ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป โดยให้พยาบาลทุกคนที่พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึก และมีการส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ ซึ่งแบบบันทึกติดตามประเมินผลนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ช่วงวัน เวลาการเกิดอุบัติการณ์

ลักษณะของการหลุด การเลื่อน และสาเหตุการหลุดหรือเลื่อนของท่อช่วยหายใจ ระดับความรุนแรง การดำเนิน การแก้ไข และแนวทางการป้องกันเป็นต้น (รายละเอียดแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจอยู่ในภาคผนวก จ หน้า 198)

## 2. นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เบื้องต้นไปทดลองใช้

พยาบาลผู้เข้ารับอบรมได้นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) และแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจไปทดลองปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก 1 เป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551) โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์และคอยเป็นที่ปรึกษาตลอดเวลาหากเกิดปัญหาหรือข้อขัดข้อง ในช่วงระหว่างทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ นี้จะมีการใช้ ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยในแต่ละเวรจะมีการประชุมกลุ่มย่อยในการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมวิเคราะห์ หาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงพัฒนา เพื่อให้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้ติดตามรวบรวมข้อมูลที่เป็นบันทึกในแต่ละเวร พร้อมทั้งนับวัน เวลา สถานที่ ประเมินติดตามผลในครั้งที่ 2 เพื่อนำมาสรุปปัญหา สะท้อนให้กลุ่มได้รับทราบในภาพรวมทั้งหมด

## 3. ติดตามประเมินผลการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เบื้องต้นไปทดลองใช้

โดยผู้วิจัยนัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2551 เวลา 13.00-16.00 น. เพื่อติดตามประเมินผลการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เบื้องต้น ที่นำไปไปทดลองใช้ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551 โดยกลุ่มร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจภายหลังทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เบื้องต้นที่พัฒนาขึ้น พร้อมทั้งติดตามความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติฯ และความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือ

## 4. นำปัญหามาทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันทบทวน ปรับปรุงแก้ไข ต้นแบบ และหาข้อสรุปจนได้แนวทางปฏิบัติที่มีความครอบคลุมและเหมาะสมในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หลังจากนั้นมีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับปรุงแก้ไขใหม่ไปปฏิบัติจริงอีกครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551 และติดตามประเมินผล

โดยระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว พยาบาลแต่ละเวรจะมีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อติดตามประเมินผลและนำสภาพสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมวิเคราะห์ หาแนวทางการแก้ไขและ

ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์และคอยเป็นที่ปรึกษาแนะนำหากเกิดปัญหาหรือข้อขัดข้องอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งนัดวัน เวลาและสถานที่ เพื่อการติดตามในครั้งที่ 3

5. สรุปรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ขั้นสุดท้าย โดยการจัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2551 เวลา 13.00-16.00 น. เพื่อร่วมกันสรุปผลการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับปรุงแก้ไขใหม่ไปใช้ในภาพรวม ข้อดี ข้อด้อย และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เมื่อไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จึงจัดทำเป็นคู่มือการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเผยแพร่ต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัย ภายหลังจากการประชุมกลุ่มสรุปรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยใช้แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่ได้ปรับปรุง โดยผู้วิจัยและพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อนการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ (ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2551) กับหลังการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ แล้ว (ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2551)

2. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาล ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยให้พยาบาลตอบแบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยแบ่งเป็น การวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อค้นหาสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และหาแนวทางในการบริหารจัดการความ

เสี่ยงๆ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อจะนำไปสู่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตอบคำถามการวิจัย และมีการตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยใช้ Member checks ด้วยการสะท้อนข้อมูลวิเคราะห์ที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

**6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** ด้วยการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

**6.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ในส่วนการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ใช้สถิติ Chi-Square

**6.2.2 เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** ของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วม ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่า Chi-Square

**6.2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ** ของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วม ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

## 7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

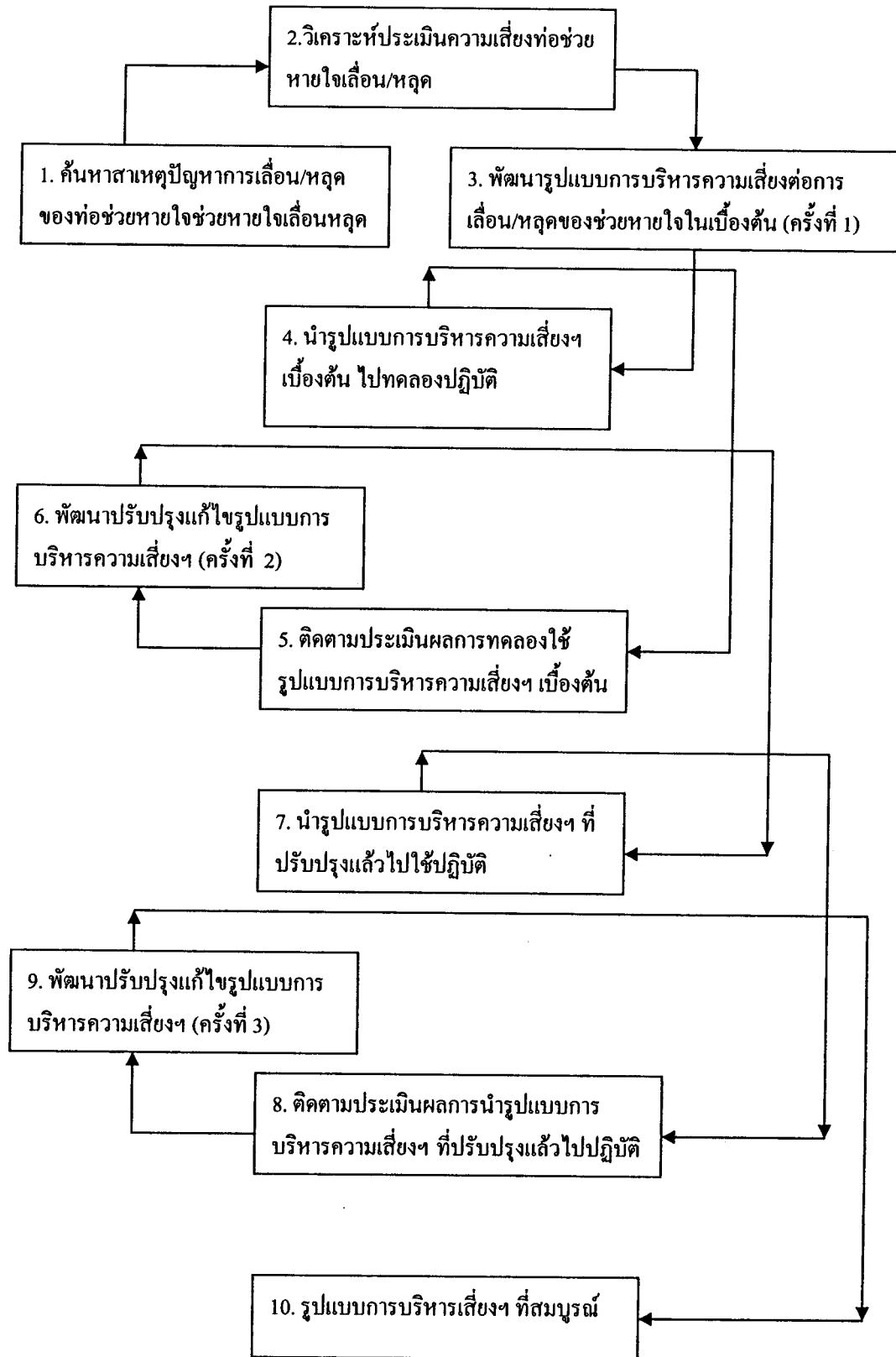
**7.1 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยหลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย และได้รับการอนุมัติจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้ดำเนินการวิจัยได้**

**7.2 ทำหนังสือชี้แจงเพื่อขอความอนุเคราะห์จากประชากรก่อนเข้าร่วมในการวิจัย**

**7.3 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย** โดยบอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการ และการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด ผู้ที่ตอบรับต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินโครงการ และการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และจะออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้

**7.4 คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น**

**7.5 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ**



ภาพที่ 3.1 วงจรการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในบทนี้เป็น การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากร

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย คือ 1) การวิเคราะห์หาสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ป่วยและญาติ และการรวบรวมข้อมูลจากสนทนากลุ่มพยาบาลของห้องผู้ป่วยหนัก 1 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำนวน 16 คน ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 และ 3) การเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยง

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากร

#### 1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน จำแนกตามลักษณะพื้นฐานได้ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (n=16)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	2	12.50
หญิง	14	87.50
<b>อายุ</b> (min = 24 ปี, max = 44 ปี, $\bar{X}$ = 33.25, SD = 6.95)		
20-30 ปี	7	43.75
31-40 ปี	5	31.25
41-50 ปี	4	25.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	15	93.75
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.25
<b>ประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1</b>		
1-5 ปี	5	31.25
6-10 ปี	7	43.75
มากกว่า 10 ปี	4	25.00
<b>ประสบการณ์การอบรมการบริหารความเสี่ยง</b>		
เคย	16	100
ไม่เคย	0	0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวนทั้งหมด 16 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 ผู้ที่อายุน้อยที่สุด คือ 24 ปี อายุมากที่สุด คือ 44 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 33.25 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิง ร้อยละ 87.50 คุณวุฒิส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.75 และมีประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 เป็นเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 43.75 และทุกคนเคยผ่านประสบการณ์การอบรมการบริหารความเสี่ยงมาแล้ว

## 1.2 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยและญาติที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อนการ ใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ.2551 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและญาติที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนใช้รูปแบบการบริหาร ความเสี่ยง ฯ เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551 จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (n=37)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	ผู้ป่วย		ญาติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	24	64.86	15	40.54
หญิง	13	35.14	22	59.46
<b>อายุ</b>	(min = 18 ปี, max = 71ปี $\bar{X} = 43.73, SD = 6.60$ )		(min = 26 ปี, max = 65 ปี $\bar{X} = 5.00, SD = 15.88$ )	
18-20 ปี	5	13.51	0	0
21-30 ปี	4	10.81	2	5.40
31-40 ปี	5	13.51	18	48.65
41-50 ปี	7	18.92	11	29.73
51-60 ปี	7	18.92	5	13.61
มากกว่า 60	9	24.32	1	2.70
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้ศึกษา	11	29.73	4	10.81
ประถมศึกษา	14	37.84	10	27.02
มัธยมศึกษา	7	18.92	18	48.65
อนุปริญญา	3	8.11	3	8.11
ปริญญาตรี	2	5.41	2	5.41

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	ผู้ป่วย		ญาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะโรค</b>				
ระบบสมอง และประสาท	33	89.19	0	0
โรคอื่น ๆ	4	10.81	0	0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยและญาติมีจำนวนทั้งหมด 37 คนเท่ากัน ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 64.86 ส่วนญาติเป็นผู้หญิงร้อยละ 59.46 ผู้ป่วยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี สูงสุด 71 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 44 ปี ขณะที่ญาติอายุน้อยที่สุด 26 ปี มากที่สุด 65 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 35 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.84 สำหรับญาติส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.65 และระดับปริญญาตรีน้อยที่สุดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5.41 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคทางระบบสมองและประสาท คิดเป็นร้อยละ 89.19

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดอุบัติเหตุที่ท่ช่วยหายใจเลื่อน/หลุดของผู้ป่วย ห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดอุบัติเหตุที่ท่ช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551  
จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป (n=9)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	ผู้ป่วย		ญาติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	7	77.77	1	11.11
หญิง	2	22.23	8	88.89
<b>อายุ</b>				
20-40 ปี	4	44.44	1	11.11
41-60 ปี	2	22.23	7	77.78
61 ปีขึ้นไป	3	33.33	1	11.11
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้ศึกษา	2	22.22	0	0
ประถมศึกษา	3	33.33	3	33.33
มัธยมศึกษา	1	11.11	3	33.33
อนุปริญญา	2	22.22	2	22.23
ปริญญาตรี	1	11.11	1	11.11

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ป่วยและญาติที่ทำให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 9 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 77.77 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.44 และมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33 ขณะที่ญาติส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 และมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร และนำไปทดลองใช้ปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การประเมินรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

### ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ในส่วนนี้เป็นผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่ได้มาจากขั้นตอนการเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเตรียมการในระยะแรกของการดำเนินการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการ ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการของแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดให้มีการสนทนากลุ่ม เพื่อให้พยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งปรากฏผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2550 ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ.2549-2550 จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ปี	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	จำนวนการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (ครั้ง)	ร้อยละ
2549	ปัจจัยด้านผู้ป่วย	34	91.90
	ปัจจัยด้านญาติ	2	5.41
	ปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล	1	2.71
	<b>รวม</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>
2550	ปัจจัยด้านผู้ป่วย	19	90.48
	ปัจจัยด้านญาติ	0	0.00
	ปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล	2	9.53
	<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.4 ผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ.2549-2550 จากแบบบันทึก รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 91.90 และ ร้อยละ 90.48 ตามลำดับ

1.2 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระยะก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ฯ (เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยห้องผู้ป่วยหนัก 1 ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551 จำแนกตามอุบัติการณ์และสาเหตุท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด (n=37)

อุบัติการณ์และสาเหตุของท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่อช่วยหายใจไม่เลื่อน/หลุด	28	75.68
อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด	9	24.32
- ปักจี้ด้านผู้ป่วย เกิดจากผู้ป่วยดึง ไอ และขย้อน	7	77.78
- ปักจี้ด้านปฏิบัติการพยาบาล เกิดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	2	22.22

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551) มีผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 24.32 ของจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด ปักจี้ที่เป็นสาเหตุทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เกิดจากปักจี้ด้านผู้ป่วยดึง การไอ และขย้อน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และปักจี้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแล้วทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22

1.3 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ แสดงได้ดังนี้

1.3.1 ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ในรายที่มีประวัติท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด และผู้ป่วยที่มีความรู้สึกรออยากทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด พบสาเหตุต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีดังต่อไปนี้

1) ผลทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น สภาพร่างกายยังไม่พร้อมในการรับรู้ เกิดความเจ็บปวด ความระคายคอ ความเมื่อยล้า อาการกระหายน้ำ และอาการหายใจไม่สะดวก ดังตัวอย่างต่อไปนี้



(1) สภาพร่างกายยังไม่พร้อมในการรับรู้ ภายหลังจากเริ่มรู้สึกตัวจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น ผู้ป่วยยังอยู่ในสภาพง่วง ๆ สับสน ร่างกายยังไม่พร้อมในการรับรู้ ไม่เข้าใจในคำอธิบาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตื่นขึ้นมาตอนแรก มีคนงเขา (พยาบาล) บอกท่อ (ช่วยหายใจ) ที่คาอยู่ที่ปากเป็นท่อช่วยหายใจ ใส่ไว้ช่วยหายใจ เขาบอกก็ยังไม่รู้มีอะไรอยู่ที่ปาก เขาเดินไปเลยดึงออก”

“พยาบาลเคยเล่าให้ฟังว่า ตอนที่ไมรู้สึกตัวคืน กระสับกระส่ายตลอด คล้ายเรายังไม่ค่อยรู้สึกตัว สับสน แคมคอยจะดึงท่อออก”

(2) ความเจ็บปวด ผู้ป่วยบางรายรับรู้ภาวะไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการคาท่อช่วยหายใจกระตุ้นให้มีน้ำลายเหนียวในปากเป็นจำนวนมาก ตลอดเวลา และไม่สามารถกลืนได้สะดวก การกลืนน้ำลายเหนียวทำให้รู้สึกบาดคอ เจ็บปวด จนรู้สึกทรมานได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“น้ำลายมันออกเยอะเหนียว ๆ ตอนกลืนน้ำลายแล้วเจ็บมากคล้ายกับมีอะไรมาบาดคอ มันเจ็บแปล็บ ๆ ทรมานมากเหลือเกิน”

“รู้สึกเจ็บระคายคอ ช่วงที่กลืนน้ำลายมันรู้สึกเหมือนท่อ (ช่วยหายใจ) ไปทิ่มคอ กลืนแล้วเจ็บมากคล้ายมีแผลในคอ”

(3) ความเมื่อยล้า ผู้ป่วยมีความเมื่อยล้า เนื่องจากมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ในช่องปาก ทำให้ต้องอ้าปากตลอดเวลา จึงเกิดอาการเมื่อยปาก บางรายกลัวท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจะช่วย โดยพยายามกัดท่อช่วยหายใจให้อยู่นิ่งกับที่ ซึ่งจะยิ่งทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกรามปากและฟันมาก จนเป็นความรู้สึกทรมาน ไม่สุขสบาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ท่อ (ช่วยหายใจ) มันเคลื่อนไปมาตามเครื่อง กลัวท่อ (ช่วยหายใจ) จะหลุดเลยพยายามกัดท่อ (ช่วยหายใจ) ให้อยู่นิ่ง มันรู้สึกเกร็งปวดเมื่อยปากและฟัน ทรมานมาก”

(4) อาการกระหายน้ำ ผู้ป่วยรับรู้ความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจว่า ทำให้เกิดความหิว กระหายน้ำ และเวลาของน้ำดื่มมักได้รับการปฏิเสธ หรือสื่อสารแล้วพยาบาลไม่เข้าใจความต้องการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตอนใส่ท่อ (ช่วยหายใจ) คอแห้ง อยากกินน้ำมากเป็นแก้ว ๆ พยาบาลไม่ค่อยอยากให้เราดื่มน้ำ กลัวจะสำลัก”

“หิวน้ำ คอแห้งมาก อยากกินแต่น้ำ ต้องการบอกเจ้าหน้าที่ให้ตามแม่มาเอาน้ำให้กิน แต่บอกใครไม่รู้เรื่อง มันอึดอัดจนถึงที่สุด เลยดึงท่อ (ช่วยหายใจ) ออก”

(5) อาการหายใจไม่สะดวก กระตุ้นการไอ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ คือ ทำให้เกิดอาการหายใจไม่สะดวกที่เกิดจากเสมหะอุดกั้นใน

ท่อช่วยหายใจ กระตุ้นให้เกิดอาการ ไอ ประกอบกับรายที่มีบาดแผลบริเวณริมฝีปาก เมื่อพยายามทำแผลแล้วทายา ทำให้พลาสติกที่ติดทับยาเสื่อมสภาพความเหนียว และจากทักษะของพยาบาลในการยึดติดพลาสติก หรือการยึดติดท่อช่วยหายใจ ด้วยพลาสติกอย่างเดียวจึงมีโอกาสทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดได้ เมื่อผู้ป่วยไอ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เวลามีเสลด มันจะแน่นคอ แน่นหน้าอก ทายาไม่สะดวก คอยแต่อยากจะทำไอ แล้วมีแผลที่ริมฝีปากด้วย พยาบาลเขามาทำแผล ทายาให้ พลาสติกที่พันท่อ (ช่วยหายใจ) มันเลยไม่แน่น ช่วงที่ไอแรง ๆ ท่อเลยหลุดออกมา”

2) ผลจากสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญ ความกลัว ความท้อแท้ เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

(1) ความหงุดหงิดรำคาญ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้เกิดความหงุดหงิด รำคาญ อึดอัดใจ จากการระคายเคืองของท่อช่วยหายใจที่ขยับเข้าออกตามแรงอัด แรงผ่อนของอากาศในปอด ซึ่งกระตุ้นให้รู้สึกเหมือนจะชย้อน รวมถึงเสียงดังที่เกิดจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้การถูกยึดตรึงไว้กับเตียงทำให้ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามปกติ เป็นสาเหตุเสริมให้เกิดความหงุดหงิดรำคาญมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หงุดหงิดรำคาญมากกับท่อ (ช่วยหายใจ) ในปากที่มันเลื่อนเข้าเลื่อนออกมาระคายคอกอยู่เรื่อย บ่อยเข้ารู้สึกอยากจะทำชย้อนยัง ใจไม่รู้ หนึ่ง สอง สาม ตอนที่ชย้อนท่อเคยหลุดออกมา”

“ปกติป่าชอบนอนตะแคง เขาผูกมัดมือ 2 ข้างมันขยับตัวไม่ได้ ยิ่งได้ยินเสียงเครื่องช่วยหายใจของเราบ้าง ของเตียงข้าง ๆ บ้าง มันพาลหงุดหงิดรำคาญอยากดึงท่อ (ช่วยหายใจ) ออกให้มันรู้แล้วรู้รอด”

(2) ความกลัว ผู้ป่วยรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการคาท่อช่วยหายใจว่า เป็นความกลัว เนื่องจากการใส่สายดูดเสมหะ แรงดูด และแรงกระแทกของสายดูดเสมหะทำให้เกิดความเจ็บปวด กล่าวคือ การที่สายดูดเสมหะสัมผัสเนื้อเยื่อในหลอดลมคอ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความระคายเคือง อาการไอ และความเจ็บปวด จนรู้สึกหวาดกลัว ทำให้ปฏิเสธการดูดเสมหะ นอกจากนี้การที่หยดน้ำเกลือใส่ลงในท่อช่วยหายใจเพื่อให้เสมหะอ่อนตัว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้ายจะสำลัก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ช่วงที่ใส่สายดูดเสมหะเข้าในคอ บางครั้งมันไปดูดเนื้อข้างใน เจ็บที่สุด ไม่อยากให้ดูดเสมหะเลย เห็นแล้วกลัว”

“ตอนดูคเสมอหะ ช่วงที่พยาบาลหยดน้ำเกลือใส่ลงในท่อ (ช่วยหายใจ) กลัวมาก มันเหมือนจะสำลัก”

(3) ความท้อแท้ ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เนื่องจากช่วงที่นอนโรงพยาบาลนาน ๆ แล้ว ไม่มีญาติมาดูแลเอาใจใส่ เหมือนผู้ป่วยเตียงอื่น รู้สึกท้อแท้กับชีวิต กลัวจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เหงามาก เหมือนถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ใจ อยากให้ลูกอยู่ใกล้เหมือนคนอื่นบ้าง นาน ๆ เขาจะมาซะที ไม่อยากมีชีวิตอยู่เลยพยายามดิ้นท่อ (ช่วยหายใจ) ออกเอง”

3) ความคลาดเคลื่อนทางการสื่อสาร ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถพูดออกเสียงได้ตามปกติ อีกทั้งการสื่อสารด้วยภาษาท่าทางมีความจำกัดจากการถูกขี้คดรีง ทำให้ไม่สามารถแสดงท่าทางได้อย่างคล่องแคล่วจึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“กัว๊กมือเรียก เกรงใจเหมือนกัน พยาบาลเข้ามาถาม ก็พยายามบอก พูดก็ไม่ได้ เขียนหนังสือก็ไม่เป็น นุ้ยโบ้ยูนานกว่าจะรู้เรื่อง”

“พยาบาลมาถามอาการ เราพูดไม่รู้เรื่อง เขาก็เข้าใจตามที่เขาเข้าใจ บางทีมันไม่ตรงกับเรา เขาถามในสิ่งที่คิดว่าเราเป็น เราก็ดู๋นให้เขาถามตรงกับเรา”

“พยาบาลเดินดูบ่อย ก็จริง บางช่วงที่เราอยากเรียกขอความช่วยเหลือ เขาอยู่ไกลต้องรอให้เขามาจะได้กัว๊กมือเรียก ไม่กล้าเคาะเรียก”

“พูดก็ไม่ได้แถมถูกมัดเขียนหนังสือก็ไม่เป็น กว่าจะสื่อสารเข้าใจกันได้ รู้สึกอึดอัดใจเหลือเกิน”

“ตอนที่ใส่ท่อ มันไม่กระชับ อยากขยับให้มันพอดี พูดก็ไม่ได้ เจ้าหน้าที่เลยคิดว่าจะดึงท่อเลขถูกผูกมือ ขยับพลิกตะแคงตัวก็ไม่ได้ ยิ่งทำให้ป้าอึดอัดใจมากอยากจะทำท่อ”

4) ขาดความรู้ความเข้าใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่ เกิดจากขาดการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ได้รับการให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับข้อมูลก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยจะมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ที่ปาก ภาวะอาการที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการปฏิบัติคนที่ถูกต้องของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตอนเริ่มรู้สึกตัวไม่เข้าใจว่าทำไมมีท่อคาที่ปาก ไม่มีพยาบาลแนะนำอะไรให้เลย ไม่รู้ว่าเราต้องปฏิบัติตัวอย่างไร อยากจะเอาท่อออกมาก”

1.3.3 ผลจากการสัมภาษณ์ญาติ ญาติ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลรับรู้การคาท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยว่า เป็นความรู้สึกสงสาร กังวล กลัวผู้ป่วยเจ็บปวดจากการผูกมัด ทำให้เกิดการกระทำโดย

ผลการ เช่น การปลดผ้าผูกมัด หรือลืมนึกคืนหลังปลดผ้าผูกมัด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดึงท่อช่วยหายใจได้ สาเหตุสำคัญ เนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งก็ไม่ได้มาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย ดังนี้

“เห็นเขาถูกมัด มันรู้สึกสงสารกลัวเขาเจ็บ เลยอยากถอดเชือกให้เขาผ่อนคลายสักพัก พอเปลอ เขาดึงท่อออก ตกใจ ห่วงคนไข้ แต่ไม่รู้ต้องทำยังไง จะบอกพยาบาลก็ไม่กล้า”

“ตอนมาเฝ้า ถอดเชือกที่ผูกมือเขาออก แล้วลืมนึกคืน ที่จริงก็ไม่รู้หรอกว่าลืมนึกอีกทีตอนมาเยี่ยมใหม่ เจ้าหน้าที่เล่าว่า ตอนฉันทันกลับ ไป คนไข้ลุกขึ้นมาดึงท่อออก”

“เห็นผู้ป่วย ใส่ท่อทรมาน หูดไม่ได้ น่าอึดอัด รำคาญ เลยอยากจะทำอะไร ช่วยยับยั้งท่อให้เขา เพื่อจะได้สบายขึ้นบ้าง”

“เมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย รู้สึกสับสน ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะถูกต้อง รู้สึกเครียดวิตกกังวลที่ไม่สามารถช่วยอะไรผู้ป่วยได้ ไม่กล้าจับต้องตัวผู้ป่วยกลัวไปหมด ไม่รู้จึงหวั่นว่าจะเข้าไปช่วยตอนไหนได้ กลัวว่าจะทำอะไรผิดพลาดแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายได้ ทำให้ไม่มั่นใจไม่กล้าเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย”

“ที่บ้านฐานะไม่ค่อยดีไม่มีใคร ทุกคนต้องทำงานเลยต้องผลัดกันมาเยี่ยมดูแลหรือบางครั้งจะไม่ค่อยได้มาเยี่ยม”

สรุป จากการศึกษาพบสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหลุดเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเกิดจากการไอ และขย้อน ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารไม่ได้ และการขาดความรู้ความเข้าใจ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล การขาดทักษะในการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ขาดทักษะทางการพยาบาล เช่น การยึดติดปลาสเตอร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร ขาดการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในรายที่รู้สึกตัว และญาติ

3. ปัจจัยด้านญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

#### 1.4 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากการสนทนากลุ่ม (focus group) ของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ครั้งที่ 1 เพื่อร่วมอภิปรายวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาความเสี่ยง

##### สภาพบรรยากาศของการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และผู้ช่วยอีกจำนวน 2 คน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม เมื่อเริ่มต้นการสนทนาสมาชิกกลุ่มมีสีหน้ายิ้มแย้ม แต่แววตากังวลเล็กน้อย ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่เริ่มผ่อนคลายไม่กังวล ทำตัวสบาย ๆ แต่ยังมีสมาชิกบางคนที่มีการเกร็ง ๆ ไม่ค่อยกล้าเสนอความคิดเห็น บางคนกล้าเสนอข้อคิดเห็นเต็มที่และค่อนข้างนำสมาชิกคนอื่น ผู้วิจัยได้แก้ปัญหาด้วยการถามเจาะจงไปที่สมาชิกที่ไม่ค่อยเสนอความคิดเห็น และรับฟังความคิดเห็น โดยปล่อยให้เสนอตามธรรมชาติ ทำให้สมาชิกที่ไม่กล้าเสนอความเห็นรู้สึกผ่อนคลาย สีหน้ามีความมั่นใจในความคิดเห็นที่นำเสนอมากขึ้น และมีแนวคิดสร้างสรรค์ ช่วงหลัง ๆ ของการสนทนากลุ่มสมาชิกเริ่มเป็นกันเองและกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น บรรยากาศจึงดูสนุกสนานขึ้น

ผลการวิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจากการสนทนากลุ่มพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก สรุปได้ดังต่อไปนี้

##### 1.4.1 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วย มีหลายปัจจัย ดังต่อไปนี้

###### 1) ด้านร่างกายผู้ป่วย เกิดจาก

- (1) เกิดความระคายเคือง อึดอัด เมื่อขี้ไคล จากที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลขณะท่อช่วยหายใจ เช่น การดูดเสมหะ การจัดทำนอน การผูกมัด เป็นต้น
- (2) ร่างกายไม่สุขสบาย เช่น เจ็บปวดจากบาดแผล หรือเสมหะแห้งเหนียว จากการมีไข้ ท้องอืด กระหายน้ำ ร่างกายเปียกและ
- (3) การหายใจไม่สอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากการตั้งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีน้ำในวงจรของเครื่องช่วยหายใจ ความไม่คุ้นเคย หรือความเจ็บปวด
- (4) ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ขนาดท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube หรือ ETT) ไม่เหมาะสม ETT พับงอ น้ำคัดหลังมาก/อุดกั้นทางเดินหายใจ หรือการคุดน้ำคัดหลัง ไม่ถูกวิธี เมื่อผู้ป่วยหายใจ ไม่ออกจึงคืนกระสับกระส่ายและพยายามดึงท่อช่วยหายใจออกเพื่อช่วยให้ตัวเองหายใจสะดวก

(5) จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ยังไม่รู้สึกตัว ควบคุมตนเองไม่ได้ เช่น ภายหลังจากเริ่มรู้สึกตัว ร่างกายยังไม่พร้อมในการรับรู้ ยังมึนงง สับสน

(6) สภาพร่างกายผู้ป่วย เช่น มีเสมหะน้ำลายมาก ไบโชน้ำมัน มีบาดแผลที่หน้า ทำให้พลาสติกที่ยึดท่อช่วยหายใจติดไม่ดี ท่อจึงเลื่อน หลุดได้ง่าย

2) ด้านจิตใจผู้ป่วย รู้สึกกลัว วิตกกังวล เครียด หงุดหงิด เกิดจาก

(1) ขาดกำลังใจ ขาดคนดูแลเอาใจใส่

(2) การถูกผูกมัดไว้กับเตียง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวอย่างอิสระ

(3) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ไม่เข้าใจกันทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

(4) เครียดจากสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น แสงจ้า เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเย็น

(5) วิตกกังวล กลัวโรค พิกการ/ตาย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งผู้อื่น

3) ด้านการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

(1) ไม่เข้าใจสาเหตุ ความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ

(2) ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และอันตรายจากการ

การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

สรุป จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในการกระทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ตามลักษณะดังนี้

1. เจตนาทำท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น โน้มตัวลงมาถึง ใช้มือดึง ไขเท้าหรืออวัยวะต่าง ๆ หนีบดึงท่อช่วยหายใจ พยายามถอดผ้าผูกยึดก่อนแล้วดึงท่อช่วยหายใจ กัดท่อ ขย่อนหรือใช้ลิ้นคุนเพื่อให้ท่อช่วยหายใจหลุดออกมา เป็นต้น

2. ไม่ได้เจตนาทำท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น ไม่รู้สึกตัว คื่น กระสับกระส่าย พลิกตะแคงตัว หรือมือพลาดไปโดนท่อช่วยหายใจหรือสายท่อแล้วทำให้เลื่อน/หลุด เป็นต้น

1.4.2 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านญาติ ที่ส่งผลทำให้เกิดการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น

1) ขาดความระวัง ไม่ดูแลเอาใจใส่ เช่น ปลดเชือกแล้วไม่ได้ดูแลผู้ป่วย

2) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ขาดความระมัดระวัง ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การจัดทำ ทำความสะอาดแล้วพลาดไปโดน ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เป็นต้น

3) ญาติวิตกกังวล กลัว ไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย เกิดความเครียด หดงอ กังวล วิตกกังวล เหงา เป็นต้น ทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ผู้ป่วยพยายามกระทำทุกวิถี เพื่อให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น การดึง ไอ หรือ ขย้อน

4) ขาดการติดต่อสื่อสาร ให้เจ้าหน้าที่ทราบ เช่น ไม่แจ้งอาการผิดปกติของผู้ป่วย หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจจะส่งผล ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด

1.4.3 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ และ สิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) ขาดการประเมินสภาพ ร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วย

2) การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ปลาสเตอร์เสื่อมคุณภาพไม่เหนียว อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ขาดคุณภาพ ไม่พร้อมใช้งาน เช่น ท่อช่วยหายใจ หรือ cuff ไม่ดี แตกหรือรั่ว (leak) ตั้งเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีน้ำในวงจรของเครื่องช่วยหายใจ ขาดทักษะในการเลือกขนาดของท่อช่วยหายใจ ETT พับงอ น้ำคัดหลั่งมาก/อุดตัน สภาพสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น เสียงดังเกินไป แสงสว่างมากหรือน้อยเกินไป อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป เป็นต้น

3) ขาดทักษะในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่คาเครื่องช่วยหายใจ การดูแลป้องกันผู้ป่วยคื่นกระสับกระส่าย การดูดเสมหะ การติดปลาสเตอร์ การผูกมัด การจัดท่านอนผู้ป่วย การดูดน้ำคัดหลั่งไม่ถูกวิธี

4) ขาดการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างทีมพยาบาลด้วยกันและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งขาดการบันทึกและส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนอย่างทั่วถึง

5) ขาดการร่วมกันวิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหา และหาแนวทางป้องกัน แก้ไขการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

6) ขาดการให้ความรู้ และคำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง

สรุป สภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในภาพรวมทั้งหมดที่ได้จากแหล่งข้อมูล ทั้ง 3 ด้าน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้แก่ แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสนทนากลุ่มของพยาบาล สรุปสาเหตุได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย สาเหตุเกิดจากการได้รับผลกระทบทางสภาพร่างกาย จิตใจ และการขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

2. ปัจจัยด้านญาติ สาเหตุเกิดจากขาดความระมัดระวัง ขาดความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. ปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล สาเหตุเกิดจาก ขาดการเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้ใส่ท่อช่วยหายใจ ขาดการเฝ้าระวัง ประเมินสภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และสภาพสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ขาดทักษะทางการพยาบาล เช่น การคิดแปลสแตเตอร์ ขาดการนำญาติและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

## ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยการจัดสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 ทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง คือ ในวันที่ 4, 21 กันยายน พ.ศ.2551 และวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2551 ซึ่งผลการวิเคราะห์เนื้อหา จากการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง แสดงได้ดังต่อไปนี้

### 2.1 ผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2551

เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ภายหลังจากที่พยาบาลได้ร่วมกัน วิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจดังกล่าวแล้ว ได้นำปัญหามาาร่วมกันกำหนดแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยงฯ ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้ตามหัวข้อดังนี้ คือ แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) และแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

2.1.1 แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สมาชิกกลุ่มพยาบาลได้ร่วมกันกำหนดแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยงฯ ในเบื้องต้น โดยแบ่งแนวทางปฏิบัติฯ ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการจัดเตรียมความพร้อมทางด้านต่าง ๆ ให้เรียบร้อยก่อนที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีพื้นฐานความเข้าใจเบื้องต้นในการปฏิบัติขณะใส่ท่อช่วยหายใจ การจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย

2) ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ

3) ระยะภายหลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว เป็นการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย เช่น การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินสภาพการ



เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วม ทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น ซึ่งแนวทางปฏิบัติโดยสรุป ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แบ่งตามระยะต่าง ๆ ของการใส่ท่อช่วยหายใจ จากการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2551

ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
1. แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (กรณีผู้ป่วยใส่ท่อ ในภาวะไม่ฉุกเฉินหรือรู้สึกตัว)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความคุ้นเคย เป็นกันเองด้วยท่าทีที่ความอ่อนโยนและเป็นมิตร</li> <li>- ประเมินสภาพจิตใจ โดยการพูดคุย ซักถามความรู้สึก ความต้องการ พร้อมทั้งสังเกต สีหน้า แววตา สภาพอารมณ์ ความรู้สึก นิสัย เป็นต้น</li> <li>- ซักถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ประวัติโรคเดิม ประวัติการแพ้ยา ประสบการณ์การเคยผ่านการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ฟันปลอมหรือฟันโยก เป็นต้น</li> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพโรค แนวทางการรักษาพยาบาล เหตุผลความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>- อธิบายให้ทราบภาวะอาการที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การพูดไม่ได้ ความเจ็บปวด อึดอัด รำคาญ การหายใจที่ไม่เป็นตามธรรมชาติ อันตรายจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- อธิบายวิธีการปฏิบัติขณะคาท่อช่วยหายใจ เช่น การหายใจให้มีจังหวะที่สอดคล้องสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ระวังกระบังขณะเคลื่อนไหว พลิกตัว การไอ รวมถึงไม่ดึง ขยับ กัด ขย่อน ที่จะทำให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือหลุดได้</li> <li>- ให้คำแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ เช่น กดกริ่ง เขียนหนังสือ เลือกลงภาพ หรือใช้ภาษากายด้วยการพยักหน้า การใช้สายตา ภาษามือ การขยับริมฝีปาก เป็นต้น</li> <li>- ขณะให้ความรู้คอยสังเกตความสนใจของผู้ป่วยและญาติ เช่น การตั้งใจฟัง การประสานสายตา การตอบคำถาม</li> <li>- ประเมินผลการเรียนรู้โดยการซักถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะก่อนใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจ กังวลใจ พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และให้ทดลองปฏิบัติตามที่สอนไปแล้ว</li> </ul> <p>หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อธิบาย พูดคุย ซักถามข้อมูลจากญาติ และให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติแทน</p>
2. แนวทางปฏิบัติในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ และสภาพสิ่งแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบประเภท จำนวน และคุณภาพของอุปกรณ์ให้สะอาดและพร้อมใช้งาน เช่น ทดสอบ blow cuff ไม่ให้มีลมรั่วตรวจสอบ laryngoscope ให้หลอดไฟมีแสงสว่าง เป็นต้น</li> <li>- เลือกขนาดท่อช่วยหายใจ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย เช่น ผู้ชายรูปร่างสันทัด เลือกท่อขนาด 8.0 มม. และรูปร่างใหญ่เลือกขนาด 8.5 มม. ส่วนผู้หญิงรูปร่างสันทัด เลือกขนาด 7.0 มม. และรูปร่างใหญ่เลือกขนาด 8.0 มม.</li> <li>- ตรวจสอบประสิทธิภาพของพลาสติกเตอร์</li> <li>- จัดเตียงให้เหมาะสม และเตรียมหมอนรองเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวก</li> <li>- เตรียมผ้าผูกยึดตัว แขน ขา กรณีผู้ป่วย ชัก ดิ้น กระสับกระส่าย</li> <li>- เตรียมที่แขวนหรือหมอนรองรับท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- จัดสภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสม เช่น ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จัดแสงสว่างให้เพียงพอ ไม่ส่งเสียงดังรบกวน</li> <li>- เตรียมอุปกรณ์การสื่อสาร เช่น แผ่นภาพพลิก กระดาษ ดินสอ ปากกา กริ่งสัญญาณ เป็นต้น</li> <li>- เตรียมกระดาษสำหรับบันทึก ขนาด ความลึก ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะการใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
แนวทางปฏิบัติในการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดของใช้ให้พร้อม วางให้หยิบง่าย และช่วยส่งเครื่องมือต่าง ๆ ให้ตามลำดับ</li> <li>- จัดท่าผู้ป่วยให้หนุนหมอนสูงประมาณ 10 ซม. ได้ท้ายทอย (occiput) โดยไหล่ยังต้องอยู่บนพื้นเตียง</li> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ขณะทำการคอบัพุดคูด ให้กำลังใจ</li> <li>- ให้ออกซิเจน 100% (preoxygenation) นาน 3-5 นาที</li> <li>- ช่วยกดกระดูกอ่อน cricoid (กรณีผู้ป่วย full stomach หรือใส่ท่อยาก)</li> <li>- สังเกตอาการที่อาจเกิดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเขียว SpO<sub>2</sub> เริ่มตก หรือมี bradycardia, arrhythmia ควรเตือนผู้ใส่ท่อช่วยหายใจ และรีบช่วยหายใจอย่างทันที</li> <li>- ใส่ลมที่ละน้อยใน cuff จนไม่มีลมรั่ว และตรวจสอบความดันใน cuff</li> <li>- ตรวจสอบ และยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เช่น ใช้ stethoscope ฟังเสียงลมจากการบีบ AMBU bag สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก สังเกตเห็นไอน้ำภายในท่อช่วยหายใจ เป็นต้น</li> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดคูด สอบถามอาการ ความรู้สึกถึงความกระชับของท่อช่วยหายใจ และคิดแปลสแตเตอร์ตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>- ตัดท่อช่วยหายใจที่พื้นริมฝีปากให้เหลือความยาวประมาณ 4-5 ซม.</li> <li>- คอสายเข้ากับเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้อง และจัดสายต่อไม่ให้ตึงรั้งหรือพับงอโดยการใช้ที่แขวน หรือหมอนรองรับท่อวางจรเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ พร้อมทั้งสังเกตระดับความรู้สึกตัว สีหน้าท่าทาง แวดตา หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>- ตรวจสอบระบบการหายใจให้สัมพันธ์กับจังหวะของเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- บันทึกขนาด ความลึกที่มุดปาก และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงขนาด และตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
1. แนวทางปฏิบัติในการยึดติดท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบความเหนียวของปลาสเตอร์ก่อนยึด ETT ทุกครั้ง</li> <li>- ทำความสะอาดใบหน้า เช็ดซับให้แห้ง โคนหมวดเครา ให้เรียบร้อย</li> <li>- ตัดปลาสเตอร์ให้มีความยาวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจำนวน 2 เส้น โดยมีวิธีตัด เช่น เส้นที่ 1 ตัดปลายด้านหนึ่งเหนือริมฝีปากบน แล้วพันรอบท่อตรงตำแหน่งความยาว ที่ตรวจเช็คไว้ 1-2 รอบ ก่อนตัดปลายอีกด้านหนึ่ง บริเวณกึ่งกลางแก้มตรงข้ามกับปลายแรก ส่วนเส้นที่ 2 ตัดปลายด้านหนึ่งใต้ริมฝีปากล่าง อีกปลายติดเช่นเดียวกันกับเส้นที่ 1</li> <li>- ผู้ป่วยรายที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า น้ำลายมาก อาจใช้วิธีผูกเชือกรอบท่อช่วยหายใจแล้วพันรอบศีรษะ เป็นต้น</li> <li>- หลังดูดน้ำลายหรือน้ำคัดหลั่งใน ETT ให้ตรวจสอบความเป็ยกและของปลาสเตอร์ที่ยึด ETT ถ้าพบการเป็ยกและให้ทำการยึดใหม่</li> <li>- หลีกเลี่ยงการจัดทำอนตะแคงด้านที่ยึดติด ETT เป็นเวลานาน เพราะเพิ่มโอกาสให้น้ำลายไหลเปียกปลาสเตอร์ผ้า</li> </ul>
2. แนวทางในการประเมินและติดตามใฝ่ระวังการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบสัญญาณชีพ ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ทุก ½ ชั่วโมง 2 ครั้ง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ ติดตามทุก 1 ชั่วโมง</li> <li>- ตรวจสอบและบันทึกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ช่วงรับ-ส่งเวร และทุกครั้งหลังให้การรักษาพยาบาล</li> <li>- สังเกตอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น ความอึดตัวของออกซิเจนที่ผิวหนังลดลงทันที หัวใจเต้นช้าลง หายใจลำบาก ทรวงอกทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหวตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงลมไม่เข้าปอดทั้ง 2 ข้าง ใส่หลอดดูดน้ำคัดหลั่งในท่อช่วยหายใจลงได้ถึงกระเพาะอาหาร หรือน้ำลายออกมากกว่าปกติ</li> <li>- ตรวจสอบและปรับ (setting) เครื่องช่วยหายใจ โดยสังเกตอาการหายใจลำบาก สีผิว อัตราหัวใจเต้น และการหายใจที่ไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบไม่ให้มีน้ำในท่อวงจร</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
3. แนวทางปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วยกับเตียง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสภาพ อาการแสดงผู้ป่วย เพื่อพิจารณาในการผูกยึดผู้ป่วย</li> <li>- เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผ้าผูกยึดข้อมือ ข้อเท้า หน้าอก</li> <li>- อธิบายถึงสาเหตุความจำเป็นในการผูกยึด พร้อมให้ผู้ป่วย/ญาติร่วมพิจารณาการผูกยึด</li> <li>- ผูกยึดด้วยเงื่อนตายทุกครั้ง โดยต้องสามารถสอดนิ้วมือได้ 1 นิ้ว ในห่วงที่ผูกยึด กรณีผูกยึดหน้าอก ผู้ป่วยต้องสามารถขยับตัวได้เล็กน้อย และระวังการกดบริเวณรักแร้</li> <li>- การผูกยึดให้ยึดติดกับเตียง ไม่ควรผูกยึดกับไม้กั้นเตียง</li> <li>- ผู้ป่วยที่มีผิวบางควรใช้ top gauze หุ้มข้อมือ ข้อเท้าก่อนผูกยึด</li> <li>- พยายามให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</li> <li>- ประเมินภาวะแทรกซ้อน จากการผูกยึดทุก 1-2 ชั่วโมง เช่น อาการชา บวม คลำชีพจรไม่ได้ มีบาดแผล กรณีมีการผูกยึดหน้าอกให้สังเกตการเคลื่อนไหวนิ้วของกล้ามเนื้อ และการหายใจ</li> <li>- หยุดการผูกยึดผู้ป่วยทันทีเมื่อหมดความจำเป็น</li> </ul>
4. แนวทางปฏิบัติในการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดไฟให้สว่างต่อการสังเกตเห็นใบหน้าของผู้ป่วย และการยึดติดของพลาสติกกับท่อช่วยหายใจ</li> <li>- ปรับแสงภายในห้องผู้ป่วยตามวงจรของกลางวัน-กลางคืน</li> <li>- ควบคุมความดังของเสียงในห้อง และไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย</li> <li>- ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</li> <li>- ปรับย้ายเตียงผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ใกล้ เคา์นเตอร์พยาบาล หรือทำสัญลักษณ์เป็นข้อเตือนเจ้าหน้าที่ในทีมทราบ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
5. แนวทางปฏิบัติในการดูดเสมหะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความจำเป็นในการดูดเสมหะ เช่น ฟังเสียงลมหายใจที่เข้าปอดหรือเสียงไอ แล้วได้ยินเสียงเสมหะ มีเสมหะทันออกมา หรือเครื่องช่วยหายใจมีเสียงเตือน (high pressure alarm)</li> <li>- เลือกขนาดสายยางที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกไม่เกิน ½ ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางท่อทางเดินหายใจ</li> <li>- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลความจำเป็น และขั้นตอนการดูดเสมหะ</li> <li>- จัดท่าของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ดูดเสมหะได้ง่าย คือ ท่านอนหงายหันหน้าไปทางด้านตรงข้ามกับหลอดลม หรือปอดข้างที่จะดูดเสมหะ หรือจัดให้นอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 30 องศา</li> <li>- ควรทำการดูดเสมหะ ด้วยการ ใช้พยาบาล 2 คนเสมอ โดยคนหนึ่งเป็นคนดูดเสมหะ ในขณะที่ผู้ช่วยทำ hyperinflate lungs และจับท่อทางเดินหายใจไว้ไม่ให้เคลื่อนไปมา</li> <li>- ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลและเบามือ ค่อย ๆ สอดสายเข้าไปจนติด โดยไม่ต้องออกแรงดัน เมื่อติดแล้วให้ดึงสายขึ้นมาประมาณ 1 ซม. ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ หมุนสายไปมา และค่อย ๆ ดึงสายขึ้น</li> <li>- การดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10-15 วินาที</li> <li>- ไม่ดูดเสมหะติดต่อกันเกิน 2 ครั้งต่อรอบ และไม่ดูดเสมหะในขณะที่ใส่สายยางดูดเสมหะลงในท่อทางเดินหายใจ</li> <li>- เพิ่มความเข้มข้นออกซิเจนเป็น 100% ก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป</li> <li>- ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ดูดเสมหะ เช่น สีหน้าท่าทาง ภาวะจิตใจ ทรวงอกมี retraction เชีว กระสับกระส่าย SaO<sub>2</sub> น้อยกว่า 95% ประเมินเสียงการหายใจที่ปอด และสัญญาณชีพ หากผิดปกติ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขโดยด่วน</li> <li>- ประเมินและสังเกตอาการ การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ถ้าเรียบร้อยดี ให้ต่อ endotracheal tube กับเครื่องช่วยหายใจให้แน่นตามเดิม</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
6. แนวทางปฏิบัติในการจัดทำนอนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำนอนให้ตำแหน่ง ETT อยู่ตรง ไม่งอ พับหรือเกิดการตึงรั้ง ดังนี้ : ทำนอนหงาย จัดให้ใบหน้าหงายเล็กน้อย โดยใช้ผ้าหุนคั่นคอและไหล่ ใบหน้าตั้งฉากกับที่นอน : ทำนอนตะแคงจัดให้ใบหน้าอยู่ในแนวเดียวกับท่อช่วยหายใจ โดยใช้ผ้ารองหนุนคอ ห้ามตะแคงเฉพาะใบหน้า</li> <li>- ใช้หมอนช่วยหนุนด้านข้างสำหรับช่วยประคองศีรษะผู้ป่วย</li> <li>- ใช้ที่แขวนหรือหมอนรองรับวงจรถ่อ ของเครื่องช่วยหายใจ และจัดสายต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง</li> <li>- การเปลี่ยนท่านอน ควรมีบุคลากรอีกคนช่วยในการจับท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่ และเคลื่อนสายเครื่องช่วยหายใจให้ติดตามไปในแนวเดียวกับการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย</li> </ul>
7. แนวทางปฏิบัติในการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบ และบันทึกสัญญาณชีพ ตำแหน่งความลึกของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- ประสานทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ระวังการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยทำการตกลงถึงจังหวะการเคลื่อนย้ายทุกช่วงให้สัมพันธ์กัน เช่น จังหวะการยกย้ายผู้ป่วยขึ้น-ลงเตียง จังหวะความเร็วของการเข็นเตียงของคนเข็นกับคนบีบ AMBU bag เป็นต้น</li> <li>- ขณะบีบ AMBU bag จับยึดท่อช่วยหายใจไม่ให้เคลื่อนไปมา หรือสายตึงรั้ง</li> <li>- ประเมินสภาพอาการทั่วไปของผู้ป่วย ในระหว่างการเคลื่อนย้าย เช่น ระบบการหายใจ อาการกระสับกระส่าย ตัวเขียว ตรวจสอบการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการเคลื่อนย้าย ให้มีคุณภาพ และมีความพร้อมใช้งาน รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน</li> </ul>

## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
8. แนวทางปฏิบัติใน การแก้ไขและ ช่วยเหลือ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/ หลุด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทีมเข้าร่วมแก้ไข ช่วยเหลือและประสานงานอย่างทันท่วงที</li> <li>- ดูดน้ำคั่งหลังในปากและคอ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง</li> <li>- ถ้าผู้ป่วยกำลังให้อาหารทางสายยาง หยุดให้อาหาร แล้วใช้ syringe ดูดอาหารออก</li> <li>- ครอบ mask ให้แนบหน้า และบีบ AMBU bag ในท่าศีรษะแหงนเล็กน้อย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง</li> <li>- หากต้องบีบ AMBU bag นานหลายนาที ควรเตรียมใส่ orogastric tube เพื่อระบายอากาศในกระเพาะอาหารที่อาจเกิดจากการบีบ AMBU bag จะช่วยป้องกันท้องอืด และการสำลัก</li> <li>- ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>- เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ ETT ให้พร้อม เพื่อใส่ ETT ใหม่ให้แก่ผู้ป่วย</li> <li>- ติดต่อประสานงานกับแพทย์อย่างทันท่วงที</li> <li>- บันทึกรายละเอียดต่าง ๆ และการดำเนินการ ในใบบันทึกอุบัติเหตุ</li> </ul>
9. แนวทางปฏิบัติใน การดูแลทางด้าน จิตใจของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาสาเหตุ แก้ไข และรายงานแพทย์พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ</li> <li>- หมั่นพูดคุย ชักถามความรู้สึก ความต้องการ และคอยปลอบโยนให้กำลังใจ</li> <li>- ค้นหาวิธีการสื่อสารที่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ เช่น เขียนความรู้สึกความต้องการ หรือการนำภาพพลิก การเขียนประโยคสั้น ๆ ไว้ในแผ่นกระดาษ แล้วให้ผู้ป่วยชี้บอกความต้องการ การตอบรับหรือปฏิเสธ โดยให้ผู้ป่วยพยักหน้าหรือ ส่ายหน้า</li> <li>- สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การก้มมือเรียก พักหน้าเรียก การมองพยาบาลตลอดเวลา ต้องรีบเข้าไปพบ พร้อมซักถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>- ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสภาพแวดล้อม เช่น เวลา สถานที่ บุคคลที่ให้การดูแล และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง</li> </ul>

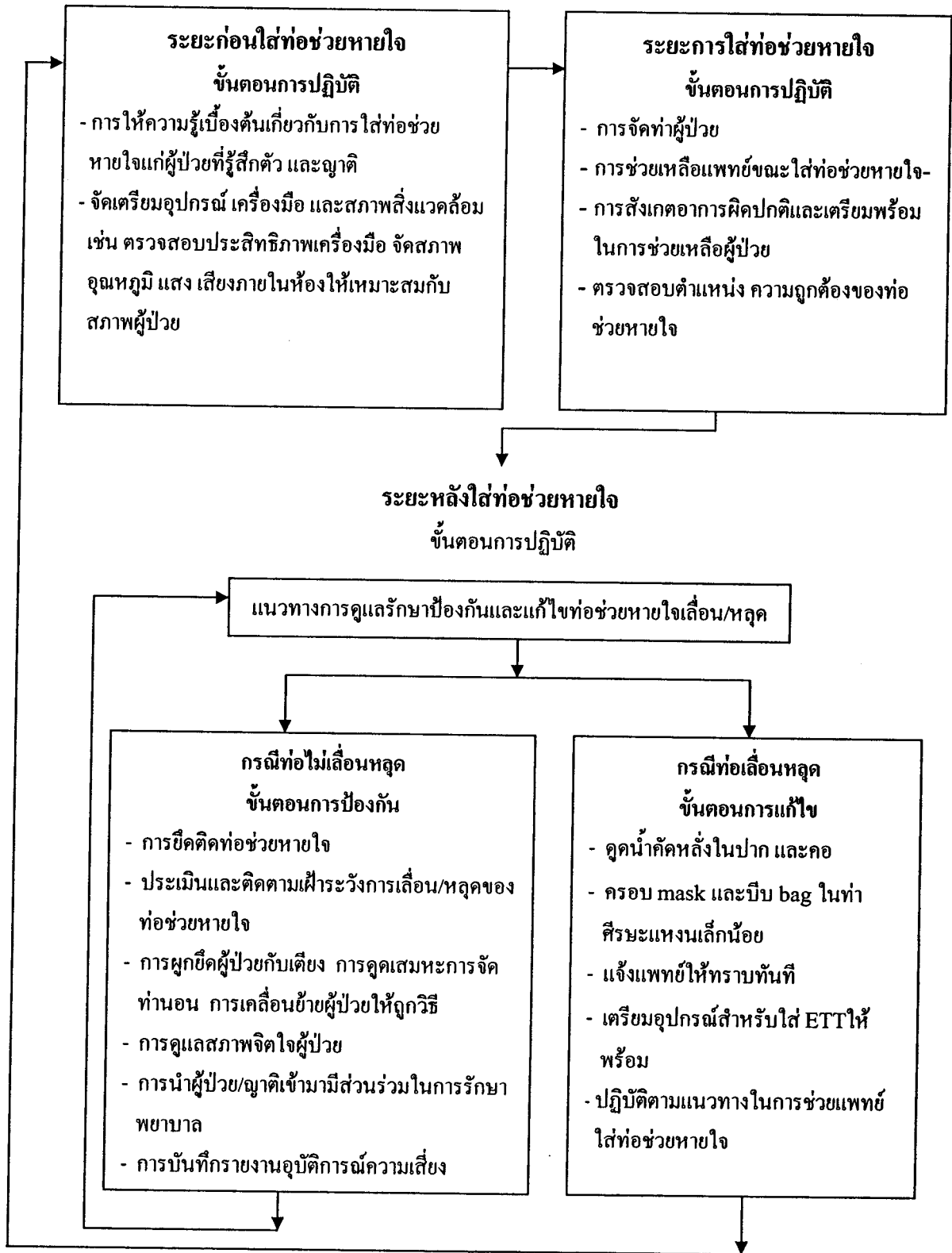


## ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
9. แนวทางปฏิบัติในการดูแลทางเดิน จิตใจของผู้ป่วย (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่อนปรน กฎ ระเบียบบางอย่างแก่ผู้ป่วย และครอบครัว หรือให้ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจ</li> <li>- ให้กำลังใจ เมื่ออาการก้าวหน้าขึ้น</li> <li>- อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความ เหมาะสม</li> </ul>

### 2.1.2 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วย หายใจ (flow chart)

ภายหลังจากได้แนวทางปฏิบัติแล้ว สมาชิกกลุ่มพยาบาล ได้ร่วมกันจัดทำ flow chart ซึ่งเป็นแผนภาพที่แสดงให้เห็นถึงระบบการบริหารความเสี่ยงฯ ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระยะของการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ จนถึงระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจตามแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ซึ่งจะทำให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มองภาพกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ เข้าใจได้ง่ายชัดเจน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสะดวกรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ.

### 2.1.3 การพัฒนาแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วย

#### หายใจ

สมาชิกกลุ่มพยาบาล ได้ร่วมกันกำหนดแบบการติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ด้วยการใช้แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงฯ เป็นแบบฟอร์มในการติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยให้พยาบาลทุกคนที่พบอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจรีบดำเนินการประเมินผลและแก้ไข พร้อมทั้งบันทึกเหตุการณ์และส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ ซึ่งแบบบันทึกดังกล่าวนี้ ได้ปรับปรุงจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยได้ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในบางประเด็น เช่น เพิ่มการระบุนโรคของผู้ป่วย เวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุความเสี่ยงที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น สาเหตุจากผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และญาติ ภายหลังจากการสนทนากลุ่มสรุปได้ประเด็นสำคัญ ๆ ของแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย โรคของผู้ป่วย การผ่าตัด วัน เวลาที่เริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ วัน เวลาที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ระดับการรับรู้สติของผู้ป่วยขณะเกิดอุบัติการณ์ การวิเคราะห์ปัจจัยเสริมที่เป็นสาเหตุความเสี่ยง ระดับความรุนแรง บรรยายสรุปเหตุการณ์ การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น และมาตรการป้องกัน/ข้อเสนอแนะ (รายละเอียดแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ อยู่ในภาคผนวก จ หน้า 198)

สรุป จากการสนทนากลุ่มพยาบาล ในขั้นตอนนี้ ทำให้ได้รูปแบบบริหารจัดการความเสี่ยงฯ ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเบื้องต้น 2) แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) 3) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และได้นำไปทดลองใช้ปฏิบัติ เป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ คือ ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551

### 2.2 การติดตามประเมินผลการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ ไปทดลองใช้ ครั้งที่ 1

เพื่อติดตามประเมินผล และนำปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มาปรับปรุงแก้ไข ภายหลังจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในเบื้องต้นที่ได้ร่วมกันกำหนดไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551 ผู้วิจัยได้จัดสนทนากลุ่มพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ครั้งที่ 2 เพื่อติดตามประเมินผล และนำปัญหาอุปสรรคในการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## สภาพบรรยากาศของการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2

ผู้วิจัยเริ่มต้นการสนทนาด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม และได้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาในช่วงแรก สำหรับในครั้งนี้สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่คุ้นเคยกับกิจกรรมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกบุคคลที่จะเป็นแกนนำในการดำเนินการต่อไปในอนาคต เป็นผู้ดำเนินการอภิปรายแทนผู้วิจัย เพื่อเป็นการฝึกทักษะพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยคอยเป็นที่เลี้ยงและเพิ่มเติมส่วนที่ขาด พยาบาลที่เป็นแกนนำดังกล่าวสามารถเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายได้ตามที่ผู้วิจัยกระทำให้อย่างเป็นตัวอย่าง และตอบสนองตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้ จากบรรยากาศกลุ่มที่เป็นกันเอง สมาชิกกลุ่มพยาบาล จึงกล้าแสดงความคิดเห็นกันได้หลากหลาย แต่มีสมาชิกบางคนที่เสนอข้อคิดเห็นไม่ค่อยตรงประเด็น ซึ่งมักเสนอปัญหาที่เกิดจากหน่วยงานอื่น ไม่ได้เสนอปัญหาอุปสรรคจากงานของตนเอง ผู้ดำเนินการอภิปรายจึงต้องอธิบายให้เข้าใจประเด็น ทำให้สามารถแก้ปัญหามหาชิกกลุ่มคนนั้นได้ดีขึ้น สำหรับบรรยากาศการสนทนาโดยรวมเป็นกันเองมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์จากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในเบื้องต้นไปทดลองปฏิบัติ ซึ่งในช่วงนี้มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด 17 คน พบอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ของจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด โดยที่ผู้ป่วยรายนี้ได้ดึงท่อช่วยหายใจให้หลุด จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยรายนี้เป็นชายไทย อายุ 67 ปี ไม่ได้รับการศึกษา เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกขาหัก และมีภาวะแทรกซ้อนจากอาการปอดบวม แพทย์ต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้ พบว่า ภายหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจได้ 2 วัน ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหลุด 1 ครั้ง แพทย์ต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้ใหม่ หลังจากนั้นอีก 2 วัน ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหลุดอีก 1 ครั้ง ซึ่งอธิบายสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. ท่อช่วยหายใจหลุดครั้งแรก สาเหตุเกิดขึ้นจากญาติ เนื่องจากภายหลังที่ผู้ป่วยได้ใส่ท่อช่วยหายใจมาแล้ว 2 วัน อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ในช่วงเวรบ่าย วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2551 เวลา 18.00 น. เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลมาให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้เรียบร้อยแล้ว จึงได้ไปให้การพยาบาลผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีอาการหนักมากกว่า ประกอบกับเริ่มมีญาติมาเยี่ยม ทำให้พยาบาลไม่ได้เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ญาติเฝ้าผู้ป่วยตามลำพัง ได้ปลดผ้าผูกมือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย แต่ขาดความระมัดระวัง เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้มือไปปิดท่อช่วยหายใจหลุด พยาบาลได้รับเข้าไปช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจให้ใหม่

ภายหลังเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุดครั้งแรกแล้ว พยาบาลได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน ด้วยการประชุมกลุ่มย่อย และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมโดยให้มี

การเฝ้าระวัง และแนะนำญาติผู้ป่วยมิให้ปลดผ้าผูกยึดโดยพลการ ควรปรึกษาหรือแจ้งพยาบาลทราบก่อน

2. ท่อช่วยหายใจหลุดครั้งที่ 2 สาเหตุเกิดขึ้นจากผู้ป่วย โดยหลังจากเกิดอุบัติเหตุการนำท่อช่วยหายใจหลุดครั้งแรกแล้ว ญาติยังไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยอีก 2 วันต่อมา ผู้ป่วยรายนี้ได้ดึงท่อช่วยหายใจหลุดเป็นครั้งที่ 2 ในเวรตึก ช่วงเวลา 07.15 น.ของวันที่ 11 กันยายน พ.ศ.2551 จากการสัมภาษณ์ภายหลังผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจแล้ว พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเกิดจากอาการเครียด เหงา ขาดกำลังใจ ท้อแท้ต่อชีวิต เนื่องจากญาติไม่ค่อยมีเวลามาเยี่ยม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ช่วงที่ใส่ท่อไม่มีใครมาเยี่ยมเลย เหมือนอยู่ตัวคนเดียวในโลกนี้ เหงา หמד กำลังใจ รู้สึกท้อแท้ เลยพยายามดึงท่อออก เพื่อให้พ้นทุกข์ทรมานเสียที”

ภายหลังเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวแล้ว พยาบาลได้มีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติ โดยให้พยาบาลเน้นการพูดคุย สร้างขวัญและกำลังใจอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีอาการหนักหรือไม่ก็ตาม พร้อมทั้งให้คำแนะนำให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปลอดภัยให้กำลังใจ อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยเหงาอยู่คนเดียว ต่อมาทีมพยาบาลได้นำแนวทางที่ได้ปรับปรุงนี้ ไปทดลองปฏิบัติต่ออีกประมาณ 1 สัปดาห์ คือ ระหว่างวันที่ 13-20 กันยายน พ.ศ.2551 ระหว่างนั้นได้มีเหตุการณ์ที่น่าสนใจเกิดขึ้น คือ ในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2551 ห้องผู้ป่วยหนัก 1 ได้รับผู้ป่วยชายไทย อายุ 26 ปี ประสบอุบัติเหตุถูกไฟระเบิดที่ใบหน้าใส่ท่อช่วยหายใจมาจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการเจ็บปวด คื่นชุนทุรกายมาก จนต้องใส่เจ้าหน้าที่หลายคนช่วยกันจับยึดตัวผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถต้านทานแรงคื่นชุนของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังคำแนะนำ หรือการช่วยเหลือดูแล คื่น กระทบกระสายตลอดเวลา พยายามจะดึงท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องผูกยึด จึงยังทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่อต้านมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้เป็นกรณีที่ยังไม่เคยพบเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บป่วยรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจเช่นนี้มาก่อน ซึ่งพยาบาลได้มีการจัดห้องแยกเป็น unit burn มีการผลัดเปลี่ยนเวร ให้การดูแลเฉพาะอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา พยายามพูดคุยกับผู้ป่วย และให้การดูแลด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน แสดงความเข้าใจในความรู้สึก ให้กำลังใจตลอดเวลา ได้รับความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจและตั้งใจ พยายามพูดคุย ปลอดภัย ปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“พวกเราเข้าใจความรู้สึกของน้องที่ต้องเผชิญสภาพแบบนี้ แต่อย่าท้อถอยกับชีวิต การแพทย์ปัจจุบันเจริญก้าวหน้าไปมาก สามารถรักษาให้หายได้ ชีวิตของน้องสำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัว คนที่รัก และคนอื่น ๆ ในสังคม ทุกคนคอยเป็นกำลังใจ”

“หมอใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยหายใจนะ การคืนรินและดึงท่อช่วยหายใจจะเป็นอันตราย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ คน ยินดีและพร้อมที่จะคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา”

จากการให้กำลังใจดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเริ่มลดความเครียด วิตกกังวล และยอมรับให้ความไว้วางใจในตัวเจ้าหน้าที่ และเริ่มให้ความร่วมมือ พยาบาลที่ดูแลเริ่มอธิบายเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาพยาบาล เหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจ การผูกยึด และผลเสียหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดึงท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการร่วมมือของผู้ป่วยที่จะเกิดผลดีต่อการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีอาการสงบ ไม่แสดงอาการคืนริน หรือพยายามดึงท่อช่วยหายใจ พยาบาลจึงปลดผ้าที่ผูกยึด ใช้วิธีคอยระมัดระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดแทน พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป พยายามเรียนรู้ความต้องการ และการสื่อสารของผู้ป่วยให้ตรงกัน เช่น การอ่านริมฝีปาก การให้พยักหน้า หรือกระดิกมือ และนำกริ่งมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อคอยเรียกขอความช่วยเหลือ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมือนบ้าน บอกเล่าให้ทราบ วันเวลา สถานที่ ตามสภาพที่เกิดขึ้นจริง เปิดทีวี เปิดวิทยุให้ฟังเพลง สบาย ๆ เบา ๆ อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะให้ฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดอาการต่อต้านลง และไม่ทำท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดเลยจนกระทั่งย้ายออกไป สรุปว่าในช่วงที่ทดลองใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ระหว่างวันที่ 13-20 กันยายน พ.ศ.2551 ไม่พบเหตุการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจอีกเลย

สรุป สภาพปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551 สาเหตุเกิดจากญาติ ดังนี้

1. ญาติขาดความระวัง โดยในขณะที่มาเยี่ยมได้ปลดผ้าผูกมัดผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย แต่ไม่ได้คอยดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้สามารถใช้มือไปปิดดึงท่อช่วยหายใจให้หลุด
  2. ญาติไม่ค่อยมีเวลาในการมาเยี่ยมผู้ป่วย จากการถูกทอดทิ้งไม่ค่อยมีญาติมาเยี่ยม ทำให้ส่งผลถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย เกิดความหงา ขาดกำลังใจ เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ต่อชีวิต
- สำหรับแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่ปรับปรุงแล้ว แสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุงเพิ่มเติมจากการนำรูปแบบการบริหาร  
ความเสี่ยงฯ ไปทดลองใช้ปฏิบัติ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
1. แนวทางในการประเมินและติดตามผู้ป่วยการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบสัญญาณชีพ</li> <li>- ตรวจสอบและบันทึกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งหลังให้การพยาบาล</li> <li>- สังเกตอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- ตรวจสอบและปรับเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการติดต่อสื่อสาร พยาบาลต้องรีบเข้าไปพบ</li> <li>- จัดกลุ่มกิจกรรมการดูแล/ทำหัตถการ ให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน</li> <li>- ปรับอัตรากำลังการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรตามความเหมาะสม</li> <li>- ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ และหาแนวทางการจัดการ</li> <li>- ประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ภายในเวรเดียวกันและระหว่างเวร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกต และบันทึกลักษณะสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตก กังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลายวัน เช่น อาการม่านตาขยาย กระสับกระส่าย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง สีหน้าที่แสดงอาการหมกมุ่น คิ้วขมวด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เหม่อลอย พร้อมทั้งบันทึกส่งต่อข้อมูลให้ทีมงานรับทราบ</li> <li>- สังเกตและตรวจสอบสภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากญาติเยี่ยม เช่น อาการของผู้ป่วย การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจและข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ ผ้าผูกยึด เป็นต้น</li> </ul>

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
2. แนวทางปฏิบัติในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาสาเหตุและรายงานแพทย์ พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ</li> <li>- หมั่นพูดคุย ชักถามความรู้สึก ความต้องการ และคอยปลอบโยนให้กำลังใจ</li> <li>- ค้นหาวิธีการสื่อสารที่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ</li> <li>- ชักถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>- ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรม และสภาพแวดล้อม และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง</li> <li>- ผ่อนปรนกฎระเบียบบางอย่าง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความเหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดเทปธรรมะ เสียงดนตรี เบาๆ อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะให้ ฟัง หรือให้ดูรูปภาพธรรมชาติ</li> <li>- คอยดูแล อย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่นุ่มนวล อ่อนโยน</li> <li>- สังเกตและประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยทุกครั้ง ที่ให้การพยาบาล</li> </ul>
3. การนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ชักถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย และ ให้การพยาบาลด้วยความ นุ่มนวลอ่อนโยน</li> <li>- ประเมินความพร้อมในการรับรู้ สังเกตลักษณะที่ท่าของผู้ป่วย รวมทั้งภาษากาย ถ้าญาติอยู่ควรให้คำแนะนำ พร้อมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>



## ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
3. การนำผู้ป่วย เข้ามามีส่วน ร่วมในการ รักษาพยาบาล (ต่อ)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คอยซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจ และแสดงความคิดเห็นให้ผู้ป่วยทดลองฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้อธิบายไป และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามในขณะที่คาท่อช่วยหายใจจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง</li> <li>- สังเกตความสนใจของผู้ป่วย เช่น การตั้งใจฟัง การประสานสายตา การตอบรับ และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ</li> <li>- การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การหายใจให้มีจังหวะที่สอดคล้องสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ การออกกำลังกาย เช่น ยกแขน ขา เกร็งกล้ามเนื้อ ตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย การระวังท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด การสื่อสารขอความช่วยเหลือด้วยการกดกริ่ง หรือการใช้ภาษากาย เช่นการพยักหน้า ใช้สายตา ภาษามือ ขยับริมฝีปาก เป็นต้น กรณีอ่านออกเขียนได้จัดให้มีสมุด ดินสอ ไม้บรรทัดข้างเตียง เพื่อให้เขียนสื่อสารความต้องการ ถ้าอ่านไม่ออก จัดแผ่นภาพเพื่อใช้ในการสื่อสารความต้องการ</li> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และให้ซักถาม</li> <li>- ติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย</li> </ul>

## ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
4. การนำญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วย	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้อุบัติฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไปแล้ว และมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น พูดยให้กำลังใจ ดูแลและเข้าใจผู้ป่วย มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- ปรึกษาหรือแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการแสดง ความผิดปกติของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ท่อช่วย หายใจเลื่อน/หลุดจากตำแหน่งเดิม เป็นต้น</li> <li>- อธิบายให้อุบัติทราบเหตุผลความจำเป็นของการ ผูกยึดผู้ป่วย</li> <li>- คอยจัดแบ่งเวลามาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- พยายามให้ขวัญกำลังใจผู้ป่วย สร้างความตระหนัก ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเอง และไม่พูด หรือกระทำในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวล รำคาญใจ</li> <li>- แนะนำญาติให้มีการวางแผนการดูแล การส่งต่อ ข้อมูลสภาพอาการของผู้ป่วย และการดูแลแก่ ญาติคนอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล</li> </ul>

## 2.3 การนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ ไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 (ระหว่างวันที่ 22

กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551)

จากการที่พยาบาลได้ร่วมกันปรับปรุงแก้ไข แนวทางบริหารความเสี่ยงฯ และได้  
แนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมจากที่ได้กำหนดไว้ ดังในตารางที่ 4.7 สมาชิกกลุ่มพยาบาลได้นำไปปฏิบัติที่  
ห้องผู้ป่วยหนัก 1 เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551

## 2.4 การติดตามประเมินผลจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ครั้งที่ 2

จากการติดตามประเมินผล การนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับปรุงใหม่ไปทดลองใช้ เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551 พบว่า ในช่วงเวลานั้นมีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด จำนวน 20 คน พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยท่อช่วยหายใจหลุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด โดยทำท่อช่วยหายใจหลุด 1 ครั้ง

## 2.5 การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดในการทดลองใช้ครั้งที่ 2

จากการศึกษาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจากการทดลองใช้ครั้งที่ 2 พบว่า ช่วงเวรคิกของวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2551 ประมาณเวลา 06.10 น. มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับย้ายมาจากหอผู้ป่วยอื่นทำท่อช่วยหายใจหลุด 1 ครั้ง โดยการดึงออก ผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทย อายุ 48 ปี ไม่ได้รับการศึกษา อาชีพค้าขาย ป่วยด้วยโรค peptic ulcer perforate ต้องทำการผ่าตัด และใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดในช่วงเวลาดังกล่าวญาติยังไม่เข้ามาเยี่ยม พยาบาลได้เข้าไปดูแลและให้คำแนะนำ โดยพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจตามคำแนะนำดีแล้ว ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการของโรคไม่รุนแรง พยาบาลจึงไม่ได้ผูกมัดมือ และต้องไปดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการหนักมากกว่า จึงมิได้เฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ปรากฏว่า ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหลุด เมื่อเกิดเหตุการณ์พยาบาลได้เข้ามาช่วยดำเนินการแก้ไขพร้อมทั้งรายงานแพทย์ และเมื่อแพทย์ตรวจอาการของผู้ป่วยแล้ว ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้ใหม่ อย่างไรก็ตาม พยาบาลได้ร่วมกันนำสภาพเหตุการณ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์โดยการทำสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาบาลขาดการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอาการของโรคไม่รุนแรง และเริ่มสามารถหายใจได้เอง และได้มีการแก้ไขปรับปรุงแนวทางบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การเฝ้าระวัง ขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มรู้สึกตัว ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง หายใจได้เองหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ดึงท่อช่วยหายใจออกเอง ถึงแม้จะรู้สึกตัวอาการดีขึ้นและสามารถหายใจได้เอง (บรรยาภาสการสนทนากลุ่มอยู่ในภาคผนวก ค หน้า 151)

ภายหลังจากได้นำแนวทางที่ได้ปรับปรุงแก้ไขดังกล่าว ไปปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551 ก็ไม่พบปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดเกิดขึ้นอีก

### สภาพบรรยากาศของการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3

สภาพบรรยากาศการสนทนากลุ่มครั้งนี้คล้ายกับการสนทนาครั้งที่ 2 ทุกคนเป็นกันเองดี แกนนำพยาบาลที่เป็นผู้ดำเนินการอภิปรายสามารถดำเนินการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น โดยไม่มีสมาชิกจับคู่อภิปรายกันเอง ผู้วิจัยจะเพิ่มเติมเฉพาะประเด็นที่ขาดหายไปเท่านั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งแผนการดำเนินงานขั้นตอนต่อไป คือ การอภิปรายสภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการนำเอาแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติ ผู้ดำเนินการอภิปรายได้นำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการร่วมกันวิเคราะห์ และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เช่น การเฝ้าระวัง กรณีที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง การดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วยและการฝึกผู้ป่วยให้มีความอดทน ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อออกก่อนแพทย์อนุญาต เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาแล้วอย่างสมบูรณ์

### 2.6 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลได้ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขแนวทางบริหารความเสี่ยงฯ และได้แนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมจากที่ได้กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุงเพิ่มเติมจากการติดตามประเมินผลการทดลองใช้ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551

ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิมก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
1. การประเมินและติดตามเฝ้าระวังการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบสัญญาณชีพ O<sub>2</sub> sat</li> <li>- ตรวจสอบและบันทึกตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งหลังให้การพยาบาล</li> <li>- สังเกตอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- ตรวจสอบและปรับเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการติดต่อสื่อสาร พยาบาลต้องรีบเข้าไปพบ</li> <li>- จัดกลุ่มกิจกรรมการดูแล/ทำหัตถการ ให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสภาพการมีสติรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มรู้สึกตัว ต้องเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- สังเกต และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สภาพอาการที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น ผู้ป่วยที่สามารถจะหายใจได้เองหรือสมควรที่จะหย่าท่อช่วยหายใจ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
1. การประเมิน และติดตามเฝ้า ระวังการเลื่อน/ หลุดของท่อ ช่วยหายใจ (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับอัตรากำลังการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละ เวรตามความเหมาะสม</li> <li>- ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกี่ยวกับสภาพ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยร่วมกัน วิเคราะห์สาเหตุ และหาแนวทางการจัดการ</li> <li>- ประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ แก่ เจ้าหน้าที่ภายในเวรเดียวกันและระหว่างเวร</li> <li>- สังเกต และบันทึกลักษณะสภาพจิตใจของ ผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตก กังวล โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลายวัน เช่น อาการ ม่านตาขยาย กระสับกระส่ายสัญญาณชีพ เปลี่ยนแปลง สีหน้าที่แสดงอาการหมกมุ่น กลัวมวนด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เหงื่อลอย พร้อมทั้งบันทึกส่งต่อ ข้อมูลให้ทีมงานรับทราบ</li> <li>- สังเกตและตรวจสอบสภาพของผู้ป่วย ภายหลังญาติเยี่ยม เช่น อาการของผู้ป่วย การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจและข้อต่อ ต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ ผ้าผูกยึด เป็นต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หมั่นคอยอธิบาย เป็นระยะ ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ การท่อช่วยหายใจ และการ ปฏิบัติตนขณะกาท่อช่วย หายใจ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
2. การดูแล สภาพจิตใจ ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค้นหาสาเหตุ และรายงานแพทย์ พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ</li> <li>- หมั่นพูดคุย ชักถามความรู้สึก ความต้องการ และคอยปลอบโยนให้กำลังใจ</li> <li>- ค้นหาวิธีการสื่อสารที่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ</li> <li>- ชักถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>- ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสภาพแวดล้อม และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง</li> <li>- ผ่อนปรนกฎระเบียบบางอย่าง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความเหมาะสม</li> <li>- เปิดเพลงธรรมะ เสียงดนตรีเบา ๆ อ่านหนังสือ ธรรมะ หนังสือพิมพ์ ให้ฟัง หรือให้ดูรูปภาพธรรมชาติ</li> <li>- คอยดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่นุ่มนวล อ่อนโยน</li> <li>- สังเกตและประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยทุกครั้ง ที่ให้การพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการทำให้สภาพจิตใจมีสมาธิ ลดความวิตกกังวล อดทนต่อการคาท่อช่วยหายใจ</li> </ul>

## ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
3. การนำผู้ป่วยเข้า มามีส่วนร่วมใน การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ซักถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย และให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน</li> <li>- ประเมินความพร้อมในการรับรู้ สังเกตลักษณะ ที่ทำของผู้ป่วย รวมทั้งภาษากาย ถ้าญาติอยู่ ควรให้คำแนะนำพร้อมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ</li> <li>- คอยซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจ และแสดง ความคิดเห็นให้ผู้ป่วยทดลองฝึกปฏิบัติตาม คำแนะนำที่ได้อธิบายไป และคอยกระตุ้นให้ ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามในขณะที่คาท่อช่วยหายใจ จนสามารถทำได้ด้วยตนเอง</li> <li>- สังเกตความสนใจของผู้ป่วย เช่น การตั้งใจฟัง การประสานสายตา การตอบรับ และความ สามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ</li> <li>- การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การหายใจ ให้มีจังหวะที่สอดคล้อง สัมพันธ์กับเครื่องช่วย หายใจ การสื่อสารขอความช่วยเหลือ เช่น กดกริ่ง เขียน เลือกรูปภาพ หรือการใช้ภาษากาย เช่น พยักหน้าใช้สายตา ภาษามือ ขยับริมฝีปาก การออกกำลังกาย เช่น ยกแขน ขา เกร็ง กล้ามเนื้อ ตามความเหมาะสมของสภาพ ร่างกาย การระวังท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด</li> <li>- เปิด โอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก ความ วิตกกังวล และให้ซักถาม</li> <li>- ติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเองของผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมในการป้องกัน การเลื่อน/หลุดของท่อช่วย หายใจ เช่น การไม่ดึงท่อ ช่วยหายใจออกเอง ถึงแม้ จะรู้สึกว่าการตีขึ้น และ สามารถหายใจได้เองแล้ว ก็ตาม</li> </ul>

## ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ระยะหลังใส่ ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติเดิม ก่อนปรับปรุง	แนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากเดิม
4. การนำญาติ เข้ามามี ส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้อาสาสมัครปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไปแล้ว และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น พูดยกกำลังใจ ดูแลและเข้าใจผู้ป่วย มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>- ปรึกษาหรือแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการแสดง ความผิดปกติของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจากตำแหน่งเดิม เป็นต้น</li> <li>- อธิบายให้ญาติทราบเหตุผลความจำเป็นของการผูกยึดผู้ป่วย</li> <li>- คอยจัดแบ่งเวลามาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- พยายามให้ขวัญกำลังใจผู้ป่วย สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเอง และไม่พูดหรือกระทำในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวล รำคาญใจ</li> <li>- แนะนำญาติให้มีการวางแผนการดูแล การส่งต่อข้อมูลสภาพอาการของผู้ป่วย และการดูแลแก่ญาติคนอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติคอยดูแล เอาใจใส่ พูดยกปลอบโยนให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยคลายความกลัววิตกกังวล ยึดอัด รำคาญ และอดทนต่อการคาท่อช่วยหายใจ ไม่พยายามดึง ขยับ หรือ ขยื้อนท่อช่วยหายใจ</li> </ul>

จากการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ นำไปทดลองใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขในหัวข้อที่ผ่านมาดังกล่าว สามารถสรุปเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การประเมินสภาพความพร้อมทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ การแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นถึงวิธีการปฏิบัติเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติ และการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม



1.2 *ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ* เช่น การช่วยเหลือแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งซักถามปัญหาข้อสงสัยกับแพทย์และทีมงานที่พบในช่วงการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.3 *ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ* เช่น การประเมินสภาพทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินอุปกรณ์ เครื่องมือ สภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ประเมินการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แนวทางการแก้ไข และการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด การประสานทำงานร่วมกันเป็นทีม การนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น (รายละเอียดในภาคผนวก จ หน้า 178)

2. *แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) ที่แสดงให้เห็น ขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระยะของการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ จนถึงระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ* (รายละเอียดในภาคผนวก จ หน้า 182)

3. *แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย สาเหตุปัญหา การดำเนินการแก้ไข มาตรการป้องกันเบื้องต้น และข้อเสนอแนะ เป็นต้น*

หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการบริการความเสี่ยงฯ ตามขั้นตอนต่าง ๆ แล้ว ทำให้ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์ จึงได้มีการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในส่วนที่ 3

**ส่วนที่ 3 การประเมินรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ แบ่งออกเป็น**

**3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ**

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ระยะก่อน (ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2551) และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2551) ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ถึงลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย และจำนวนอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

สำหรับผลวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยระยะก่อน และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป  
เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (n=37)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบฯ (ก.ค.- ส.ค.2551)		หลังใช้รูปแบบฯ (ก.ย.- ต.ค.2551)		ค่าสถิติ Chi-Square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					1.035 <sup>ns</sup>
ชาย	24	64.86	21	56.75	
หญิง	13	35.14	16	43.24	
<b>อายุ</b>					4.113 <sup>ns</sup>
18-20 ปี	5	13.51	7	18.92	
21-30 ปี	4	10.81	6	16.22	
31-40 ปี	5	13.51	4	10.81	
41-50 ปี	7	18.92	4	10.81	
51-60 ปี	7	18.92	4	10.81	
มากกว่า 60	9	24.32	12	32.43	
<b>ระดับการศึกษา</b>					0.619 <sup>ns</sup>
ไม่ได้ศึกษา	11	29.73	10	27.03	
ประถมศึกษา	14	37.84	13	35.14	
มัธยมศึกษา	7	18.92	8	21.62	
อนุปริญญา	3	8.11	4	10.81	
ปริญญาตรี	2	5.41	2	5.41	
<b>ลักษณะโรค</b>					1.276 <sup>ns</sup>
โรคทางสมอง	33	89.19	27	72.97	
โรคอื่น ๆ	4	10.81	10	27.03	

ns = non significant

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 37 คนเท่ากัน และส่วนมากเป็นผู้ชาย ร้อยละ 64.86 และร้อยละ 56.75 ตามลำดับอายุของผู้ป่วยระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี สูงสุด 71 ปี ขณะที่ระยะหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 16 ปี มากที่สุด 74 ปี แต่ทั้งระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.32 และร้อยละ 32.43 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.84 และ ร้อยละ 35.14 ตามลำดับ ส่วนระดับปริญญาตรีน้อยที่สุดทั้งระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ คิดเป็นร้อยละ 5.41 สำหรับลักษณะโรคทั้งระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคทางระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 89.19 และร้อยละ 70.27 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-Square พบว่า ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะโรค ทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่ช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เปรียบเทียบระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำแนกตามการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (n=37)

อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุด ของท่อช่วยหายใจ	ระยะก่อนการใช้รูปแบบฯ (ก.ค.-ส.ค.2551)		ระยะหลังการใช้รูปแบบฯ (ก.ย.-ค.ค.2551)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด	9	24.33	2	5.40
ท่อช่วยหายใจไม่เลื่อน/หลุด	28	75.67	35	94.60

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2551) มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 37 คน เกิดอุบัติการณ์ที่ช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 24.33 ของจำนวนผู้ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด

และไม่เกิดอุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 75.67 ของจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด ซึ่งมีจำนวนมากกว่าระยะหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่มีอุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจหลุดเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.40 ของจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดตามผลัดเวรของเจ้าหน้าที่ ในระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของอุบัติเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จำแนกตามการผลัดเวรของพยาบาล เปรียบเทียบก่อน และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

เวร	อุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด			
	ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ		หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ	
	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
เช้า	3	33.33	-	-
บ่าย	2	22.22	1	33.33
ดึก	6	66.67	2	66.67
รวม	9		3	

จากตารางที่ 4.11 ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2551) พบว่า อุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ส่วนใหญ่เกิดในช่วงเวรดึก ระหว่างเวลา 00.05 - 06.30 น. จำนวน 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของจำนวนครั้งที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดทั้งหมด รองลงมาเป็นเวรเช้า จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยเกิดเวลา 10.00 น. เวลา 13.20 น. และเวลา 14.15 น. สำหรับช่วงเวรบ่าย เกิดอุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 โดยเกิดระหว่างเวลา 16.30 น. และเวลา 20.45 น. ขณะที่หลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เกิดอุบัติเหตุที่ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ส่วนใหญ่ในช่วงเวรดึก จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยเกิดเวลา 06.10 น. และเวลา 07.15 น. และเวรบ่าย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยเกิดในเวลา 18.00 น.

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในท้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โดยรวมและรายข้อ เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ฯ (n=16)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนการใช้		หลังการใช้		t
	รูปแบบฯ		รูปแบบฯ		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ข้อความในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ชัดเจน เข้าใจง่าย	2.75	0.45	4.63	0.50	9.30 *
2. แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงฯ มีข้อความที่ให้แนวทางเฝ้าต่อการบันทึกได้อย่างสะดวก ถูกต้องและครบถ้วน	3.38	0.50	4.56	0.73	5.69 *
3. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อความที่ชัดเจน	3.25	0.68	4.75	0.45	6.21 *
4. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีความสะดวกในการนำไปใช้	3.19	0.75	4.69	0.48	6.21 *
5. คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ อ่านเข้าใจง่าย	3.25	0.86	4.63	0.62	6.22 *
6. คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจต่อการปฏิบัติ	3.38	0.72	4.75	0.58	5.06 *
7. Flow Chart แสดงขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจชัดเจนทำให้เข้าใจง่าย	3.06	0.68	4.88	0.34	11.07 *

\* ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนการใช้		หลังการใช้		t
	รูปแบบ ๓		รูปแบบ ๓		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
8. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	3.19	0.66	4.94	0.25	10.25 *
9. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงาน	2.63	0.62	5.00	0.00	15.34 *
10. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ส่งผลทำให้เกิดการประสานงานดี	3.38	0.89	4.69	0.60	4.87 *
11. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วม ในการสร้างรูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงฯ	3.19	0.83	4.81	0.54	6.34 *
12. ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าต่อการ มีส่วนร่วมในการป้องกันการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	3.13	0.62	4.88	0.34	9.04 *
13. ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย จากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	3.50	0.73	4.94	0.25	7.06 *
14. การนำรูปแบบการบริหารความ เสี่ยงฯ มาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิด ประสิทธิภาพในการป้องกันการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ	3.13	0.81	4.81	0.40	6.26 *
15. ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวม ต่อการใช้รูปแบบการบริหารความ เสี่ยงฯ	3.06	0.68	4.78	0.15	9.79 *
<b>เฉลี่ยรวมทั้งหมด</b>	<b>3.16</b>	<b>0.23</b>	<b>4.76</b>	<b>0.15</b>	<b>24.04 *</b>

\* ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อ โดยระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แสดงค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แสดงค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.76$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ส่วนใหญ่แสดงค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ 9 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีระดับค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.63$ ) ยกเว้นข้อที่ 13 ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย จากการเลื่อน/หาลูกของท่อช่วยหายใจ ที่มีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50$ ) ส่วนภายหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แล้ว ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ รายข้อทุกข้อแสดงระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่สูงที่สุดของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้แก่ ข้อที่ 9 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งมีระดับค่า = 5.00 ขณะที่ข้อที่ 2 แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงฯ มีข้อความที่ให้แนวทางเฝ้าต่อการบันทึกได้อย่างสะดวกถูกต้องและครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 4.56$ )

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน หาแนวทางป้องกัน แก้ไข และร่วมกันกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และนำไปทดลองใช้ในกระบวนการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งประเมินผลวิเคราะห์เปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

##### 1.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

- 1) วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ
- 2) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล
- 3) ประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยพิจารณาใน 2 ประเด็น คือ

(1) เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

(2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ



## 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

### 1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1) ประชากร คือ

(1) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 จำนวน 37 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวต้องได้รับความยินยอมจากญาติในการเข้าร่วมการวิจัยแทน

(2) ญาติของผู้ป่วย ที่เกิดอุบัติเหตุที่ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551 จำนวน 37 คน

(3) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 ปี ในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 16 คน

#### 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนประชากรทั้งหมด

### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (research instrument) มี 3 ประเภท ได้แก่

#### 1) เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดท่อช่วยหายใจ ได้แก่

1) แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 4) เทคนิคการสนทนากลุ่ม

#### 2) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้แก่

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ 2) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ 3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 5) เทคนิคการสนทนากลุ่ม และ 6) อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น เทป กล้องถ่ายวิดีโอ กระดาษ ดินสอปากกา เป็นต้น

3) เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และความพึงพอใจของ

พยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ได้แก่

1) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามความ

พึงพอใจไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรง และความครอบคลุม ตามเนื้อหา สำนวนภาษา และนำไปแก้ไขขั้นต้น จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 2 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 16 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

### 1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (ระหว่างเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551) การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

(1) การศึกษาสภาพสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

ก. การรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด และจำนวนครั้งของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ข. การรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ที่มีประวัติท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 9 คน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2551

ค. การรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 16 คน เกี่ยวกับสาเหตุท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยเลื่อน/หลุด

(2) ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แบบเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

2) ระยะการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ.2551 การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

3) ระยะการประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

(1) เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการใช้แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

(2) เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ขั้นพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และขั้นประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ขั้นเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และเก็บรวบรวมข้อมูลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จากรายงานอุบัติการณ์ของห้องผู้ป่วยหนัก 1 และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

2. จัดทำโครงการเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการฯ โดยผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งขอพบหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก 1 และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินโครงการ การจัดอบรม รวมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำนวน 16 คน ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เดิม ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่

4. การจัดฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยแก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็น 3 รุ่นๆ ละ 5-6 คน อบรมรุ่นละครึ่งวัน ในวันที่ 1-3 กันยายน พ.ศ.2551 ตั้งแต่เวลา 08.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

5. ภายหลังจากอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้มีการจัดสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก ครั้งที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2551 โดยให้ พยาบาลที่เข้ารับการอบรมได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

**ขั้นตอนที่ 2** ขั้นพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ การดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีรายละเอียดดังนี้

1. ภายหลังจากร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ พยาบาลที่เข้ารับการอบรมได้ร่วมกันหาแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในเบื้องต้น และให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนัก 1 นำแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจฉบับร่าง ไปทดลองใช้ปฏิบัติเป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 5-20 กันยายน พ.ศ.2551)

2. ระหว่างการทดลองใช้ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ นี้ จะมีการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลแต่ละเวร ได้มีการประชุมกลุ่มย่อยแล้วนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมกันอภิปรายวิเคราะห์สาเหตุความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และหาแนวทางการแก้ไขปรับปรุงพัฒนา เพื่อให้แนวทางปฏิบัติมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. ภายหลังจากที่ได้้นำแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น ไปทดลองใช้ปฏิบัติ ได้มีการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ครั้งที่ 2 ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2551 เพื่อประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง และนำไปปฏิบัติจริงอีกครั้งเป็นเวลา 1 เดือนตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551

4. ภายหลังจากที่ได้้นำแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปใช้ปฏิบัติจริง เป็นเวลา 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 22 กันยายน - 23 ตุลาคม พ.ศ.2551) แล้ว ผู้วิจัยได้จัดสนทนากลุ่ม (focus group) ครั้งที่ 3 ในวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2551 โดยให้พยาบาลร่วมกันสรุปประเมินผล ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแก้ไขแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์ และจัดทำเป็นคู่มือ สำหรับใช้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และเผยแพร่ทางวิชาการต่อไป

### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติ (ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2551) เพื่อประเมิน ผลเปรียบเทียบกับระยะก่อนนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่มาใช้ ดังนี้

1. เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อน และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อน และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

**1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** แบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่า Chi-Square และค่าสถิติ Paired t test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 1.3 ผลการวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

**1.3.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูล** จำนวนทั้งหมด 16 คน เป็นผู้หญิง จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 43.75 สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.75 ส่วนมากมีประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 4.75 และพยาบาลวิชาชีพทุกคนเคยผ่านประสบการณ์อบรมการบริหารความเสี่ยงมาแล้ว

**1.3.2 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และญาติ** ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีจำนวนทั้งหมด 37 คนเท่ากัน ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 64.86 ส่วนญาติเป็นผู้หญิง ร้อยละ 59.46 ผู้ป่วยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี สูงสุด 71 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 44 ปี ขณะที่ญาติอายุน้อยที่สุด 26 ปี มากที่สุด 65 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 35 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.84 สำหรับญาติส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.65 และระดับปริญญาตรีน้อยที่สุดเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 5.41 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคทางระบบสมองและประสาท คิดเป็น ร้อยละ 89.19

**1.3.3 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ** ระยะเวลาหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย คิดเป็น ร้อยละ 56.75 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.43 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.14 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.03 เป็นผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทและสมอง ร้อยละ 72.97 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi-square ทางข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะ โรคทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

1.3.4 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุที่ช่วยเหลือผู้อื่น/หูด และญาติ พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีจำนวน 9 คน เท่ากัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 77.77 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.44 และมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33 ขณะที่ญาติส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 และมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.33

1.3.5 สาเหตุการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก 1 จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานบันทึกความเสี่ยงโรงพยาบาลสมุทรสาคร การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสนทนากลุ่มพยาบาล พบว่า สาเหตุสาเหตุปัญหาการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยทำท่อช่วยหายใจเลื่อน/หูด สาเหตุเกิดจากการได้รับผลกระทบทางสภาพร่างกาย จิตใจ และการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- 2) ปัจจัยด้านญาติ สาเหตุเกิดจากขาดความระมัดระวัง ขาดความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- 3) ปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล สาเหตุเกิดจาก ขาดการเตรียมผู้ป่วย เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ขาดการเฝ้าระวัง ประเมินสภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และสภาพสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ขาดทักษะทางการพยาบาล ขาดการนำญาติและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

1.3.5 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ เกิดจากการที่พยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 ได้ร่วมกันวิเคราะห์ หาแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยง ปรับปรุงแก้ไข แล้วพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจที่สมบูรณ์เพื่อจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติในการป้องกัน การเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ และเผยแพร่ต่อไป ซึ่งรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หูดของท่อช่วยหายใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

(1) ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ การแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจในเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการปฏิบัติเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

(2) *ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ* ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วย การให้ข้อมูลและกำลังใจแก่ผู้ป่วย การช่วยเหลือแพทย์ในขณะใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวก และไม่เกิดปัญหาอุปสรรคระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย และเตรียมพร้อมช่วยเหลือทันทีขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

(3) *ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ* ได้แก่ การประเมินสภาพทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วยภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ การประเมินอุปกรณ์ เครื่องมือ สภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การประเมินการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การพยาบาลต่าง ๆ ในการป้องกันและแก้ไขการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การประสานการทำงานร่วมกันเป็นทีม การนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกับเจ้าหน้าที่

2) *แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart)* เป็นแผนที่แสดงให้เห็นถึงขั้นตอน แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงทั้งในระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ซึ่งจะทำให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มองเห็นภาพกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ เข้าใจได้ง่ายชัดเจน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3) *แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ* เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยมีประเด็นสำคัญในแบบบันทึก ได้แก่ อายุ การศึกษา สภาพโรคของผู้ป่วย วันเวลาที่เริ่มใส่ท่อช่วยหายใจและพบอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ปัจจัยสาเหตุท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด การวิเคราะห์สภาพสาเหตุปัญหา การดำเนินการแก้ไข ป้องกันเบื้องต้น เป็นต้น โดยให้พยาบาลทุกคนที่พบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึก และมีการส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปรับทราบ

**1.3.7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ** ของห้องผู้ป่วยหนัก 1 ระยะก่อนและหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้ปฏิบัติพบว่า ระยะหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ลดลงหรือเกิดขึ้นน้อยกว่าระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ โดยที่ระยะก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ.2551) มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 37 คน ผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน 2 คน จำนวน 2 ครั้ง และ ผู้ป่วยจำนวน 7 คน ทำท่อช่วยหายใจหลุด จำนวน 9 ครั้ง ในขณะที่ระยะหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ (เดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2551) มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 37 คนเท่ากัน ไม่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน แต่มีผู้ป่วยทำท่อช่วยหายใจหลุด 2 คน จำนวน 3 ครั้ง

**1.3.8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ** ระยะเวลา ก่อน และหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้ปฏิบัติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งรายข้อและในภาพรวมภายหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 2. อภิปรายผล

### 2.1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุสภาพปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

สาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูล 3 ด้าน คือ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งพบว่า สอดคล้องกันทั้ง 3 ด้าน ทำให้มั่นใจข้อมูลที่ได้ว่ามีความเที่ยงตรงกับสภาพที่เกิดขึ้นจริง จากการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สรุปสาเหตุการเกิดปัญหาได้ ดังนี้

**2.1.1 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วย** จากการศึกษาพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบการหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 9 ครั้ง เกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ หลุดเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ ผู้ป่วยไอ และขย้อนแรงจนทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดออกมา และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ท่อช่วยหายใจหลุด 3 ครั้ง โดยผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน โดยสถานการณ์จากทางร่างกายดังกล่าวมีผลกระทบให้เกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ ความเมื่อยล้าจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ เนื่องจากการถูกจำกัดเฉพาะที่ในเตียง ความกระหายน้ำ การนอนไม่หลับ การพูดสื่อสารไม่ได้ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หงุดหงิด วิตกกังวล กลัว ที่ไม่สามารถบอกความต้องการหรือความรู้สึกกับใครได้ เจ้าหน้าที่ไม่ได้สนใจดูแล รู้สึกไร้ค่า อดอยากที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงหงุดหงิดกับสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างเกินไป ได้ยินเสียงเครื่องมือ นอกจากนี้ยังไม่รู้และไม่เข้าใจว่าทำไมถึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ วิธีการปฏิบัติควรต้องทำอะไร ซึ่งสอดคล้องกับขวัญเรือน แพ้งงสกุล (2544) ที่ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะความเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า สถานการณ์ทางด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวด การดูดเสมหะ การนอนท่าเดียวนาน ๆ ความกระหายน้ำ การนอนไม่หลับ การไม่สามารถติดต่อ สื่อสาร ได้อย่างปกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความ



สนใจดูแล การพึ่งพาผู้อื่น การถูกจำกัดเฉพาะที่ในเตียง ในหอผู้ป่วย ไม่สามารถติดต่อกับภายนอก ได้ กลัวตาย ไม่ทราบกำหนดระยะเวลาที่ต้องอยู่รักษาตัว ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง สี เสียง เครื่องมือ สัญญาณเตือน การรักษาด้วยอุปกรณ์เครื่องมือที่ยุ่งยาก เป็นต้น

นอกจากนี้แล้ว จากการสนทนากลุ่มพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 พบว่า ผู้ป่วย รู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล อึดอัด กังวาล เครียด กลัว หงุดหงิด หมดกำลังใจ และแสดงอาการต่าง ๆ ออกมา เช่น ทูรันทูราย กระสับกระส่าย ซึมเศร้า โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออกมา แบ่งออกเป็น 1) พฤติกรรมไม่ได้เจตนาทำให้ต่อช่วยหายใจหลุดออกมา เช่น ไอ พลิกตะแคงตัว กระสับกระส่าย หรือมือพลาดไปโดนต่อช่วยหายใจหรือสายท่อแล้วทำให้เลื่อน/หลุด และ 2) พฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการเจตนาทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น การใช้มือดึง ใช้เท้าหรืออวัยวะอื่น ๆ หนีบดึงท่อ กัดท่อ ขยี้ท่อ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ Shu-Hui Yeh และคณะ (2003) และ Carmen Bouza (2006) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ต่อช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยดึงต่อช่วยหายใจเอง รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุโดยมิได้ตั้งใจ

**2.1.2 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านญาติ** จากการศึกษาพบว่า ทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ญาติมีส่วนในการทำให้เกิดการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ โดยก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบการหลุดของต่อช่วยหายใจ จำนวน 2 ครั้ง ที่มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากญาติ และหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบต่อช่วยหายใจหลุด จำนวน 1 ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตน ขาดความระมัดระวัง จึงทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดทั้งทาง ตรงและทางอ้อม ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงที่ทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น การปลดสิ่งผูกมัดผู้ป่วยโดยขาดการปรึกษากับเจ้าหน้าที่ก่อนหรือขาดความระมัดระวัง ช่วยพลิกตะแคงตัว ทำความสะอาด แล้วพลาดไปโดนทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด และพฤติกรรมทางอ้อมที่ทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ได้แก่ การไม่ได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยของญาติ ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด จึงดึงหรือทำต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคุษฎี ใจโปร่ง (2548) ที่ทำการศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบสภาพปัญหาว่า ญาติที่เข้ามาดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีความเข้าใจในการช่วยดูแลปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด

**2.1.3 สาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาล** จากการศึกษาพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เจ้าหน้าที่มีส่วนทำให้เกิดการหลุดของท่อช่วยหายใจ 1 ครั้ง จากการยึดติดหรือพันผ้าเทปไม่แน่นเพียงพอ โดยปิดพลาสติกที่บัพยาที่ทาแผลเหนือริมฝีปาก ทำให้เกิดการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในขณะที่ผู้ป่วยไอแรง และเกิดการเลื่อนของท่อช่วยหายใจ จำนวน 2 ครั้ง ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงานด้วยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สำหรับช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เกิดในเวรเช้า และเป็นช่วงเวลาในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Carmen Bouza (2006) ที่พบว่า ร้อยละ 15 ของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเกิดในขณะที่ผู้ป่วยไอ และวิธีการยึดติดหรือพันผ้าเทปไม่ดีเพียงพอ และร้อยละ 3 เกิดอุบัติการณ์ในระหว่างการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น กำลังเอกซเรย์หรือมือเจ้าหน้าที่ไปปิดถูกโดยมิได้ตั้งใจ

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังมีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องในการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น ขาดการเฝ้าระวังติดตามประเมินผล การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลรักษาพยาบาล ขาดการประสานงาน ขาดการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสื่อสารกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น การผูกยึดท่อช่วยหายใจหรือการติดพลาสติกไม่เหมาะสม การคลุมเสมหะ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทางอ้อมที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ได้แก่ การจัดอุปกรณ์เครื่องมือสิ่งแวดล้อม แสง เสียง อุณหภูมิไม่เหมาะสม การไม่เข้ามาดูแลเอาใจใส่ การสื่อสารน้อย การสื่อสารกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจเหตุผลการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือพยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์พร แซ่ฉิน (2545) และสุเพียร เปรมปราโมทย์ และคณะ (2545) ที่พบว่า สาเหตุการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารกับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

## **2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล**

ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมจนสมบูรณ์ จะได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ 2) แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อ

การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) และ 3) แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ในส่วนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ จนได้รูปแบบที่สมบูรณ์ ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Willson and Tingle (1999) ร่วมกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทุกคน เข้ามามีส่วนร่วมกันในการบริหารจัดการความเสี่ยงตั้งแต่การวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุปัญหาต่าง ๆ ประเมินระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางบริหารจัดการ และติดตามประเมินผล โดยใช้เทคนิค การสนทนากลุ่ม (focus group) ให้ทุกคนมีส่วนร่วมซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการวิจัยของวิมลพร ไสยวรรณ (2545) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ด้วยการให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ โดยทำการสนทนากลุ่ม และใช้กระบวนการ บริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการ ความเสี่ยง และการประเมินผล

ในส่วนกระบวนการสนทนากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยจะคอยเป็นผู้จุดประเด็นที่สำคัญให้ สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ร่วมอภิปราย ตั้งแต่อภิปรายปัญหาสาเหตุทั่วไปของการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ การกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ จนกระทั่งการกำหนดเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ระหว่างการ อภิปรายสมาชิกกลุ่ม ได้ร่วมกันสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อกระบวนการกลุ่ม รวมทั้งการ ได้แย้งในประเด็นที่ตนเองไม่เห็นด้วยไปพร้อม ๆ กัน ผลจากการจัดสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้ที่ไม่เคยได้เสนอหรืออภิปรายข้อคิดเห็นในเชิงวิชาการเช่นนี้มาก่อน ได้มีการเสนอ ข้อคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้จากสมาชิกคนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น จาก กระบวนการวิจัยในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อีกทางหนึ่ง และช่วยยกระดับความเชื่อมั่นในตนเองของพยาบาลให้สามารถวิเคราะห์ และ สังเคราะห์สิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง และเมื่อมีการกระจายอำนาจให้พยาบาลมีอิสระใน การแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขและ ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จึงเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันได้ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจ บริหารจัดการความเสี่ยงได้สอดคล้องตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับจันทรา จินดา (2546) และสุติภรณ์ ณะช้อย (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบ โดยให้บทบาทพยาบาลในการมีส่วนร่วม พบว่า เกิดการแก้ไขที่ตรงกับปัญหา ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปสู่การจัดการที่มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลจากการที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ จึงสามารถร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงจนได้แนวทางปฏิบัติที่สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนดังกล่าวทำให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เมื่อนำไปใช้จึงทำให้จำนวนการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาตี นุญศรีรัตน์ (2543) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การใช้คู่มือการบริหารความเสี่ยงและแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการปรับปรุงให้เหมาะสมทุกวงจร จะทำให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์ลดลง

นอกจากนี้แล้ว การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ยังมีการกำหนดแบบแผนที่แสดงกระบวนการของขั้นตอนการปฏิบัติ (flow chart) ขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบขั้นตอนแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ จะได้มองระบบ ขั้นตอนการปฏิบัติกับผู้ป่วยให้เข้าใจได้อย่างชัดเจน เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยตามขั้นตอนต่าง ๆ ถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีการประสานงานเป็นทีม ดำเนินงานได้ต่อเนื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถติดตามประเมินผลทุกขั้นตอนปฏิบัติได้ตลอดเวลา

ส่วนการกำหนดแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ เช่น สาเหตุท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด วันที่ เวลา และตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ระดับความรุนแรง การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น และแนวทางการแก้ไข ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อใช้ในการส่งผ่านข้อมูลให้พยาบาลทุกเวรทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องเกิดความสะดวก เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงทำให้เครื่องมือดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและแก้ไขท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดให้ประสบผลสำเร็จได้ในที่สุด ซึ่งการใช้ประโยชน์จากแบบบันทึกนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเฟื่องทอง มธุรชน (2546) ที่ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ พบว่า การบันทึกที่ดีทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย สามารถทราบปัญหาและสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย มีประโยชน์ต่อการวางแผน กำหนดแนวทางปฏิบัติหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนสุติภรณ์ ณะช้อย (2547) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดที่คาท้อช่วยหายใจ ด้วยการ ใช้แบบบันทึกข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ระบบบันทึกทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารถึงข้อมูล กิจกรรมการจัดการความปวด และมี การแก้ไข ที่ตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากการศึกษาสภาพปัญหาในครั้งนี้ พบว่า สาเหตุที่ท้อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติก็มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท้อช่วยหายใจได้ เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นได้ว่า ถึงแม้พยาบาลจะสามารถกำหนดแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยง ได้ดีเพียงไหนก็ตาม หากไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ให้บริการแล้ว ก็ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ การกำหนดแนวทางปฏิบัติครั้งนี้จึงได้นำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้ทราบความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เกิดประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้การดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ขณะที่ญาติก็จะได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการยอมรับ เข้าใจ และให้ความร่วมมือที่ดี เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) พัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วย และญาติในการดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลรักษาสุขภาพ ที่คืออย่างยั่งยืน มีส่วนร่วมตัดสินใจ วางแผนด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ประชาชน บุคคล เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีพยาบาลคอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับ หรือทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสายหยุด นพตลุง (2551) ที่ศึกษาการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม พบว่า อุบัติการณ์ที่ท้อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด มีจำนวนลดลงเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสม โดยหายใจได้เองอย่างเพียงพอ และสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

### 2.3 การเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท้อช่วยหายใจของผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท้อช่วยหายใจ รวม 37 คน มีผู้ป่วยทำท้อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด จำนวน 11 ครั้ง หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท้อช่วยหายใจ จำนวน 37 คนเท่ากัน พบว่า ท้อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ลดลง เหลือจำนวนเพียง 3 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ที่ท้อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ตามผลัดเวรของเจ้าหน้าที่ ทั้งก่อน และหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท้อช่วยหายใจ พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นช่วงเวรดึก เนื่องจากช่วงเวรดึกมีเจ้าหน้าที่น้อย ในขณะที่ภาระงานของพยาบาลมาก ทำให้พยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยข้างเตียงได้ตลอด และไม่ได้ระวัง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดึงท้อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Carmen Bouza (2006) ที่พบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยคิงทอช่วยหายใจมักเกิดในช่วงเวรดึกเช่นเดียวกัน โดยเกิดจากไม่มีการดูแลข้างเตียงของพยาบาล

สำหรับเหตุผลที่ยังเกิดอุบัติการณ์ท่อเลื่อน/หลุดอยู่บ้าง ภายหลังจากใช้รูปแบบแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลหลาย ๆ ประการ เช่น *ประการแรก* ท่อหายใจเลื่อน/หลุดจะเกิดขึ้นในช่วงระยะแรก ๆ (วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2552) ของการทดลองนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติ อาจเนื่องจากว่ายังไม่คุ้นเคยกับแนวทางปฏิบัติของรูปแบบดังกล่าว *ประการที่สอง* สาเหตุท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดแล้วเกิดจากปัจจัยด้านญาติ 1 ครั้ง และปัจจัยด้านผู้ป่วย 2 ครั้ง โดยที่ไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านปฏิบัติการพยาบาลเลย ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นว่า ช่วงแรก ๆ ยังขาดการนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่จะค่อนข้างได้รับการศึกษาไม่สูงมากนัก มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาลงมาหรือบางส่วนจะไม่ได้รับการศึกษาเลยก็มี *ประการที่สาม* ผู้ป่วยที่ทำท่อเลื่อน/หลุดจะเป็นผู้ป่วยกรณีที่มีอาการที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำท่อเลื่อน/หลุดในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2552 ที่พร้อมที่จะถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว เพียงแต่ว่าแพทย์ยังต้องรอดูอาการอยู่เท่านั้น และ*ประการที่สี่* ช่วงระยะเวลาที่ท่อเลื่อน/หลุดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่ใช่นยามวิกาล เปิดให้ญาติเข้ามาเยี่ยมได้ เป็นต้น จากเหตุผลต่าง ๆ เหล่านี้ จึงทำให้ช่วงระยะแรก ๆ พยาบาลจึงขาดความระมัดระวังไปบ้าง แต่ภายหลังจากพยาบาลได้ร่วมกันปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เช่น การนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าจะมีอาการรุนแรงหรือไม่ก็ตาม การเฝ้าระวังดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของเวรผลัดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลา กลางคืน ขามวิกาล ไม่มีผู้คนมาก เวลากลางวัน หรือเวลาที่มีญาติมาเยี่ยม เพราะอุบัติการณ์ท่อเลื่อน/หลุดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะเวลาได้ เป็นต้น จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ทำให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดขึ้นมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุเพียร เปรมปราโมทย์ (2545) ที่ทำการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยให้ทีมได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และปฏิบัติตามมาตรฐานที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น พบว่า อัตราการเกิดอุบัติการณ์การคิงทอช่วยหายใจลดลง

นอกจากนี้แล้วได้มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับเดือน/ หลุดของท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย อาทิเช่น เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ลักษณะโรค ทั้งระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงฯ พบว่า ไม่มีความ แตกต่างกัน จึงสามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่า อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่ลดลง กว่าระยะก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เป็นผลที่เกิดจากการนำเอารูปแบบบริหาร ความเสี่ยงฯ มาใช้ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

ซึ่งผลที่เกิดขึ้นดังกล่าว อธิบายได้ว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สร้างขึ้น ด้วยการบูรณาการจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Willson and Tingle (1999) ร่วมกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ประกอบกับการที่พยาบาลได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการ บริหารความเสี่ยงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ทราบขั้นตอนในการบริหารความเสี่ยง และ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เพื่อป้องกัน แก้อิการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้อุบัติการณ์ การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาวิจัยของชะลอ น้อยเผ่า (2544) ที่ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ตามกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยงตาม แนวคิดของ Willson and Tingle (1999) จะมีการจัดการ และมีประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน ทางด้านบริหารที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชวไล ชุ่มคำ (2545) และอภิญา ทิท่า (2546) ที่ทำการศึกษาผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงต่อความสามารถในการจัดการ ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยงภายหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ในช่วงที่ทำการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วย หายใจมีสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยและญาติ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ครั้งนี้ จึงมีการบริหารจัดการ โดยนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม จึงนับว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ มาจากการมีส่วนร่วมทั้งสามด้าน คือ พยาบาลผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ใช้บริการ โดยที่ ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้จำนวนอุบัติเหตุการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลง ซึ่งสอดคล้องกับเพ็ญทิพย์ เชาวลิต (2545) ที่ศึกษาผลของทีม พยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ใช้ทีมการพยาบาลเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้การพยาบาลดูแลระบบเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาของเพียร์จิดด์ ภูมิสิริกุล (2546) ที่ศึกษาผลของการจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลรอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลจะมีความวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้ในช่วงที่ทำการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้ตั้งนโยบายความปลอดภัยขององค์กร (Patient safety goal) ปี พ.ศ.2550 คือ การดูแลให้ผู้ป่วยทุกคนปลอดภัย โดยมีการกระตุ้น และสร้างความตระหนักให้บุคลากรรวมทั้งผู้บริหารเห็นความสำคัญ มุ่งเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยงมากขึ้น (คู่มือ นโยบายความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรสาคร 2550) จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเสริม และเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และเมื่อมีแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมที่สามารถปฏิบัติได้ดีและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่นนี้แล้วจากเหตุผลดังกล่าว จึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ แบบมีส่วนร่วมนี้สามารถตอบสนองความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลทำให้ภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ จำนวนอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดจึงลดลงเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

#### 2.4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 (SD = 0.23) หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (SD = 0.15) เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า หลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 24.04, p = 0.00$ ) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คือ

##### 2.4.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Willson and Tingle (1999) เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ทั้งนี้ก่อนการพัฒนา รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พยาบาลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย เมื่อพยาบาลได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้ครอบคลุมมากขึ้นเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชะลอ น้อยเผ่า (2544) ที่ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของ



หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ Willson ผลการศึกษาพบว่า การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีแนวโน้มจะปฏิบัติได้มากขึ้น เมื่อมีการศึกษาที่สูงขึ้น ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการจัดการภาวะเสี่ยงที่มากขึ้น

2.4.2 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้มีการนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้พยาบาลได้มีโอกาสร่วมกันวิเคราะห์ค้นหาสภาพสาเหตุปัญหาของความเสี่ยง และนำมาสู่การร่วมกันกำหนดแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งนับว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่สำคัญของหน่วยงาน ทำให้ทำทายความสามารถของพยาบาล จนผลงานเกิดประสิทธิผล เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ พยาบาลจึงมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเพียร์จิดต์ ภูมิสิริกุล (2546) และสุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) ที่ศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการบริการ ด้วยการนำเอาแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้โดยให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการบริการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการจัดรูปแบบการบริการสูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4.3 จากรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาครั้งนี้ ทำให้เกิดความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมาย และรายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงาน จึงทำให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานและรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับปีทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงาน กับความพอใจของพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วม ความชัดเจนของงาน และสภาพแวดล้อมในที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของคารารัตน์ หงส์ทอง (2547) ที่ศึกษารูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังจากการนำรูปแบบไปปฏิบัติงาน ทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบเพิ่มขึ้น เช่น เข้าใจข้อมูลทั้งในด้านการรักษาพยาบาล สภาพร่างกาย จิตใจ ความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างชัดเจน มีความสะดวกสบายในการวางแผนและกำหนดแนวทางปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้องชัดเจน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีรูปแบบการบันทึกการพยาบาล

ผลงานที่เกิดประสิทธิผล ทำให้พยาบาลรู้สึกตนเองมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับไว้วางใจมากขึ้น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผลลัพธ์คือ พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

ที่ทุกคนมีส่วนร่วมกันพัฒนาจนประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของสมยศ นาวิการ (2545) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนร่วมของคนที่มีงาน มักชอบให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน การดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน ในขณะเดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานมากขึ้นความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

**2.4.4 จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลในรายชื่อ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2 แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของ ท่อช่วยหายใจมีข้อความที่ให้แนวทางเฝ้าต่อการบันทึกได้อย่างสะดวกถูกต้องและครบถ้วน ( $\bar{X} = 4.56$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาล ถึงแม้จะเห็นด้วยกับแบบบันทึกดังกล่าวที่เฝ้าต่อการบันทึก และมีความตั้งใจในการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ แต่ด้วยภาระงานที่มาก จึงให้คะแนนความพึงพอใจ ในข้อนี้มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ส่วนหลังการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 9 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ( $\bar{X} = 5.00$ ) ซึ่งเป็นข้อที่ได้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดในช่วงก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ( $\bar{X} = 2.63$ ) ทั้งนี้เนื่องจากว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยเข้าใจว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องของผู้บริหาร เป็นระบบการสั่งการให้ปฏิบัติตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล โดยพยาบาลระดับปฏิบัติการไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ประกอบกับยังไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน แต่ภายหลังที่พยาบาลทุกคนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ อย่างเป็นระบบ จนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่สมบูรณ์ พยาบาลได้มีส่วนร่วมนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปใช้ปฏิบัติจริงในการทำงาน ทำให้อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลงจนประสบผลสำเร็จ ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในข้อนี้ จึงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รวมถึงคะแนนความพึงพอใจในด้านอื่น ๆ จึงเพิ่มขึ้นทุกข้อ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ**

จากผลการวิจัยข้างต้นสนับสนุนได้ว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้าง และพัฒนาทุกขั้นตอน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจมากขึ้นกว่าระบบการบริหารความเสี่ยงแบบเดิม กล่าวคือ การที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมกันในการดำเนินงานทำให้เกิด

ความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน ได้รับอิสระ สามารถตัดสินใจควบคุมงานได้ด้วยตนเอง และเมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ งานที่ทุกคนมีส่วนร่วมประสบผลสำเร็จ พยาบาลจะเกิดความภูมิใจและเกิดคุณค่าในผลงานที่สร้างขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ และส่งผลถึงการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 3.1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1) ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ไปใช้ในการแจกคู่มือการบริหารความเสี่ยง ในการป้องกันและแก้ไขการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้คู่มือ และการนำแบบฟอร์มการบันทึกอุบัติการณ์ที่พัฒนาไปใช้ รวมถึงมีการติดตามผลของการใช้คู่มือ เพื่อนำมาปรับปรุงทุก 1-2 ปี เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และวิชาชีพพยาบาลต่อไป

2) ควรนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในเรื่องอื่น ๆ

##### 3.1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติการ

1) ควรจัดทำโครงการติดตามประเมินผล การใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยง และสามารถวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2) พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ควรมีการวางแผนงาน กำหนดมาตรการหรือแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ที่จะกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ด้วยความสมัครใจมากขึ้น ให้มีลักษณะผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลรักษา ทั้งขณะที่พักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลหรือกลับไปที่บ้านแล้ว

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อมูลอย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.2.2 ควรทำการวิจัยพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในประเด็นอื่น ๆ และให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถนำมาปรับปรุงรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยต่อไป

3.3.3 ควรทำการวิจัยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมีผลส่งเสริมต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้สามารถกำหนดแนวทางหรือสามารถวางมาตรการต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนชักนำให้ผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมๆ ให้มากขึ้น อันจะส่งผลให้ปัญหาการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดขึ้นน้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย และเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพการบริการ

## บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงดี (2544) การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาล ผู้ป่วยใน ปทุมธานี โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
- กรรณิการ์ เจิมเทียนชัย (2539) “การพัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิผลองค์กรของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ครุศาสตรคดีบัณฑิต ภาควิชาบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ขวัญเรือน แพร่งสกุล (2544) “สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จันทร์รา จินดา (2546) “ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (2549) “การดูแลผู้ป่วยทางระบบทางเดินหายใจ” ใน respiratory care in adult การสัมมนาทางวิชาการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร วันที่ 24 สิงหาคม 2549 โรงพยาบาลสมุทรสาคร หน้า 1
- ชวไล ชุ่มคำ (2545) “ผลของการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยง ต่อความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษา โรงพยาบาลเลิดสิน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชะลอ น้อยเผ่า (2544) “การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ญาณิกา เวชยางกูล (2545) “ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- ดารารัตน์ หงส์ทอง (2547) “ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คุณฉวี ใจโปร่ง (2548) “ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เตยหอม บุญพันธ์ (2539) “ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการได้รับการรักษาสิทธิประโยชน์กับ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุกฉวิล ชูชื่น (2541) “การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปเขต 2” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทิพย์พร แซ่ฉิน (2545) “ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) พฤติกรรมองค์การ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- เบญญา ยอดดำเนินและคณะ (2544) การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม นครปฐม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ภาคกลาง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประภากร ธาราศักดิ์ (2546) “การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

- ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) *การบริหารทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์*  
 พิสมัย คุณาภรณ์ (2546) “ผลของการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ ต่อความพึงพอใจใน  
 บริการของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พิสนุ ฟ่องศรี (2542) “การพัฒนารูปแบบการประเมินผลองค์การภาครัฐเกี่ยวกับการศึกษาอาชีพ  
 นอกระบบ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา  
 ภาควิชาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เพ็ชรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) “ผลของการจัดรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อ  
 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล”  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พันธุ์ทิพย์ रामสูต (2545) *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม พิมพ์ครั้งที่ 2 สถาบันพัฒนาการ  
 สาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล*
- เพ็ญทิพย์ เชาวลิต (2545) “ผลของทีมงานพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีม  
 และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เพ็ญทอง มธุรชน (2546) “ผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการ  
 ใช้ประโยชน์ ของแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาล โรงพยาบาล  
 พระนั่งเกล้า” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
 พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) “การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย  
 โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
 โรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
 การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มาลัย มั่งชม และคณะ (2550) “แนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงต่อการหลุดของหลอดสอดคา  
 ทอลม” ใน *วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ บรรณาธิการ การบริหารความ  
 ปลอดภัยของผู้ป่วย* หน้า 247-276 กรุงเทพมหานคร ด้านสุขภาพการพิมพ์
- เขวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ กรุงเทพฯ  
 สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*



- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546* กรุงเทพมหานคร  
 นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2550) *รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง สรุปผลการดำเนินงานพัฒนา  
 คุณภาพโรงพยาบาลสมุทรสาคร* จัดโดย งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมุทรสาคร  
 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2550 โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- ลักขมี ชาญเวชช์ (2550) *การใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation)* สาระสังเขป ออนไลน์ค้นคืน  
 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 จาก  
<http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/intubation.htm>
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน  
 อุบัติเหตุ ลูกเงิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วีณา จีระแพทย์ (2550) “แนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงต่อการหลุดของหลอดสอดคาที่อลม” ใน  
 วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ บรรณาธิการ *การบริหารความปลอดภัย  
 ของผู้ป่วย* กรุงเทพมหานคร ด้านสุขภาพการพิมพ์
- ศุภรศรี เดชเกษม (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การทำงานการบริหารผลการ  
 ปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ  
 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศิริกุล จันทร์พุ่ม (2543) *ภาพฉายการบริหารการพยาบาลไทยสู่ศตวรรษที่ 21* กรุงเทพมหานคร  
 (อัดสำเนา)
- ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล* ขอนแก่น ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท
- ศิริรัตน์ นิตยสุทธิ (2542) “ลักษณะระบบบริหารจัดการกับความพึงพอใจในการทำงานของ  
 โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมยศ นาวิการ (2540) *การบริหารพฤติกรรมองค์กร* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ตะวันออก  
 \_\_\_\_\_ (2545) *การบริหารแบบมีส่วนร่วม* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สายหยุด นพดล (2551) “การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน  
 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์” รายงานการศึกษาระดับปริญญา  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สาตี บุญศรีรัตน์ และคณะ (2543) “การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงผลของหอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” *วารสารกองการพยาบาล* 28(2), 34-46
- สุกัญญา สำราญพิศ (2547) “การศึกษาการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บใน  
ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดในสถาบันจิตเวชศาสตร์  
สมเด็จพระเจ้าพระยา” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- สุจิตรา ลีมอำนาจลาภ (2551) “ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล” ใน *สุจิตรา ลีมอำนาจลาภ  
และชวนพิศ ทำนอง บรรณาธิการ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* หน้า 1-6  
ขอนแก่น คลังน่านาวิทยา
- สุติภรณ์ ณะช้อย (2547) “การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วย  
หายใจ” *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*
- สุเพียร เปรมปราโมทย์ และคณะ (2544) “การลดอัตราการคืนท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยหนัก  
อายุรกรรม 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี” (ออนไลน์)  
สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 4 พฤษภาคม 2551 จาก  
[www.sappasit.net.net/award/award\\_45/901.htm](http://www.sappasit.net.net/award/award_45/901.htm)
- สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) “ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบ  
ของพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤต” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- สำนักการพยาบาล (2550) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร  
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) *ระบบการบริหารความเสี่ยง พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี สถาบันพัฒนาและ  
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล*
- อภิญา ทิท่า (2546) “การพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพล  
จังหวัดขอนแก่น” *รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

- อรวรรณ เกตุแก้ว (2548) “การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน สำหรับ  
 ทิมสุขภาพ โดยวิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญา  
 ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- อากรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2541) *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
 สงขลานครินทร์
- Alazewski, A. and others. (2000). *Managing risk in communication practice*. Ediburg: Bailliere  
 Tindall.
- Carmen Bouza. (2006). “Unplanned extubation in orally intubated medical patients in  
 the intensive care unit.” Retrieved September 8,2007, from  
<http://www.heartandlung.org>
- Donabedian, A. (1980) Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality  
 Review Bulletin*. 12, 99-108.
- Gordon, J.R. (1996). *Organization behavior*. 5 th ed. NJ: Prentice-Hall.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., and Donnelly, J.H. (2000). *Organizations: behavior, structure,  
 Process*. 10 th ed. Boston: McGraw-Hill.
- JCAHO. (1999). National Library of Health Indicators (NLHI). online Available form: [http://  
 www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, USA.
- Johns. G. (1992). *Organization Behavior*. New York: Haper Gollins.
- Keeves, J.P. (1988). *Education Research and Methodology and Measurement: An International  
 Handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Mcchinsky, P.M. (1993). *Psychology applied to work*. 4 th ed. California: Wadsworth.
- Robbins, S.P. (1990). *Organizationl theory structure, design and application*. 3 rd ed.  
 Englewood cliffs: Prentice-Hall.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Organizationl Behavior*. 8 th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Raj, M. (1996). *Encylopedic Dictionary of Psychology and Education*, New Delhi: ANMOL  
 Publication PTV.
- Saarmann, L. (1993). Tranfer out of critical care: Freedom of fear Critical Care Nursing  
 Quarlerly. 16 (1): 78-85.
- Swansburg, C. (1996). *Nursing staff development*. Boston: Jones and Bartiett.

- \_\_\_\_\_. (2002). *Management and leadership for nurse manager*. 3 rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Shu-Hui Yeh. (2003). "Implications of nursing care in the occurrence and consequences of Unplanned extubation in adult intensive care units." Retrieved September 8,2007, from <http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu>
- Triandis, C. (1997). *Attitude and Attitude change*. New York: John Wiley & Son.
- Webster's University Dictionary. (1985). Holand: Routedge and Kengan paul.
- Wilson, J., and Tingle, J. (1999). *Clinical risk modification: A rout to Clinical governance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

**ภาคผนวก ก**

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ**

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์แพทย์หญิงดวงพร เกื้อกุลเกียรติ	หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสมุทรสาคร
อาจารย์นาวาเอกหญิงอาภรณ์ ชูดวง	ที่ปรึกษา กองการศึกษา กองการศึกษา กรมแพย์ทหารเรือ
อาจารย์เรวดี สิรินคร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านการประเมินและรับรองคุณภาพ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล
อาจารย์รุ่งอรุณ เกศวงษ์	ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนนทเวช
อาจารย์ศิริรัตน์ อื้อศรีชัย	หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

**ภาคผนวก ข**

**เอกสารรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์**



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096  
 School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University  
 Bangpood, Pakkred, Nonthaburi 11120  
 Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ 59

ชื่อโครงการวิจัย      การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วย  
    หายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1  
    โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เลขที่โครงการ/รหัส      ID 2495100576

ชื่อนักศึกษา              นางสาวนุสรรา สุทธิธรรม

ที่ทำงาน                    โรงพยาบาลสมุทรสาคร ต.มหาชัย อ.เมือง จังหวัดสมุทรสาคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม  
 การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(อาจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 25 กรกฎาคม 2551



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ  
ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

**แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล  
ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ**

.....

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง โดยข้อมูลเหล่านี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษา  
 ปริญญาตรี  ปริญญาโท  อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ประสบการณ์ทำงานในห้องผู้ป่วยหนักเป็นเวลา..... ปี
5. ประสบการณ์การเคยผ่านการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง  
 เคยอบรม  ไม่เคยอบรม

ตอนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือท้ายข้อรายการแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวตามความรู้สึของท่าน

เกณฑ์ ระดับความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

- 5 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในข้อนั้นมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในข้อนั้นมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในข้อนั้นปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในข้อนั้นน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ในข้อนั้นน้อยที่สุด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ข้อความในแบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ ชัดเจน เข้าใจง่าย					
2. แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีข้อความที่ให้แนวทาง เอื้อต่อการบันทึก ได้อย่างสะดวกถูกต้อง และครบถ้วน					
3. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมีข้อความที่ชัดเจน					
4. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีความสะดวกในการนำไปใช้					
5. คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ อ่านเข้าใจง่าย					
6. คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจต่อการปฏิบัติ					

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
7. Flow chart แสดงขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจชัดเจน ทำให้เข้าใจง่าย					
8. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ					
9. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน					
10. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ส่งผลทำให้เกิดการประสานงานที่ดี					
11. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ					
12. ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ					
13. ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ					
14. การนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ มาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ					
15. ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ					

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. ความรู้สึกในครั้งแรกเป็นอย่างไร ที่พบว่า ต้องคาต่อช่วยหายใจ และอวัยวะบางส่วนของร่างกาย ถูกผูกมัดอยู่
2. ขณะคาต่อช่วยหายใจ มีความรู้สึกอยากดึงต่อช่วยหายใจออกหรือไม่ ทำไมจึงที่รู้สึกเช่นนั้น
3. ขณะที่ต่อช่วยหายใจหลุดหรือเลื่อน ท่านรู้สึกตัวหรือไม่
4. สาเหตุที่ทำให้ต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดเกิดจากอะไร และผลที่ตามมาเป็นอย่างไร
5. ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น เมื่อต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดหรือไม่
6. จากการที่ประสบกับปัญหา มีข้อเสนอแนะอย่างไร

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ญาติ

1. มีความรู้สึก อย่างไรเมื่อเห็นสภาพผู้ป่วยใส่ต่อช่วยหายใจ หรืออวัยวะบางส่วนของร่างกายผู้ป่วย ถูกผูกมัดอยู่
2. สาเหตุที่ทำให้ต่อช่วยหายใจของผู้ป่วยเลื่อน/หลุดเกิดจากอะไร และผลที่ตามมาเป็นอย่างไร
3. ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น เมื่อต่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุดหรือไม่
4. จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วย เคยประสบกับปัญหาอะไรบ้าง และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

### แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ในแต่ละเวรต้องดูแลผู้ป่วยใส่ต่อช่วยหายใจมากน้อยเพียงใด ให้บอกจำนวนผู้ป่วยและพยาบาล ที่อยู่เวรด้วย
2. ที่ผ่านมามีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างไร
3. ปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง ส่วนใหญ่เกิดในช่วงเวลาใด
  4. สาเหตุเกิดจากอะไรบ้าง และผลที่ตามมาในแต่ละรายเป็นอย่างไร
  5. ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาอย่างไรบ้าง
  6. มีการดำเนินการเพื่อการป้องกันการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจในครั้งต่อ ๆ ไปหรือไม่ อย่างไร และผลเป็นอย่างไร เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น
  7. ท่านต้องการพัฒนาแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาและความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจหรือไม่
  8. ถ้าจะมีการพัฒนาให้ได้ผลดี ควรมีการเตรียมการด้านใดบ้าง และอย่างไร

## การสนทนากลุ่ม

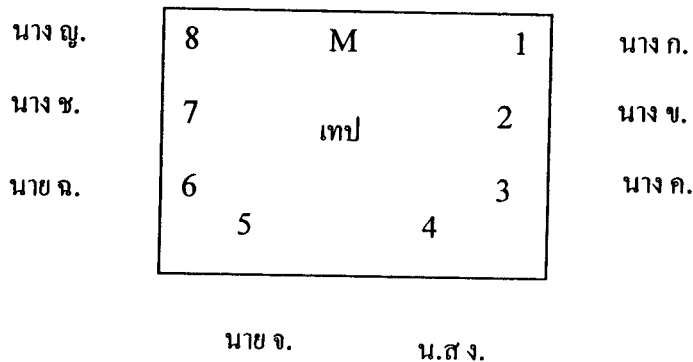
รายละเอียดขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1. คณะผู้วิจัย (ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วย) นำกลุ่มกลุ่มสนทนา ซึ่งมีกลุ่มละประมาณ 5-6 คน พร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดให้มีการสนทนากลุ่ม
2. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา แนะนำคณะผู้วิจัย และบอกจุดมุ่งหมายการสนทนา พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง และขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนาโดยการให้ผู้เข้าร่วมโครงการเซ็นใบยินยอมให้ทำการวิจัย (ในกรณีที่ไม่ได้เซ็นไว้ก่อน) และขอบันทึกเสียงและภาพการสนทนา พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย การบันทึกภาพ เสียง และการจัดบันทึก
3. เริ่มการสนทนาโดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลัก แต่ดูความเหมาะสมสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ของกลุ่ม แต่ต้องครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ โดยผู้ดำเนินการสนทนาต้องประมาณระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละประเด็น แต่ต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกถูกลดทอน เมื่อแน่ใจว่าเนื้อหาตามที่ต้องการแล้ว จบสนทนาด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้องใจอีกครั้ง

ในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไปก็ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว แต่ถ้ากรณีผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นคนเก่าก็ไม่ต้องเซ็นใบยินยอมให้ทำการวิจัยอีก

สำหรับการจัดแผนผังการนั่งของผู้เข้าร่วมสนทนาต้องมีชื่อและหมายเลขกำกับเพื่อสะดวกในการจัดบันทึกแบบสั้น ๆ ซึ่งสามารถจัดแผนผังการนั่งสนทนากลุ่มได้ ดังนี้

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)



N

(ผู้จัดบันทึก)

### บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสนทนากลุ่ม มีดังนี้

- 1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) โดยผู้วิจัยมีหน้าที่ คือ
  - ต้อนรับผู้เข้าร่วมสนทนา และแนะนำผู้เข้าร่วมสนทนาให้รู้จักกัน
  - อธิบายให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเชิญมาร่วมสนทนา
  - ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมสนทนาในการยินยอมให้ทำการวิจัย การบันทึกเสียงขณะสนทนาลงในเครื่องเทป และขอจดบันทึก
  - ให้ผู้เข้าร่วมสนทนา มีความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเสรี และเป็นธรรมชาติมากที่สุด ไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง
  - สังเกตผู้ร่วมสนทนา และพยายามให้ทุกคนในกลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็น รวมทั้งแก้ปัญหาคนที่มียุติพลมากในกลุ่ม
- 2) ผู้จดบันทึก (Notetaker) โดยผู้ช่วยผู้วิจัยมีหน้าที่ คือ
  - วาดแผนผังที่นั่งของผู้ร่วมสนทนาทุกคน พร้อมทั้งเขียนชื่อกำกับและให้หมายเลขแทนชื่อ เพื่อสะดวกในการจดบันทึกสั้น ๆ
  - จดบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยไม่ได้ร่วมสนทนาด้วย เพราะจะทำให้เสียบรรยากาศของการสนทนากลุ่มและเป็นผู้ถอดเทปบันทึกการสนทนาด้วยตนเอง
- 3) ผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) มีหน้าที่สำคัญคือ
  - ควบคุมเครื่องบันทึกเสียง เปลี่ยนเทปขณะที่กำลังดำเนินการสนทนา อำนวยความสะดวกแก่ผู้ดำเนินการสนทนา และผู้จดบันทึก รวมทั้งบริการเครื่องดื่มแก่ผู้ร่วมสนทนา

**ภาคผนวก ง**

**โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจและ  
การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล**



**โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วย  
หายใจและการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ  
โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล**

---

**ผู้รับผิดชอบโครงการ** นางสาวนุสรุ สุธัชธรรม  
 นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์** อาจารย์ ดร. ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข

**หลักการและเหตุผล**

โรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นสถานพยาบาลแห่งหนึ่งของภาครัฐ ที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก มีนโยบายการบริการรักษาพยาบาล คือ ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายหลัก และผู้ให้บริการมีความพร้อม มีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีการปลูกจิตสำนึกที่ดีของบุคลากรในเรื่องความปลอดภัย นำข้อมูลมาพัฒนาจัดการบริการพยาบาลด้านความเสี่ยง และได้มีการวางระบบการบริหารความเสี่ยงแล้วในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสมุทรสาครก็ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยเดือนละ 300 เหตุการณ์ ซึ่งมีทั้งอุบัติการณ์ทั่วไปและอุบัติการณ์ทางคลินิก และจากผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548-2549 พบปัญหาที่อยู่ใน 10 อันดับต้นของจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด ปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งคือ อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยในปี พ.ศ.2548 และปี พ.ศ.2549 พบว่า การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ มีจำนวน 94 และจำนวน 108 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายที่มีอาการหนัก จนเกิดสภาวะการหายใจล้มเหลว หายใจด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยในการหายใจ และเมื่อท่อช่วยหายใจหลุดโดยไม่ตั้งใจ จึงเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความพิการหรือได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ในที่สุด

จากปัญหาและสาเหตุการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา คำนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ด้วยการให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมระดมสมองในการหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุด

ของต่อช่วยหายใจ จึงได้จัดโครงการนำร่องครั้งนี้ขึ้น โดยการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก1 เนื่องจากเป็นหน่วยงานจำเพาะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ในสภาวะวิกฤต และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใส่ต่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายต่อความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้นำหลักการบริหารจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ และการทำงานเป็นทีมมาประยุกต์ใช้ ในการศึกษาอบรมให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้มีความรู้ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมช่วยเหลือกันในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการตั้งแต่ การค้นหาสาเหตุความเสี่ยง การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง วิธีการบริหารจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลจากการดำเนินงาน ซึ่งแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วม นี้จะเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาการดูแลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์องค์ประกอบหนึ่ง อันเป็นหัวใจสำคัญในทุกมิติของงานพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ และรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล

#### กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 16 คน และผู้สนใจ

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

##### 1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลสมุทรสาครเพื่อให้ทราบแนวปฏิบัติ วิทยาการ และเอกสารประกอบการอบรม
- 1.2 จัดทำโครงการเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาครขออนุมัติดำเนินการ
- 1.3 กำหนดวันเวลา จองห้องประชุม วางแผนการจัดหาอุปกรณ์ที่ต้องใช้ใน

โครงการ

- 1.4 เตรียม POWER POINT, VDO ความเสี่ยงเกี่ยวกับการเลื่อน/หลุดของต่อช่วยหายใจ

1.5 ประสานงานกับหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก 1 เตรียมผู้เข้ารับการอบรม

1.6 เตรียมเอกสารการบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้ในการอบรม

## 2. ขั้นตอนการ

2.1 รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จากรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก 1

2.2 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก 1 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนดำเนินโครงการ

2.3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 และผู้สนใจ โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2.4 ฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจและหาแนวทางแก้ไขตามกรณีศึกษา

2.5 นำเสนอผลการปฏิบัติการ

2.6 หลังจากอบรมแล้วมีการประชุมสนทนากลุ่มเป็นระยะ ๆ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2.7 นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในห้องผู้ป่วยหนัก 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

2.8 ประชุมกลุ่มเพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมไปทดลองใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จนได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 ที่เหมาะสม

2.9 นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน เป็นเวลา 1 เดือน

## 3. ขั้นตอนการกำกับ ประเมิน และสรุปผล

3.1 ประเมินผลจากการสังเกตความสนใจของผู้เข้ารับการอบรมและการนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์

3.2 ติดตามผลการส่งรายงานอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจประจำเดือนของหน่วยงาน

3.3 ประชุมหน่วยงานเพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคจากการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ไปปฏิบัติ

3.4 ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักหลังใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ

3.5 ประเมินผลจาก แบบสังเกต และบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจที่พยาบาลประเมินตนเองว่าปฏิบัติ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกัน

3.6 สรุปผลการจัดทำโครงการ

3.7 ติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

#### ระยะเวลาดำเนินการ

การอบรมแบ่งเป็น 3 รุ่น ๆ ละ ½ วัน เวลา 8.00-12.00 น.

สถานที่ ห้องผู้ป่วยหนัก 1 และห้องประชุมโรงพยาบาลสมุทรสาคร

งบประมาณ ที่ใช้สำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ค่าอาหารว่าง คนละ 25 บาท x จำนวน 16 คน x 5 ครั้ง	2,000	บาท
ค่าเอกสารประกอบการบรรยาย	200	บาท
ค่าวิทยากร ชั่วโมงละ 600 บาท x 6 ชั่วโมง	3,600	บาท
อื่น ๆ	200	บาท
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>6,000</b>	<b>บาท</b>

(แต่ละรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)

#### การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงฯ ของผู้เข้ารับการอบรม

2. การได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เกิดจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการคิดหาแนวทางการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ อันจะนำมาสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป
2. เจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการประสานงานที่ดี และเกิดความพอใจในงาน
3. ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการ ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ  
(นางสาวนุสรา สุทธิธรรม)  
พยาบาลวิชาชีพ 7

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ  
(นางสาวชลิดา ปิ่นสุภา)  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ  
(นายสกล ภูมิรัตนประพิณ)  
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ  
(นายชัยรัตน์ เวชพานิช)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

กำหนดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ  
เรื่อง “การบริหารความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ”

วันที่ 1-3 เดือน กันยายน พ.ศ.2551

ณ ห้องประชุมปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

08.00 - 08.10 น.	พิธีเปิดการอบรม
08.10 - 08.45 น.	บรรยายเรื่อง “การบริหารความเสี่ยง” โดย ญญ.วิษุณี พิตรากุล
08.45 - 09.20 น.	บรรยายเรื่อง “ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ” โดย พญ. ดวงพร เกื้อกุลเกียรติ
09.20 - 09.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
09.30 - 10.30 น.	บรรยายเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการ เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยกรณีมีส่วนร่วมของพยาบาล” โดย ญญ.วิษุณี พิตรากุล และคุณนุสรรา สุทธิธรรม
10.30 - 11.30 น.	ฝึกทำกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการจัดการบริหาร ความเสี่ยงจากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ
11.30 - 12.00 น.	สรุปผลการทำกลุ่ม สร้างข้อตกลงร่วมกัน และปิดประชุม

แผนการสอนเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการเดือน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
ผู้เข้ารับการอบรมสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ของการอบรมได้	<p>ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับพยาบาลที่เข้าร่วมการอบรม และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรมเพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การบริหาร ความเสี่ยงจากการหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>2. ให้เข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินงานของการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม</li> <li>3. สามารถนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการปฏิบัติงานได้</li> </ol> <p>การปฏิบัติงานได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างทีม</li> <li>ผู้วิจัยกับผู้เข้ารับการอบรมหลังลงทะเบียนและพิธีเปิด</li> <li>- แนะนำตัวและทีมงาน</li> <li>- ชี้แจงกำหนดการและวัตถุประสงค์ในการอบรม</li> <li>- ทำความตกลงร่วมกันในการร่วมกิจกรรมและเมื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ ขอให้เซ็นใบยินยอมเพื่อทำการวิจัย และขออนุญาตบันทึกภาพ เสียง จดบันทึกขณะทำการสนทนากลุ่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสาร โครงการ</li> <li>อบรม</li> <li>- Flip chart</li> <li>- ปากกา/ดินสอ</li> <li>- กระดาษ</li> <li>- ใบอนุญาตเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ</li> <li>- อุปกรณ์บันทึก</li> <li>เช่น กล้อง เทป</li> <li>สมุดบันทึก</li> <li>- ขนมนมขี้ด้วย</li> </ul>	ผู้เข้ารับการอบรมสนใจฟังคำชี้แจง และให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>- ผู้เข้ารับการอบรมสามารถอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้</p> <p>- นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้</p>	<p>การบรรยายเรื่องการบริหารความเสี่ยง</p> <p>เนื้อหาการบรรยายประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความหมายของการบริหารความเสี่ยง</li> <li>- แนวคิดการบริหารความเสี่ยง</li> <li>- กระบวนการบริหารความเสี่ยง</li> </ul>	<p>- การบรรยายโดยมีสไลด์ประกอบ</p> <p>- แจกเอกสารประกอบคำบรรยาย</p> <p>- การถาม - ตอบ</p>	<p>- สไลด์ประกอบ</p> <p>การบรรยาย</p> <p>- เอกสารประกอบคำบรรยาย</p>	<p>- สังเกตความตั้งใจในการฟังบรรยายของผู้เข้ารับการอบรม</p> <p>- การถามตอบ</p>
<p>- ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจและสามารถช่วยหายใจและสามารถประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง</p>	<p>การบรรยายเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักเนื้อหาการบรรยาย ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เรื่องแนวคิดการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และความเสี่ยงของผู้ป่วย</li> <li>- ความหมายของการหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- ปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>- การประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> </ul>	<p>- การบรรยายโดยมีสไลด์ประกอบ</p> <p>- ให้ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มฝึกการวิเคราะห์สาเหตุ การหลุดของท่อช่วยหายใจ และประเมินความเสี่ยงจากการหลุดของท่อช่วยหายใจ จากตัวอย่างกรณีศึกษา</p> <p>- การถาม - ตอบ</p>	<p>- สไลด์</p> <p>ประกอบ</p> <p>บรรยาย</p> <p>- เอกสารประกอบคำบรรยาย</p> <p>- กรณีตัวอย่างจริงของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<p>- สังเกตความตั้งใจในการฟังบรรยายของผู้เข้ารับการอบรม</p> <p>- การถามตอบ</p> <p>- ประเมินจากผลการวิเคราะห์และสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง</p>



## เนื้อหาการสอน

### การบริหารความเสี่ยง

#### เค้าโครงเนื้อหา

ตอนที่ 1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ตอนที่ 2 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

#### ตอนที่ 1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

##### 1.1 ความหมายการบริหารความเสี่ยง

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542: 12) ให้ความหมายของความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการในด้านลบ เป็นความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543: 2) กล่าวว่าความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล อาจมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การถูกทำร้าย หรือการบาดเจ็บ รวมรวมถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน
2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
3. การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะน่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ไม่แน่ใจ
5. การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมความทั้งการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยความลับและการแปลความที่ผิดพลาด

วิณา จีระแพทย์ (2550: 27) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร โดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน ได้แก่ การให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว การสอน และการติดตามสภาพผู้ป่วย การตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการการพัฒนาโครงการบริการสุขภาพ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปความหมายของความเสี่ย คือ โอกาสที่จะก่อให้เกิดความสูญเสี่ย หรือ ที่ก่อให้เกิดผลในทางลบ ความไม่แน่นอนและความผิดพลาดในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

## 1.2 แนวคิดการบริหารความเสี่ย

ความเสี่ยนับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของชีวิตคนเรา เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยได้ทั้งหมด หรือได้เสมอไป จุดมุ่งหมายของแนวคิดการบริหารความเสี่ย คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ย เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสี่ยที่จะเกิดขึ้น

## ตอนที่ 2 กระบวนการบริหารความเสี่ย

การบริหารความเสี่ย (risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินการและ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการจัดการเพื่อควบคุมหรือลดความสูญเสี่ยที่เกิดขึ้นหรืออาจ เกิดขึ้นกับทรัพย์สินและผลประโยชน์ของ โรงพยาบาล รวมทั้งลดความเสี่ยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือบุคลากรของ โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Wilson and Tingle (1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการ บริหารความเสี่ยว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การค้นหาความเสี่ย (risk identification) การ วิเคราะห์ความเสี่ย (risk assessment) การจัดการกับความเสี่ย (risk treatment) และการ ประเมินผลการบริหารความเสี่ย (risk evaluation) โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดของการ ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

### 1. การค้นหาความเสี่ย (risk identification)

การค้นหาความเสี่ยเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสี่ย เปรียบได้กับการ ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีเป้าหมายที่การพัฒนาตนเอง การค้นหาความเสี่ยเป็น การทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อการจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543: 22) กล่าวว่า หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยในหน่วยงานของตนเอง ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่าง การทำงานไปข้างหน้า ดังนี้

#### 1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต สามารถทำได้ ดังนี้

**1.1.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว** แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มึระบบ บริหารความเสี่ยในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยใน หน่วยงาน ในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งหน่วยงานควรจะนำ ข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

**1.1.2 ประสบการณ์ของบุคคล** ได้แก่ การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อน โดยอาศัยผลงานการดูแลผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง การค้นหาความเสี่ยงอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้ อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานเรา ในประสบการณ์ของเราเคยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะที่พบบ่อยหรือที่รุนแรง ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำให้การทำงานของเรามีความเสี่ยงมากที่สุด มีข้อมูลปัญหาหรือความเสียหายที่ได้รับรายงานจากระบบประกันคุณภาพ การเฝ้าระวัง หรือการตรวจสอบอื่น ๆ อะไรบ้างการแก้ปัญหาอะไรที่ทำอยู่ในกิจกรรมคุณภาพ การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพจะทำให้เห็นแนวโน้มของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

**1.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น** อาจทำได้โดยการค้นหาจากวารสารวิชาการ Internet การร่วมเข้าประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์การวิชาชีพ การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุน ซึ่งเป้าหมายของการเรียนรู้จากอดีตและการเรียนรู้จากผู้อื่น คือ การสร้างบัญชีรายการความเสี่ยง (risk profile) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

**1.3 เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน** การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาวิธีการที่ใช้ คือ การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) การรายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ (occurrence reporting) ตามรายการที่กำหนดคือ

**1.3.1 รายงานอุบัติการณ์ (incident report)** เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา

**1.3.2 การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening)** เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของงานวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยจะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

**1.3.3 การรายงานเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ (occurrence report)** เป็นระบบรายงานที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้ในบัญชีรายการเหตุการณ์ ซึ่งทาง

โรงพยาบาลต้องรวบรวมบัญชีรายการเหตุการณ์จากหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น

## 2. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

การประเมินความเสี่ยงจะทำทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินไปข้างหน้า การประเมินปัจจุบัน โดยทำทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล

**2.1 การควบคุมความเสียหาย** คือ การประเมินขั้นต้นด้วยสัญชาตญาณและการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นภายในเวลาเป็นนาที และจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังเข้าไปแก้ไขเหตุการณ์ ควรจะมีคำถามเหล่านี้ขึ้นในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ ผลลัพธ์ควรเป็นอย่างไร เราจะจัดการเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือ เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วก็จะกลับไปถามว่าอะไรเป็นสาเหตุ นำไปสู่การสืบค้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายเพิ่มขึ้นหรือกลับซ้ำขึ้นอีก กิจกรรมสุดท้าย คือ การรายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่สูงขึ้นไป กิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำด้วยความรับผิดชอบกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า

**2.2 risk profile** คือ การวาดภาพให้เห็นว่าหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน สิ่งสำคัญต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่าง ๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

ในการประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจนั้น นอกจากจะวิเคราะห์หาความถี่ ความรุนแรงทางคลินิกที่เกิดกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องทำการวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการหลุดของท่อช่วยหายใจ เพราะเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน การหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยที่สมบูรณ์

นอกจากการประเมินเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินความเสี่ยงจากปัจจัยภายในแล้ว ยังต้องมีการประเมินปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น สภาพแวดล้อมของห้องผู้ป่วย เช่น แสงสว่าง การจัดวางอุปกรณ์ สภาพแวดล้อมรอบ ๆ เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. การจัดการกับความเสี่ยง (action to manage risk) การจัดการกับความเสี่ยงในระดับแผนก คือ การควบคุมความเสี่ยงเสี่ยง ส่วนการบริหารเงินชดเชยค่าเสี่ยงหายนั้นเป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาลกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมความเสี่ยงหาย ได้แก่

3.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (r avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล

3.2 การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น การจ้างเหมาบริษัทมาดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก

3.3 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention ) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

3.3.1 การปกป้อง เช่น เสื่อตะกั่ว กล้องใส่ของมีคม การตรวจสอบ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับหัตถการบางอย่าง

3.3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ การตรวจสอบ การทดสอบระบบสำรอง

3.3.3 การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน

3.3.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักว่าสามารถจำกัดขอบเขต หรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

3.4 การลดความเสี่ยงเสี่ยงหลังจากเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะดวกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่คืดอกันจะช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องได้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ที่ดูเหมือนเล็กน้อย เช่นคำร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ นั้นเป็นสัญญาณเตือนว่าจะต้องปรับปรุงการสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ

3.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง ได้แก่ การแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

ในกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่กล่าวมา องค์การทางสุขภาพต้องเลือกวิธีการจัดการความเสี่ยงให้มีความเหมาะสมกับความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการหลุดของท่อช่วยหายใจ ควรเน้นที่การวางแนวทางป้องกันมากกว่าวิธีอื่น เพื่อมิให้เกิดอุบัติเหตุหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด เนื่องจากการลดอุบัติเหตุเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในการประเมินเชิงผลลัพธ์ (กฤษดา แสงวงศ์ 2544) ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลในเชิงปริมาณ

ของการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมดูแลในหอผู้ป่วยและ โรงพยาบาล ดังนั้นขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ เป็นการควบคุมความเสี่ยง โดยการพัฒนาระบบการป้องกัน การหลุดของท่อช่วยหายใจ คือการสร้างรูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยพยาบาลวิชาชีพจะได้รับการฝึกอบรมให้เกิดความรู้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และให้บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบทุกระบวนการ เพื่อเกิดความเป็นเจ้าของในผลงานที่สร้างขึ้น เกิดความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากการหลุดของท่อช่วยหายใจ นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่สร้างร่วมกันไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติในการป้องกัน การหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย และติดตามประเมินผลการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ

#### 4. การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง (risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งกฎแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็ว และความสำคัญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็น การทบทวนว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงนั้น ทำให้ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจใน ระดับที่ยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อที่จะลดความเสี่ยงลง ทำให้ลดเกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการ

กิจกรรมในการประเมินผลความเสี่ยง ได้แก่

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสบการณ์เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้

ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถามคืออุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันอุบัติการณ์นี้เป็นเหตุเดี่ยวหรือเป็นเรื่องของระบบมี โอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่ เพิ่มขึ้นหรือไม่

นอกจากนี้ Willson and Tige (1999: 57) กล่าวว่า การประเมินความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการความเสี่ยง ผู้บริหารองค์การที่ดูแลสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพทั้งหมด ผู้ป่วยที่เสียหายและทนาย การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ การประเมินประสิทธิภาพของโครงการ

บริหารความเสี่ยง ทำให้แน่ใจว่ากิจกรรมการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ถูกวัดอย่างแม่นยำ และได้รับทราบหรือเข้าถึงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงนั้น ๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สำเร็จลุล่วงได้ ภายในบรรยากาศของความซื่อสัตย์และโปร่งใส ซึ่งความผิดพลาด และเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่คาดฝันจะถูกค้นพบโดยเร็ว จัดการด้วยวิธีการที่นุ่มนวล และมีประสิทธิภาพ ตลอดจน การรายงานอุบัติการณ์โดยปราศจากบทลงโทษหรือข้อตำหนิ การแก้ปัญหาและวิธีการที่ควรนำมาใช้ เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการประเมินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปด้วยดี รวมถึงการประเมิน และการทบทวนแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงจะถูกจัดทำหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมโดยผ่านกระบวนการประเมินผล ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้จำนวนอุบัติการณ์ลดลงได้หรือไม่ เพื่อนำข้อเสนอแนะของพยาบาลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อใช้ในการป้องกันการหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

กล่าวได้ว่า การบริหารความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ คือการค้นหา ความเสี่ยง การประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการบริหาร ความเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ไม่สามารถแยกจากการประกันคุณภาพได้ โรงพยาบาล ที่มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่าง ๆ มีการกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดี มีการวัดประเมินค้นหา และ การทบทวนความเสี่ยง หรือช่องว่างที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง และสามารถจัดการกับปัญหาได้ทันที่ทั้งนี้ ในการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับการหลุดของท่อช่วยหายใจ จึงเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการกระทำ และติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ จำนวนอุบัติการณ์การหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงหรือไม่ เกิดเลย

## เนื้อหาการสอน

### การบริหารความเสี่ยงจากการหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

#### เค้าโครงเนื้อหา

- ตอนที่ 1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหลุดของท่อช่วยหายใจ
- ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการหลุดของท่อช่วยหายใจ
- ตอนที่ 3 การประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหลุดของท่อช่วยหายใจ

#### ตอนที่ 1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหลุดของท่อช่วยหายใจ

##### 1.1 ความหมายการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

มาลัย มั่งชม และคณะ (2550) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หมายถึง ท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือเคลื่อนออกจากท่อลม โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้นำออก

##### 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบการหายใจ นอกจากการรักษาเฉพาะเพื่อรักษาสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพในปอดแล้ว การดูแลระบบทางเดินหายใจยังมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มการทำงานของระบบหายใจให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และรักษาระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

โรกระบบทางเดินหายใจ หรืออาการหายใจลำบากพบได้บ่อยในผู้ป่วยรายที่มีอาการหนักจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube: ETT) หลุดโดยไม่ตั้งใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต การต้องใส่ ETT ชั่วบ่อ ๆ จะทำให้เกิดอันตรายต่อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น สายเสียงบวม subglottic stenosis เป็นต้น และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การดูแลผู้ป่วยไม่ให้ ETT เลื่อน/หลุดจึงมีความสำคัญมาก และช่วยลดอันตรายและความพิการได้ส่วนหนึ่ง



## ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถวิเคราะห์ได้จากการค้นหาความเสี่ยง โดยวิเคราะห์ในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. ท่อช่วยหายใจเกิดการเลื่อน/หลุด จากการที่ผู้ป่วยดิ้นกระสับกระส่าย โดยมีสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 ปัญหาร่างกายไม่สุขสบายเช่นจากมีไข้ ร่างกายเปียกและ ท้องอืด เป็นต้น

1.2 ทางเดินหายใจอุดกั้นเช่นจากการมีน้ำคั่งหลังมาก/ขนาดท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม การดูดน้ำคั่งหลังไม่ถูกวิธี ท่อช่วยหายใจงอหรือพับ

1.3 จากเครื่องช่วยหายใจ เช่นการsetting ของเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย หรือมีน้ำในวงจรของท่อเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

1.4 ปัญหาจากผู้ป่วยถูกกระตุ้นประสาทสัมผัสเกิน เช่นจากแสงจ้าเกินไป เสียงดัง อุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป

1.5 จากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ทำให้เกิดการสับสน ไม่รู้สึกตัว

2. ท่อช่วยหายใจเกิดการเลื่อน/หลุด จากการที่ปลาสเตอร์ผ้า/แถบกาวยึดท่อช่วยหายใจเปียกและ โดยมีสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมีน้ำลาย หรือเสมหะมาก

3. ท่อช่วยหายใจเกิดการเลื่อน/หลุด จากการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ โดยมีสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

3.1 ความเจ็บปวดและการรบกวนจากการทำหัตถการ

3.2 ต้องการสื่อสาร หรือขอความช่วยเหลือเช่นหิวน้ำ เจ็บคอ แต่เนื่องจากสื่อสาร/พูดไม่ได้ทำให้เกิดความหงุดหงิดรำคาญ

3.3 ไม่เข้าใจสาเหตุที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

3.4 จากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ทำให้เกิดการสับสน ไม่รู้สึกตัว

3.5 จากภาวะความเครียด เช่น โคนผุกยึด ทำให้เกิดการต่อต้าน

4. ท่อช่วยหายใจเกิดการเลื่อน/หลุด จากการไอ ขย้อน โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

4.1 ปัญหาผู้ป่วยระคายคอ จากการมีท่อช่วยหายใจซึ่งคล้ายสิ่งแปลกปลอมคาอยู่

4.2 การที่ผู้ป่วยถูกกระตุ้น เช่น จากการดูดเสมหะ

### ปัจจัยด้านผู้ให้การพยาบาล

1. การยึดติดต่อช่วยหายใจ ซึ่งภาวะเสี่ยงของการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเกิดจาก
  - 1.1 บุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์ในการยึดติดต่อช่วยหายใจ
  - 1.2 เปลี่ยนการยึด โดยไม่จำเป็น
  - 1.3 เตรียมขนาดของพลาสติกผ้า/แถบกาวสั้นหรือยาวเกินไป
  - 1.4 ยึดไม่แน่นจากพลาสติกผ้า/แถบกาวสูญเสียความเหนียว
2. การจัดทำของผู้ป่วยได้แก่
  - 2.1 การจัดทำไม่เหมาะสมทำให้ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอยู่ไม่ตรงหรือตั้งรั้ง
  - 2.2 การทำงานของเจ้าหน้าที่ไม่ประสานกันในการจัดทำ การเคลื่อนตัวผู้ป่วย การเปลี่ยนผ้าการขยับศีรษะของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปลาย ETT เลื่อน/หลุดได้ แม้ว่าตำแหน่งของ ETT ที่มุมปากยังคงอยู่ที่เดิม
3. การดูน้ำคัคหลังไม่ถูกวิธี
4. การsetting ของเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย หรือมีน้ำในวงจรของท่อเครื่องช่วยหายใจ

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น

1. แสงไฟสว่างไม่พอ ทำให้สังเกตการณ์เลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจได้ไม่ชัดเจน
  2. อากาศในห้องผู้ป่วยร้อน เย็นจนเกินไป หรือเสียงที่ดังรบกวนกระตุ้นผู้ป่วย
- สิ่งสำคัญในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของ ETT ต้องอาศัยการยึดตรึงท่อฯ ให้ดี การดูน้ำคัคหลัง การจัดตำแหน่งของศีรษะให้ล้าคอกอยู่ในท่าที่เป็นกลาง และการป้องกันผู้ป่วยหันหน้า เทคนิคการยึดตรึง ETT มีตั้งแต่วิธีการพันแถบกาวแบบต่าง ๆ การใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย การใช้ tubing holder อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่บอกได้ชัดว่า แบบใดดีกว่าแบบใด มีรายงานการใช้แถบกาวแบบกันน้ำ (waterproof tape) ในผู้ใหญ่หลังผ่าตัด พบว่าสามารถลดอัตราการเลื่อน/หลุดของ ETT การใช้ umbilical cord clamp แทนการพันด้วยแถบกาว พบว่าสามารถลดอัตราการเลื่อน/หลุดของ ETT ลงได้ การขยับศีรษะของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปลาย ETT เลื่อน/หลุดได้ แม้ว่าตำแหน่งของ ETT ที่มุมปากยังคงอยู่ที่เดิม อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของ ETT พบบ่อยในผู้ป่วยที่คืนกระสับ กระส่าย ดังนั้นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจึงต้องนุ่มนวลและด้วยความเอาใจใส่

### ตอนที่ 3 การประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่บางครั้งสามารถทำนายล่วงหน้าและสามารถป้องกันได้ โดยการค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวเสริมการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ โดยทั่วไป การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเกิดขึ้นจากทั้งปัจจัยเดียว หรือจากหลายปัจจัยรวมกัน ดังที่กล่าวเบื้องต้นการประเมินผู้ป่วยควรประเมินเป็นระยะ ๆ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในขณะพักรักษาตัว นอกจากนี้ควรประเมินสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ และควรมีการสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้เกี่ยวข้อง หรือญาติได้รับรู้ เช่น โดยการใช้ป้ายหรือสัญลักษณ์ เพื่อเตือนให้เกิดความสนใจ ใส่ใจในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ นับได้ว่าการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจเป็นบทบาทอิสระที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำควบคู่กับการประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย

#### การประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ

**ระดับความรุนแรง A :** พบเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อน เช่น เชือกผูกข้อมือเกือบหลุด พลาสติกเฝือกและ สายท่อช่วยหายใจตึงรั้ง เป็นต้น

**ระดับความรุนแรง B :** เกิดเหตุการณ์ที่พลาดไปทำให้ท่อช่วยหายใจกำลังจะเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ หรือผู้ป่วยกำลังดึงท่อฯ แต่ช่วยเหลือได้ทันท่วงที ทำให้ท่อช่วยหายใจไม่หลุด

**ระดับความรุนแรง C :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์เล็กน้อย แต่ไม่ส่งผลอันตรายถึงผู้ป่วย

**ระดับความรุนแรง D :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ อาจส่งผลให้เกิดอันตราย จนต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติ

**ระดับความรุนแรง E :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา

**ระดับความรุนแรง F :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนบำบัดรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

**ระดับความรุนแรง G :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อผู้ป่วยมากตามมาถึงขั้นเกิดความพิการทางร่างกาย

**ระดับความรุนแรง H :** เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจหลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจมาก ทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต

**ระดับความรุนแรง I :** เกิดอุบัติการณ์ท่อหลุด/เลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจมากทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ และเสียชีวิต

**ภาคผนวก จ**

**คู่มือการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม  
เพื่อป้องกันการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ**

## คู่มือ

**การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม  
เพื่อป้องกันการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ**

โดย

**นางสาวนุสรา สุทธิธรรม**

**นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช**

## คำนำ

คู่มือการบริหารความเสี่ยงเล่มนี้ เป็นคู่มือที่รวบรวมแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ สำหรับพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักที่ดูแลผู้ป่วย และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจสามารถนำแนวทางปฏิบัติของคู่มือเล่มนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานของตนให้เกิดความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่ทำให้คู่มือเล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจาก ผู้เขียนได้รับความกรุณาจาก ท่านผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก 1 จนได้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ที่ใช้ประกอบในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก ตลอดจนผู้เขียนได้รับกำลังใจและคำชี้แนะจาก คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชทุกท่าน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า ทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ตลอดจนผู้สนใจศึกษาทั่วไป หากคู่มือเล่มนี้มีส่วนดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสังคม ผู้เขียนขอขอบคุณดีการวะแต่ครูบาอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาการบริหารทางการพยาบาล อนึ่ง หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนยินดีน้อมรับไว้เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

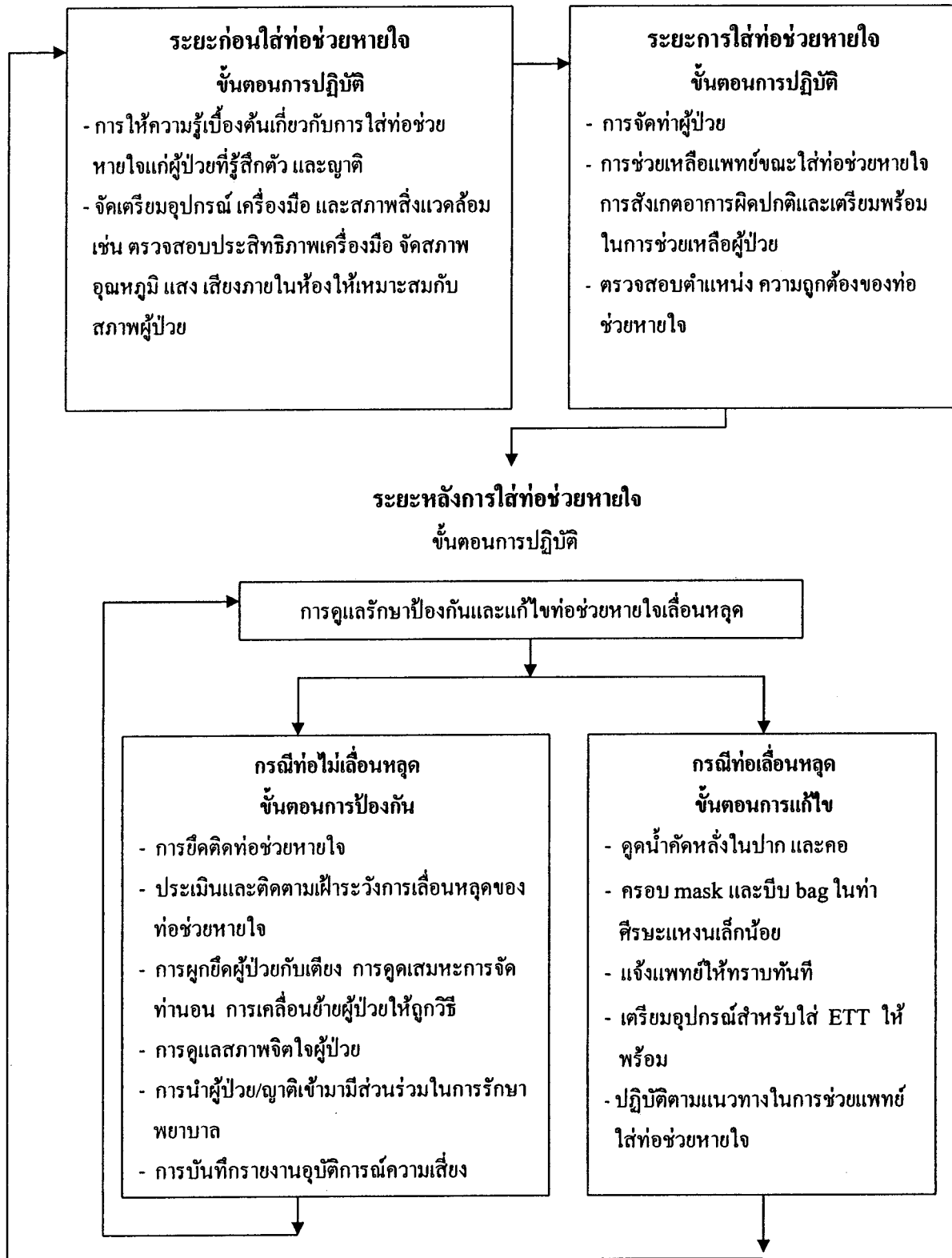
นุสรา สุทธิธรรม

กรกฎาคม 2552

## สารบัญ

	หน้า
แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (flow chart) .....	182
แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ .....	183
<b>ระยะต่าง ๆ ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ</b>	
- แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ แก่ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและญาติ .....	185
- แนวทางปฏิบัติในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และสภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ .....	186
<b>ระยะขณะใส่ท่อช่วยหายใจ</b>	
- แนวทางปฏิบัติในการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ .....	187
<b>ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ</b>	
- แนวทางปฏิบัติในการประเมินและติดตามเฝ้าระวังการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด .....	189
- แนวทางปฏิบัติในการยึดติดท่อช่วยหายใจ .....	190
- แนวทางปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วยกับเตียง .....	191
- แนวทางปฏิบัติในการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อม .....	191
- แนวทางปฏิบัติในการดูดเสมหะ .....	192
- แนวทางปฏิบัติในการจัดทำนอนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ .....	193
- แนวทางปฏิบัติในการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ .....	193
- แนวทางปฏิบัติในการแก้ไขและช่วยเหลือกรณีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด .....	194
- แนวทางปฏิบัติในการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย .....	194
- แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล .....	195
- แนวทางปฏิบัติในการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย .....	196
- แนวทางการบันทึกในแบบติดตามประเมินผลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ .....	197
แบบติดตามประเมินผลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ .....	198

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ





## แนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

### วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. ลดอุบัติการณ์ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
3. สามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันท่วงที เพื่อลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
4. ป้องกันการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อซึ่งมีผลให้เนื้อเยื่อทำงานไม่เป็นปกติจากท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

### ขอบเขต

แนวทางปฏิบัติ สำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

### คำนิยาม

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หมายถึง ท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือหลุดออกจากท่อลม โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้นำออก

### แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

#### ระยะก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ

- แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและญาติ
- แนวทางปฏิบัติในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และสภาพสิ่งแวดล้อม

#### ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ

- แนวทางปฏิบัติในการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ

### ระยะหลังใส่ท่อช่วยหายใจ

- แนวทางปฏิบัติในการยึดติดท่อช่วยหายใจ
- แนวทางปฏิบัติในการประเมินและติดตามเฟื่อะวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
- แนวทางปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วยกับเตียง
- แนวทางปฏิบัติในการดูดเสมหะ
- แนวทางปฏิบัติในการจัดท่านอนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว
- แนวทางปฏิบัติในการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
- แนวทางปฏิบัติในการแก้ไขและช่วยเหลือกรณีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- แนวทางปฏิบัติในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย
- แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
- แนวทางปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตนเอง
- แนวทางปฏิบัติในการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

จากการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย

ระยะก่อน ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
<p>1. แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (กรณีผู้ป่วยใส่ท่อในภาวะไม่ฉุกเฉินหรือรู้สึกตัว)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว พูดคุยอย่างเป็นกันเองด้วยน้ำเสียง กริยาท่าทีที่อ่อนโยน มีอัธยาศัยไมตรีที่ดี</li> <li>2. ชักถามความรู้สึก ความต้องการ พร้อมทั้งข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ เช่น การศึกษา อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ข้อมูลโรคของผู้ป่วย ประวัติโรคเดิม ประวัติการแพ้ยา ประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ สภาพฟัน โยก การใส่ฟันปลอม เป็นต้น</li> <li>3. ประเมินสภาพจิตใจเบื้องต้นของผู้ป่วย โดยสังเกตสีหน้า แววตา สภาพอารมณ์ ความรู้สึก อุปนิสัย เป็นต้น</li> <li>4. อธิบายให้ทราบถึงสภาพโรค แนวทางการรักษาพยาบาล เหตุผล ความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลา และการถอดท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น</li> <li>5. อธิบายให้ทราบภาวะอาการที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การ พูดไม่ได้ ความเจ็บปวด อึดอัด รำคาญ การหายใจที่ไม่เป็นตามธรรมชาติ เป็นต้น รวมถึงอธิบายให้ทราบถึงผลกระทบหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>6. แนะนำให้ความรู้ความเข้าใจวิธีการปฏิบัติขณะคาท่อช่วยหายใจ เช่น การหายใจให้สอดคล้องสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ดึงท่อ คอยระวังขณะเคลื่อนไหว หรือไอ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</li> <li>7. ให้คำแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ เช่น การกดกริ่ง การเขียน การเลือกภาพ หรือการใช้ภาษากายด้วยการพยักหน้า การใช้สายตา ภาษามือ การขยับริมฝีปาก</li> <li>8. ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ด้วยการอธิบายถึงความพร้อมของทีมแพทย์และพยาบาลที่จะช่วยเหลือ ดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัย</li> <li>9. เปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติตามหรือซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจ กังวลใจ</li> <li>10. ประเมินผลความสนใจของผู้ป่วย/ญาติ ในการอธิบายให้ความรู้ความเข้าใจ เช่นการตั้งใจฟัง ประสานสายตา ตาม/ตอบ</li> </ol> <p>หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว อธิบาย พูดคุย ซักถาม ข้อมูลจากญาติ และให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติแทน</p>

ระยะก่อน ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
<p>2. แนวทางปฏิบัติในการ จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และสภาพ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบประเภท จำนวน และคุณภาพของอุปกรณ์ให้สะอาดและพร้อมใช้ เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทดสอบ blow cuff ไม่ให้มีลมรั่ว</li> <li>- laryngoscope blade แต่ละชนิดที่พร้อมใช้งาน ตรวจสอบหลอดไฟด้ามจับ laryngoscope และถ่านไฟฉาย ตรวจสอบให้มีไฟ และเปิดหลอดไฟติดทุกครั้ง</li> <li>- ควรมีด้ามจับ blade พร้อมถ่านไฟฉายสำรองอีก 1 ชุดที่พร้อมใช้งาน</li> <li>- self-inflating bag พร้อม reservoir ต้องอยู่รวมกันเสมอ</li> </ul> </li> <li>2. เลือกขนาดท่อช่วยหายใจให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่นผู้ชายรูปร่างสันทัด เลือกท่อขนาด 8.0 มม. และรูปร่างใหญ่เลือกขนาด 8.5 มม. ส่วนผู้หญิงรูปร่างสันทัด เลือกขนาด 7.0 มม. และรูปร่างใหญ่เลือกขนาด 8.0 มม.</li> <li>3. ตรวจสอบประสิทธิภาพของพลาสติกเตอร์</li> <li>4. จัดเตียง และเตรียมหมอนรองเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวก</li> <li>5. เตรียมผ้าผูกยึดตัว แขน ขา สำหรับกรณีผู้ป่วย ชัก ดิ้น กระสับกระส่าย</li> <li>6. เตรียมที่แขวนหรือหมอนรองรับท่อวางจระเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ไม่ให้ท่อช่วยหายใจ เคลื่อนที่หรือขยับมากเกินไป</li> <li>7. จัดสภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ปรับอุณหภูมิห้อง ไม่ส่งเสียงดัง รบกวน ปรับแสงสว่างให้มีบรรยากาศที่ดีเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</li> <li>8. จัดเตรียมอุปกรณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่ เช่น แผ่นภาพพลิก กระดาษ ดินสอ ปากกา กริ่งสัญญาณ ฯลฯ</li> <li>9. เตรียมแผ่นกระดาษบันทึกที่พอเหมาะติดไว้ที่หน้าเตียงผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการบันทึกขนาด ความลึก ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</li> </ol>

<p>ระยการ ใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<p>แนวทางปฏิบัติ</p>
<p>แนวทางปฏิบัติในการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดเรียงเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความพร้อม หยิบง่ายใช้งานได้สะดวก และช่วยส่งเครื่องมือให้ตามลำดับ</li> <li>2. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว คอยพูดคุยให้กำลังใจ ให้คลายความกลัววิตกกังวล</li> <li>3. จัดท่านอนผู้ป่วยให้หนุนหมอนสูงประมาณ 10 ซม. ใต้ occiput โดยไหล่ ยังคงอยู่บนพื้นเตียง เพื่อเป็นการ flex คอ และ extend ที่ระยะบริเวณ atlanto-occipital joint</li> <li>4. preoxygenation ด้วยออกซิเจน 100% นาน 3-5 นาที</li> <li>5. ช่วยกดกระดูกอ่อน cricoid (กรณีผู้ป่วย full stomach หรือมีแนวโน้มใส่ท่อช่วยหายใจยาก) โดยใช้มือข้างหนึ่งรองใต้ลำคอ ส่วนมืออีกข้างหนึ่งที่ใช้กด ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วกลางประคองกระดูก cricoid ไว้แรงกดจะออกจากนิ้วชี้ (ห้ามกดในผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุบริเวณลำคอ)</li> <li>6. สังเกตอาการ ที่อาจเกิดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเขียว SpO<sub>2</sub> เริ่มตก หรือมี bradycardia, arrhythmia หากเกิดปัญหา แจ้งให้แพทย์ทราบ ควรหยุด laryngoscopy ก่อน และรีบช่วยหายใจทันที</li> <li>7. ใส่ลมที่ละน้อยใน cuff จนไม่มีลมรั่ว เมื่อต่อกับ breathing circuit และทำการช่วยหายใจ โดยการฟังเสียงลมรั่วหรือใช้มือคลำที่ thyroid cartilage และตรวจสอบความดันใน cuff ให้อยู่ประมาณ 20-25 มิลลิเมตรปรอท หรือ 24-30 เซนติเมตรน้ำ</li> <li>8. ตรวจสอบ และยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เช่น ใช้stethoscope ฟังเสียงลมจากการبيبช่วยหายใจ สังเกตการณ์เคลื่อนไหวของทรวงอก โดยหน้าอกต้องขยายออกเมื่อหายใจ เข้า สังเกตเห็นไอน้ำภายในท่อช่วยหายใจ เป็นต้น</li> <li>9. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ให้สอบถามสภาพอาการ ความรู้สึกถึงความกระชับของท่อช่วยหายใจ ไม่แน่นเกินไป ใส่ได้เหมาะสมกับร่างกาย</li> <li>10. ดิคปลาสเตอร์ให้ถูกต้อง ตามมาตรฐานที่กำหนด</li> </ol>

ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
	<p>11. ตัดความยาวของท่อช่วยหายใจ ที่พื้นริมฝีปากขึ้นมาให้เหลือประมาณ 4-5 ซม.</p> <p>12. ต่อสายเข้ากับเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้อง และจัดสายต่อไม่ให้ดึงรั้งหรือพับงอ โดยใช้ที่แขวน หรือหมอนรองรับท่อเครื่องช่วยหายใจ</p> <p>13. ประเมินผลการใส่ท่อ โดยตรวจสอบระบบการหายใจของผู้ป่วย ให้สัมพันธ์กับจังหวะของเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อด้วยการ chest X- ray เพื่อดูตำแหน่งของปลายท่อช่วยหายใจ สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีหน้าท่าทาง แววดา หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>14. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ</p> <p>15. บันทึกขนาด ความลึกที่มุมปาก หากมีการเปลี่ยนแปลงขนาด และตำแหน่งของ ท่อช่วยหายใจ ให้แก้ไขในบันทึกทุกครั้ง</p> <p>16. บันทึกรายละเอียดของสาเหตุ ปัญหาของการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลรักษาพยาบาลในใบบันทึกทางการพยาบาล</p>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
<p>1. แนวทางในการประเมินและติดตามผลการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบ สัญญาณชีพและ O<sub>2</sub> sat ตามสภาพอาการผู้ป่วย เช่นภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจทุก 1/2 ชั่วโมง 2 ครั้ง หลังจากนั้นถ้าไม่มีอาการผิดปกติ ติดตามทุก 1 ชั่วโมง</li> <li>2. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ช่วงรับ - ส่งเวร และทุกครั้งหลังปฏิบัติ กิจกรรมการรักษายาบาล เช่น ก่อนและหลังถ่ายภาพรังสีปอดเจาะน้ำไขสันหลัง เป็นต้น ลงบันทึกตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งที่บันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>3. สังเกตอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น ความอึดตัวของออกซิเจนที่ผิวหนังลดลงทันที หัวใจเต้นช้าลง หายใจลำบาก ทรวงอกทั้ง 2 ข้างไม่เคลื่อนไหวตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงลมไม่เข้าปอดทั้ง 2 ข้าง ใส่หลอดดูดน้ำคัดหลังในท่อช่วยหายใจลงได้ถึงกระเพาะอาหารหรือมีสภาพน้ำลายออกมากกว่าปกติ</li> <li>4. ตรวจสอบและปรับ setting เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะกับผู้ป่วย โดยสังเกตอาการแสดงของภาวะการหายใจลำบาก สีผิว อัตราหัวใจเต้น และการหายใจ ที่ไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจตรวจสอบไม่ให้มีน้ำในท่อนงจรฯ</li> <li>5. สังเกต และบันทึกลักษณะสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เริ่มฟื้นรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจหลายวัน หรือที่มีประวัติเคยดึงท่อ เช่น ม่านตาขยาย กระสับกระส่าย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง สีหน้าหมกมุ่น คิ้วขมวด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เหม่อลอย พร้อมทั้งบันทึกส่งต่อข้อมูลให้ทีมงานรับทราบ</li> <li>6. สังเกตและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีน้ำลายมาก ไอ ขย้อน กัดท่อ ผู้ป่วยที่สามารถหายใจได้เองหรือสมควรที่จะหย่าท่อช่วยหายใจได้แล้ว</li> <li>7. สังเกตและตรวจสอบสภาพของผู้ป่วย ภายหลังญาติเยี่ยม เช่น อาการของผู้ป่วย การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ ผ้าผูกยึด เป็นต้น</li> <li>8. ประเมินสภาพการมีสติรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เพิ่งรู้สึกตัว</li> <li>9. ขณะรับส่งเวร จัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และให้มีการround หลังรับเวร</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
	<p>10. คอยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์การคาท่อช่วยหายใจ และการปฏิบัติคนขณะคาท่อช่วยหายใจบ่อย ๆ</p> <p>11. ปรับอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้ขึ้นปฏิบัติงานตามความเหมาะสมกับความรุนแรงและจำนวนของผู้ป่วย</p> <p>12. ประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลสภาพปัญหา และ โอกาสเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ แก่เจ้าหน้าที่ภายในเวรเดียวกันและระหว่างเวร</p> <p>13. จัดประชุม เกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่าง การดูแลรักษาพยาบาล โดยให้เจ้าหน้าที่ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่เลื่อนหลุดที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความรุนแรง ศึกษาหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง</p>
<p>2. แนวทางปฏิบัติในการยึดติดท่อช่วยหายใจ</p>	<p>1. ทำความสะอาดใบหน้า เช็ดซับให้แห้ง กรณีมีหนองเคราโกนให้เรียบร้อย</p> <p>2. ตรวจสอบความเหนียวของพลาสติกก่อนยึดติด ETT ทุกครั้ง</p> <p>3. ตัดพลาสติกให้มีมีความยาวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจำนวน 2 เส้น อาจใช้ benzoin tincture ทาก่อนเพื่อการยึดติดที่ดีขึ้น โดยมีวิธีติด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เส้นที่ 1 ติดปลายด้านหนึ่งเหนือริมฝีปากบน แล้วพันรอบท่อตรงตำแหน่งที่ตรวจเช็คไว้ 1-2 รอบ ก่อนติดปลายอีกด้านหนึ่งบริเวณกึ่งกลางแก้มตรงข้ามกับปลายแรก</li> <li>- เส้นที่ 2 ติดปลายด้านหนึ่งใต้ริมฝีปากล่าง แล้วพันรอบท่อตรงตำแหน่งตรวจเช็คไว้ 1-2 รอบ ก่อนติดปลายอีกด้านหนึ่งบริเวณกึ่งกลางแก้มตรงข้ามกับปลายแรก</li> </ul> <p>4. กรณีผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า หรือมีน้ำลายมาก อาจใช้วิธีผูกเชือกรอบท่อแล้วพันรอบศีรษะ</p> <p>5. หลังดูดน้ำลายหรือน้ำคัดหลังใน ETT ให้ตรวจสอบความเป็ยกและของพลาสติกที่ยึด ETT ถ้าพบให้ทำการยึดใหม่</p> <p>6. หลีกเลี่ยงการจัดทำอนตะแคงด้านที่ยึดติด ETT เป็นเวลานาน เพราะเพิ่มโอกาสน้ำลายไหลเป็ยกพลาสติกฝ้</p>



ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
3. แนวทางปฏิบัติในการ ผูกยึดผู้ป่วยกับเตียง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย เพื่อพิจารณาผูกยึดผู้ป่วย ให้อธิบายสาเหตุ เหตุผลความจำเป็นในการผูกยึด พร้อมให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับทราบ</li> <li>2. เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผ้าผูกยึด ข้อมือ ข้อเท้า หน้าอก</li> <li>3. ผูกยึดด้วยเงื่อนไขตายทุกครั้ง กรณีผูกยึดข้อมือ ข้อเท้า ต้องสามารถสอดนิ้วมือ 1 นิ้ว ในห้วงที่ผูกยึดได้ ส่วนกรณีผูกยึดหน้าอก ผู้ป่วยต้องสามารถขยับตัวได้เล็กน้อย ระวังการกดบริเวณรักแร้</li> <li>4. การผูกยึดให้ยึดติดกับเตียง ไม่ควรผูกยึดกับไม้กั้นเตียง</li> <li>5. ผู้ป่วยที่มีผิวหนังควรใช้ top gauze หุ้มข้อมือ ข้อเท้าก่อนผูกยึด</li> <li>6. ประเมินภาวะแทรกซ้อน จากการผูกยึดทุก 1-2 ชั่วโมง เช่น อาการชา บวม คลำชีพจรไม่ได้ ผิวหนังบริเวณที่ผูกยึด มีบาดแผล การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การหายใจ (กรณีมีการผูกยึดหน้าอก)</li> <li>7. หยุดการผูกยึดผู้ป่วยทันที เมื่อหมดความจำเป็น เช่นผู้ป่วยมีสภาพอาการที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ</li> </ol>
4. แนวทางปฏิบัติในการ จัดสถานที่สิ่งแวดล้อม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับย้ายเตียงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากต่อการเลื่อนหลุดของท่อให้อยู่ใกล้กับการดูแลของเจ้าหน้าที่ หรือทำสัญลักษณ์เป็นข้อเตือนเจ้าหน้าที่ในทีมทราบ</li> <li>2. เปิดไฟให้สว่างต่อการสังเกตเห็นใบหน้าของผู้ป่วย และการยึดติดของพลาสติกกับท่อช่วยหายใจ และปรับแสงภายในห้องผู้ป่วยตามวงจรของกลางวัน - กลางคืน</li> <li>3. ควบคุมความดังของเสียงต่าง ๆ ในห้องไม่ให้รบกวนผู้ป่วย เช่น วิทยุทีวี การพูดคุย เป็นต้น</li> <li>4. ไม่วางอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเสียงขณะทำงานไว้ใกล้ผู้ป่วยจนเกินไป</li> <li>5. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย</li> <li>6. จัดกลุ่มกิจกรรมการดูแล/ ทำหัตถการพยาบาล พยายามไม่รบกวนผู้ป่วย จัดให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น การให้ยา สารน้ำ อาหาร วัสดุทางการแพทย์ การเปลี่ยนท่านอน เป็นต้น</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
5. แนวทางปฏิบัติในการ ดูดเสมหะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพความจำเป็นในการดูดเสมหะ เช่น ฟังเสียงลมหายใจที่เข้าปอด ฟังเสียงไอได้ยินเสียงเสมหะครีคราค มีเสมหะทันออกมา หรือเครื่องช่วยหายใจมีเสียงเตือน (high pressure alarm)</li> <li>2. เลือกขนาดสายยางที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกไม่เกิน 1/2 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางท่อทางเดินหายใจ</li> <li>3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็น และขั้นตอนการดูดเสมหะ</li> <li>4. จัดท่าของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ดูดเสมหะได้ง่าย คือท่านอนหงายหันหน้าไปทางด้านตรงข้ามกับหลอดลม หรือปอดข้างที่จะดูดเสมหะ หรือจัดให้นอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 30 องศา กรณีที่ไม่มีข้อห้าม</li> <li>5. การดูดเสมหะ พยาบาลต้องรักษาความสะอาดเสมอ ควรทำโดยมีพยาบาล 2 คน ให้คนหนึ่งเป็นคนดูดเสมหะ ขณะที่อีกคนทำ hyperinflate lungs และจับท่อทางเดินหายใจไว้ ไม่ให้เคลื่อนไปมา</li> <li>6. ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลและเบามือ ค่อย ๆ สอดสายเข้าไปจนติด โดยไม่ต้องออกแรงดัน เมื่อติดแล้วให้ดึงสายขึ้นมาประมาณ 1 ซม. แล้วหมุนสายไปมาระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ ค่อย ๆ ดึงสายขึ้นมา สำหรับช่วงที่ไม่มีเสมหะให้ดึงขึ้นมาเร็ว ๆ</li> <li>7. ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10 -15 วินาที กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะการดูดแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10 วินาที</li> <li>8. ไม่ควรดูดเสมหะติดต่อกันเกิน 2 ครั้งต่อรอบ และไม่ดูดเสมหะในขณะที่ใส่สายยางดูดเสมหะลงในท่อทางเดินหายใจ</li> <li>9. เพิ่มความเข้มข้นออกซิเจนเป็น 100 % ก่อนดูดเสมหะครั้งต่อไป</li> <li>10. ขณะดูดเสมหะควรประเมินและเฝ้าระวังสถานะแทรกซ้อน เช่น สีหน้าท่าทาง ภาวะจิตใจของผู้ป่วย อาการกระสับกระส่าย เหงื่อ ทรวงอกมี retraction SaO<sub>2</sub> น้อยกว่า 95% (ยกเว้นในราย severe ARDS) ประเมินเสียงการหายใจที่ปอด และสัญญาณชีพ ถ้าอัตราการหายใจเพิ่มหรือลดมากกว่า 10 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การแก้ไขทันที</li> <li>11. ประเมินและสังเกตอาการ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ถ้าเรียบร้อยดีให้ต่อ endotracheal tube กับเครื่องช่วยหายใจให้แน่นตามเดิม</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
6. แนวทางปฏิบัติในการ จัดท่านอนผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ช่วยหายใจ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดท่านอนให้ตำแหน่ง ETT อยู่ตรงไม่งอ พับหรือเกิดการตึงรั้ง <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านอนหงาย : ให้ใบหน้าหงายเล็กน้อย โดยใช้ผ้าหนุนคอก และไหล่ ใบหน้าตั้งฉากกับพื้นนอน</li> <li>- ท่านอนตะแคง : ให้ใบหน้าอยู่ในแนวเดียวกับท่อช่วยหายใจ และ ท่อนจรรยาของเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ผ้ารองหนุนคอก ห้ามตะแคงเฉพาะ ใบหน้า</li> </ul> </li> <li>2. ใช้หมอนช่วยหนุนด้านข้างสำหรับช่วยประคองศีรษะผู้ป่วย</li> <li>3. ใช้ tubing holder รองรับวงจรท่อ ของเครื่องช่วยหายใจ และจัดสาย ต่อเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง</li> <li>4. การเปลี่ยนท่านอน ควรมีบุคลากรอีกคนช่วยในการจับท่อช่วย หายใจให้อยู่กับที่ และเคลื่อนสายเครื่องช่วยหายใจให้ติดตามไปใน แนวเดียวกับการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย</li> </ol>
7. แนวทางปฏิบัติในการ ดูแลขณะเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบ บันทึกสัญญาณชีพ ตำแหน่งความลึกของท่อช่วยหายใจ</li> <li>2. ประสานเจ้าหน้าที่ทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ระวังการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจโดยทำการตกลงถึงจังหวะการเคลื่อนย้ายทุกครั้งให้ สัมพันธ์กัน เช่น จังหวะการยกย้าย ผู้ป่วยขึ้น-ลงเตียง จังหวะความเร็ว ของการเข็นเตียง ของคนเข็นกับคนบีบ AMBU bag</li> <li>3. ขณะบีบ AMBU bag ต้องยึดท่อช่วยหายใจไม่ให้เคลื่อนไปมา หรือ สายตึงรั้ง</li> <li>4. ประเมินสภาพอาการทั่วไปของผู้ป่วย ในระหว่างการเคลื่อนย้าย เช่น ระบบการหายใจ อาการกระสับกระส่าย ตัวเขียว ตรวจสอบสภาพ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ</li> <li>5. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการเคลื่อนย้าย ให้มี คุณภาพ และมีความพร้อมใช้งาน รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่ใช้ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินต่างๆ ขึ้น</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
<p>8. แนวทางปฏิบัติในการ แก้ไขและช่วยเหลือกรณี ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทีมเจ้าหน้าที่ ร่วมแก้ไข ช่วยเหลือ และประสานงานอย่าง ทันที</li> <li>2. ติดต่อประสานงานกับแพทย์ อย่างรวดเร็วทันที</li> <li>3. ดูดน้ำคั่งหลังในปากและ คอ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง</li> <li>4. ถ้าผู้ป่วยกำลังให้อาหารทางสายยาง หยุดให้อาหาร แล้วใช้ syringe ดูดอาหารออก</li> <li>5. ครอบ mask ให้แนบหน้า และบีบ AMBU bag ในท่าศีรษะแหงน เล็กน้อย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยเลือกใช้อุปกรณ์ เช่น mask ที่มีขอบนุ่ม และมีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบบริเวณปากและจมูก แต่ไม่กกดตา หรือคางของผู้ป่วย ส่วน AMBU bag เลือกชนิด self- inflating reservoir เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 100%</li> <li>6. หากต้องบีบ AMBU bag นานหลายนาที ควรเตรียมใส่ orogastric tube เพื่อระบายอากาศในกระเพาะอาหารที่อาจเกิดจากการบีบ AMBU bag จะช่วยป้องกันท้องอืด และการสำลัก</li> <li>7. ตรวจสอบ และบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>8. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ ETT ใหม่ให้กับผู้ป่วย ให้มีความพร้อม สามารถใช้ดำเนินการได้ทันที</li> <li>9. ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>10. บันทึกอุบัติการณ์และรายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น ที่ได้ดำเนินการ ปฏิบัติ</li> </ol>
<p>9. แนวทางปฏิบัติในการ ดูแลสภาพจิตใจของ ผู้ป่วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาสาเหตุ แก้ไขและรายงานแพทย์พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เวร ต่อไปรับทราบ</li> <li>2. หมั่นพูดคุย ชักถามความรู้สึก ความต้องการ และคอยปลอบโยน ให้กำลังใจ</li> <li>3. ค้นหาวิธีการสื่อสารที่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ เช่น เขียนความรู้สึกความต้องการ หรือการนำภาพพลิก การเขียน ประโยคสั้น ๆ ไว้ในแผ่นกระดาษ แล้วให้ผู้ป่วยชี้บอกความต้องการ การตอบรับ หรือปฏิเสธ โดยให้ผู้ป่วยพยักหน้าหรือ ส่ายหน้า</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การกั๊กมือเรียก พักหน้าเรียก การมองพยาบาลตลอดเวลา ต้องรีบเข้าไปพบ พร้อมซักถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</li> <li>5. ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสภาพแวดล้อม เช่น เวลา สถานที่ บุคคลที่ให้การดูแล และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง</li> <li>6. ฟ้อนปรน กฏ ระเบียบบางอย่างแก่ผู้ป่วย และครอบครัว หรือให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>7. ให้กำลังใจ เมื่ออาการก้าวหน้าขึ้น</li> <li>8. อนุญาตให้ประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อได้ตามความเหมาะสม</li> <li>9. เปิดเพลงธรรมะ เสียงดนตรีเบา ๆ อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะให้ฟัง หรือ ให้ดูรูปภาพธรรมชาติ</li> <li>10. คอยดูแลอย่างใกล้ชิด และคอยปลอบโยนให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่นุ่มนวล อ่อนโยน</li> <li>11. แนะนำการทำให้สภาพจิตใจมีสมาธิ ลดความวิตกกังวล ออกทนต่อการคาท่อช่วยหายใจ</li> </ol>
<p>10. แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (กรณี que ผู้ป่วยรู้สึกตัว)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ซักถามความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน</li> <li>2. ประเมินความพร้อมในการรับรู้ สังเกตลักษณะที่ท่าของผู้ป่วย รวมทั้งภาษากาย ถ้าญาติอยู่ควรให้คำแนะนำพร้อมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ</li> <li>3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษา การปฏิบัติตน ขณะคาท่อช่วยหายใจ และอันตรายที่จะเกิดจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ โดยเน้นย้ำให้มีส่วนร่วมในการระวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ไม่ให้ดึง กัด หรือขย่อน</li> <li>4. สังเกตความสนใจของผู้ป่วย เช่น การตั้งใจฟัง การประสานสายตา การตอบรับ และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ</li> </ol>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
<p>10. แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว)</p>	<p>5. คอยซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจ และแสดงความคิดเห็นให้ผู้ป่วย ทดลองฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้อธิบายไป และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามในขณะที่ค่าท่อช่วยหายใจจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง</p> <p>6. การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การหายใจให้มีจังหวะที่สอดคล้องสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ การออกกำลังกาย เช่น ยกแขน ขา เกร็งกล้ามเนื้อ ตามความเหมาะสมของสภาพ ร่างกาย การระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การสื่อสารขอความช่วยเหลือด้วยการกดกริ่ง หรือการใช้ภาษากาย เช่น การพยักหน้า ใช้สายตา ภาษามือ ขยับริมฝีปาก เป็นต้น กรณีอ่านออกเขียนได้จัดให้มีสมุด ดินสอไว้บนโต๊ะข้างเตียง เพื่อให้เขียนสื่อสารความต้องการ ถ้าอ่านไม่ออกจัดแผ่นภาพเพื่อใช้ในการสื่อสารความต้องการ</p> <p>7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และให้ซักถาม</p> <p>8. ติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>9. การมีส่วนในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เช่น การไม่ดึงท่อช่วยหายใจออกเอง ถึงแม้จะรู้สึกว่าการดีขึ้น และสามารถหายใจได้เองแล้วก็ตาม</p> <p>10. ฝึกการมีจิตใจที่มีสมาธิ มีความเข้มแข็ง อดทน</p>
<p>11. แนวทางในการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>1. ฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำที่พยาบาลให้ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น พูดย้ำให้กำลังใจ ดูแลและเข้าใจผู้ป่วย มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. ปรึกษาหรือแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการแสดงความคิดที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากตำแหน่งเดิม</p> <p>3. อธิบายให้ญาติทราบเหตุผลความจำเป็นของการผูกยึดผู้ป่วย ไม่ปลดสิ่งผูกยึดเองโดยพลการ</p> <p>4. คอยจัดแบ่งเวลาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>

ระยะหลัง ใส่ท่อช่วยหายใจ	แนวทางปฏิบัติ
	<p>5. พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเอง และไม่พูดหรือกระทำในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลรำคาญใจ</p> <p>6. ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล การส่งต่อข้อมูลสภาพอาการของผู้ป่วย และการดูแลแก่ญาติคนอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง</p> <p>7. ญาติคอยดูแล เอาใจใส่ พยายามปลอบโยนให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยคลายความกลัว วิดกกังวล อึดอัดรำคาญ และอดทนต่อการคาท่อช่วยหายใจไม่ดึง หรือพยายามขยับขย่อนท่อช่วยหายใจ</p>
<p>12. แนวทางการบันทึกในแบบติดตามประเมินผลการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ</p>	<p>1. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>2. เวลา วัน เดือน ปี ที่พบการเกิดอุบัติเหตุที่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยเลื่อนหรือหลุด</p> <p>3. การประเมินระดับการรับรู้ตัวหรือสัญญาณทางระบบประสาทและสมองที่วัดได้ขณะเกิดอุบัติเหตุการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ</p> <p>4. กรณีที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนให้มีการระบุตำแหน่งที่ใส่เดิมของท่อช่วยหายใจ และตำแหน่งใหม่ของท่อช่วยหายใจ</p> <p>5. ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง ที่เป็นสาเหตุเสริมให้เกิดอุบัติเหตุการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ</p> <p>6. บรรยายสรุปสภาพเหตุการณ์ที่เกิดอุบัติเหตุที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยสรุปสาระสำคัญสั้น ๆ กระชับ ได้ใจความ</p> <p>7. ผลการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล</p> <p>8. มาตรการป้องกัน / ข้อเสนอแนะ เช่น การวางแผนหาแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ หรือข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันการเลื่อนหลอดของท่อช่วยหายใจ</p>

แบบบันทึกติดตามประเมินผลการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เคื่อง.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / และลงรายละเอียดตามหัวข้อของแบบบันทึก

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย..... อายุ .....ปี

เพศ  หญิง  ชาย โรค.....

การศึกษา  ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี

การผ่าตัด  ไม่ได้ผ่าตัด  ผ่าตัดไปกระดูก.....

วันที่เริ่มใส่ท่อฯ..... เวลาที่ใส่.....น. วันที่เกิดท่อฯเลื่อน/หลุด..... เวลาที่พบ.....น.

ระดับการรับรู้ขณะเกิดอุบัติเหตุ  unconscious  semiconscious  good conscious

อุบัติเหตุ  หลุด  เลื่อน ไปกระดูกตำแหน่งเดิม..... ตำแหน่งใหม่.....

วิเคราะห์ปัจจัยเสริมสาเหตุความ		(ตอบได้มากกว่า ข้อ )	
เสียง	<input type="checkbox"/> จากผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> จากเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/> จากอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม
<input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยสับสน	<input type="checkbox"/> 1. การจัดท่าผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> 1. เครื่องมือพลาดไปโดน	<input type="checkbox"/> 1. แกะผ้าผูกมือแล้วไม่ผูก
<input type="checkbox"/> 2. ผู้ป่วยคืน/ กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/> 2. หลีกตัวไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> คื่น	<input type="checkbox"/> 2. ผู้คนไม่ถูกต้อง
<input type="checkbox"/> 3. ผู้ป่วยนำลายมาก	<input type="checkbox"/> 3. ไม่ได้ผูกมือ/ผูกไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> 2. อุปกรณ์ของท่อฯ ชำรุด	<input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ
<input type="checkbox"/> 4. ผู้ป่วยจับปวด	<input type="checkbox"/> 4. ปิดปลาสเตอร์ไม่แน่น/ฉีกวิธี	<input type="checkbox"/> 3. ปลาสเตอร์เสื่อมสภาพ	
<input type="checkbox"/> 5. ผู้ป่วยไอ /จาม / ขย้อน	<input type="checkbox"/> 5. ขาดการส่งต่อข้อมูลภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> 4. แสงสว่างไม่เพียงพอ	
<input type="checkbox"/> 6. ผู้ป่วยตื่น	<input type="checkbox"/> 6. สายต่อตั้ง/รั้ง	<input type="checkbox"/> 5. เต็มช่องไอกล	
<input type="checkbox"/> 7. ผู้ป่วยหันหน้า/หันขวา	<input type="checkbox"/> 7. ขาดการRound ของเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ.....	
เครา	<input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ.....		
<input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ.....			

**ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุทางคลินิก**

A พบเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด เช่น เชือกผูกข้อมือเกือบหลุด ปลาสเตอร์เปื่อยและ สายท่อช่วยหายใจดึงรั้ง เป็นต้น

B เกิดเหตุการณ์ที่พลาดไปทำให้ท่อช่วยหายใจกำลังจะเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์/ผู้ป่วยกำลังดึงท่อฯ แต่ช่วยหรือได้ทันท่วงที

C เกิดเหตุการณ์ท่อฯ เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์เล็กน้อย แต่ไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

D เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ อาจส่งผลให้เกิดอันตราย จนต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติ

E เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการป้อนรักษา

F เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนป้อนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

G เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดความคิดผิดปกติของผู้ป่วยมากตามมาถึงขั้นเกิด ความพิการทางร่างกาย

H เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความคิดผิดปกติระบบทางเดินหายใจมาก ทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต

I เกิดเหตุการณ์ท่อฯ หลุด/เลื่อนจากตำแหน่งที่ทำสัญลักษณ์ จนเกิดความคิดผิดปกติระบบทางเดินหายใจมาก ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ และเสียชีวิต

**บรรยายสรุปเหตุการณ์**

.....

.....

.....

การดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น	มาตรการป้องกัน / ข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ ท่อช่วยหายใจหลุด หมายถึง ท่อฯ หลุดออกจาก VOCAL CORD ของผู้ป่วย  
 สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมในห้อง icu ที่มีความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อฯ  
 อุปกรณ์ หมายถึง เครื่องมือ/อุปกรณ์ ต่าง ๆ ที่อาจพลาดไปโดนท่อช่วยหายใจแล้วทำให้ท่อฯ เลื่อน/หลุด



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนุสรา สุทธิธรรม
วัน เดือน ปีเกิด	เกิดวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2508
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จาก วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี (ปัจจุบันเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี) เมื่อปี พ.ศ.2530 - ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมราช เมื่อปี พ.ศ.2532
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 หัวหน้างานประชาสัมพันธ์ และช่วยปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลสมุทรสาคร