

คู่มือหลักสูตร ความปลอดภัยของผู้ป่วย ขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย)

เล่ม **2** ส่วน A คู่มือผู้สอน



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



**คู่มือหลักสูตร
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ขององค์การอนามัยโลก:
ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย)**

เล่ม **2** ส่วน A คู่มือผู้สอน

**คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก:
ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 2**

บรรณาธิการ

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนियม

รศ.ดร.นิตย ทัศนियม

บรรณาธิการร่วม

ดร.นพ.ปดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์

ดร.ภญ.จิตติมา ตัวงเงิน

ผศ.ดร.สายใจ พัวพันธ์

บรรณาธิการตรวจทาน

ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข

ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: 2558

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ
(ฉบับภาษาไทย) เล่ม 2.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2558.

154 หน้า.

1. ผู้ป่วย-การดูแล--คู่มือ. I. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ
มหาชน) II. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนियม, รศ.ดร.นิตย ทัศนियม (บรรณาธิการแปล),
ผู้แปล. III. ชื่อเรื่อง

610.73

ISBN 978-616-8024-00-3

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



คำนำ

เสียงสะท้อนที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้รับจากสถานพยาบาลต่างๆ คือต้องการผู้จบการศึกษาที่มีความรู้และทักษะในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยที่เพียงพอในการที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ สามารถร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมงานสหสาขาวิชาชีพของสถานพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องปลูกฝังและเสริมสร้างไว้ตั้งแต่เริ่มแรกที่สุดที่เป็นไปได้

ด้วยตระหนักในความสำคัญดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประมวลองค์ความรู้ กรณีศึกษา และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยขึ้น เพื่อให้ประเทศต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ เป็นสิ่งที่ช่วยให้สถาบันการศึกษาสามารถเริ่มต้นจัดการศึกษาในเรื่องนี้ได้ง่ายขึ้น

สถาบันขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนในการแปลและเรียบเรียงคู่มือฉบับนี้เป็นภาษาไทย ซึ่งในระหว่างกระบวนการดังกล่าว ได้เกิดการตั้งประเด็นคำถาม ค้นหาคำตอบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันไปด้วย

สถาบันหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการศึกษาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลต่างๆ เป็นทรัพยากรพื้นฐานสำหรับการต่อยอด

นวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสร้าง
ประสบการณ์การเรียนรู้ได้อย่างได้ผล และส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพของ
ประเทศไทย เป็นระบบที่น่าไว้วางใจสำหรับสังคมสืบไป

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ที่มาของการแปล

เหตุใดจึงมี WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับภาษาไทย

Patient Safety หรือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย นับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก ประเทศไทยถึงแม้มีการพัฒนาในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในระบบการบริการสุขภาพในเรื่องการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดมา รวมถึงเมื่อเทคโนโลยีมีการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและประชาชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการให้เกิดบริการทางสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐาน และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน

การพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยอันนำมาซึ่งประโยชน์และคุณค่าสำคัญในระบบบริการสุขภาพนั้น ควรเริ่มปลูกฝังแนวคิดและความสำคัญเรื่อง Patient Safety ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มต้นของการศึกษาให้มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลาของการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรและเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าวค่อนข้างน้อยและไม่เป็นระบบ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (องค์การมหาชน) มีวิสัยทัศน์มุ่งหวังให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (change catalyst) โดยวัตถุประสงค์ของ สรพ. ที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ.2552 นอกจากดำเนินการด้านการประเมินและรับรองแล้ว ยังสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดี

มีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ พัฒนาและสร้างองค์ความรู้เพื่อเผยแพร่ ครอบคลุมการสร้างความร่วมมือ กับภาคส่วนต่างๆทั้งในและต่างประเทศ ด้วยบทบาทหน้าที่ดังกล่าว รวมถึงประสบการณ์จากการพัฒนาและเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินและรับรอง สถานพยาบาลมากกว่า 20 ปี สรพ.จะได้รับเสียงสะท้อนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถึงการเตรียมความพร้อมในเรื่อง ที่ต้องการให้มีการเรียนการสอนบุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยก่อนมาปฏิบัติงานจริง กับผู้ป่วย สรพ.จึงเริ่มประสานดำเนินการเพื่อจะนำความรู้แนวคิดเรื่อง ดังกล่าวเข้าสู่การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาซึ่งพบว่าหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าว มีการพัฒนาอย่างเป็นสากลโดยองค์การอนามัย โลกซึ่งให้ความสำคัญเรื่องการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการพัฒนา เรื่อง Patient Safety

เดือนกรกฎาคม 2556 สรพ.ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก เพื่อขอเข้าร่วม WHO Patient Safety Program ในส่วน Education for Safer Care ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยได้มีการ ทำหนังสือลงนามข้อตกลงร่วมกัน ระหว่าง องค์การอนามัยโลก และสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในการแปล WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition ในเดือนกันยายน 2556 เพื่อเผยแพร่และนำมาประยุกต์ใช้ในการบูรณาการเรียนการสอน ในประเทศไทย และให้การสนับสนุน Dr Agnès Leotsakos Leader, Patient Safety Education and Global Capacity Building จาก องค์การอนามัยโลก มาสื่อสารลักษณะของหลักสูตรรวมถึงตัวอย่างหลักสูตรในเดือน มกราคม 2557 และนำทีมจากองค์การอนามัยโลกมาทำ Workshop: Training for the Trainer ที่ประเทศไทยในเดือน กันยายน 2557 ส่วนการแปลหลักสูตร เป็นภาษาไทยนั้น สรพ.ได้รับความกรุณาจาก รศ.นพ.สมพันธ์ ทัศนियม และ รศ.ดร.นิตย ทัศนियม เป็นผู้ดำเนินการแปลและเรียบเรียง

การขับเคลื่อนในสถาบันการศึกษา สรพ.ใช้วิธีการขับเคลื่อนใน แนวราบผ่านกลยุทธ์ Share-Chain-Shape-Change โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

SHARE: สรพ.มุ่งเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังโดยเริ่มจากการเชิญผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ครอบคลุมวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ร่วมประชุมครั้งแรกเมื่อ เดือนธันวาคม 2556 เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละสถาบันการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมในครั้งแรกจำนวน 39 สถาบันการศึกษา (แพทย์ 25 ทันตแพทย์ 1 เภสัชกร 6 และพยาบาล 18) จากการแลกเปลี่ยนครั้งแรกพบว่า หลายสถาบันมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมและมีความสนใจจะนำแนวทางหลักสูตรขององค์การอนามัยโลกไปเรียนรู้เพื่อบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงสนับสนุนให้มีการแปลหลักสูตรดังกล่าวเป็นภาษาไทย โดยให้สรพ.เป็นผู้ประสานงานกลาง และได้ดำเนินการเรียนการสอนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และการประชุมของพยาบาล เป็นต้น เมื่อมีสถาบันการศึกษาสนใจแนวคิดเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดการสร้างวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกครั้งในเดือน มกราคม 2557 ร่วมกับ Dr Agnès Leotsakos โดยมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมเพิ่มเป็น 115 สถาบันการศึกษา และได้มีการเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยตัวแทนสถาบันที่เข้าร่วมโครงการโดยสรุปดังนี้ ทุกสถาบันการศึกษาเห็นด้วยกับการสร้างความร่วมมือเป็นเครือข่ายเพื่อพัฒนาแนวทางการนำ WHO Patient Safety Curriculum Guide มาประยุกต์ใช้ โดยควรแปลเนื้อหาหลักสูตรดังกล่าวเป็นภาษาไทย และควรมีการดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมร่วมกับองค์การอนามัยโลก (Training for the Trainer) ร้อยละ 94 เห็นด้วยกับการนำเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยมาบูรณาการในการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นหลักสูตรปกติ และควรมีองค์กรกลางที่ประสานดำเนินการเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 78 เสนอว่าควรมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการสอนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย ร้อยละ 77 เห็นด้วยกับการพัฒนาเป็นหลักสูตรแบบสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 75 เห็นว่าควรเริ่มมีการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยตั้งแต่การเรียนการสอนของ

นักศึกษาทางด้านสาธารณสุขตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 แต่ปัจจุบันมีเพียง ร้อยละ 9 ของสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการที่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าวเป็นหลักสูตรปกติ

CHAIN: การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ สรพ.เป็นผู้ประสานงานกลางเพื่อสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ เริ่มต้นด้วยการมีเครือข่ายอาสาสมัครจากสถาบันการศึกษาต่างๆร่วมกันช่วยตรวจทานการแปลหนังสือคู่มือหลักสูตรโดยมี รศ.นพ.สมพันธ์ ทัศนียม เป็นหัวหน้าทีมการแปล เกิดการสร้างเครือข่ายสถาบันการศึกษาในกลุ่ม คณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก คณะทันตแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงมีการลงนามความร่วมมือในปฏิญญาวาด้วย “การจัดการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข” โดยกระทรวงสาธารณสุข องค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และสรพ. ร่วมกันแสดงเจตจำนงแสดงความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนการบูรณาการเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางในหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้น และมีการตั้งคณะกรรมการกลางในการขับเคลื่อนและติดตามประกอบด้วยตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการบูรณาการเรื่องดังกล่าวในการเรียนการสอน 133 สถาบัน

SHAPE: มีการเผยแพร่คู่มือหลักสูตรให้กับสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อนำไปศึกษา ประยุกต์ และบูรณาการในการเรียนการสอนอย่างอิสระตามบริบทของแต่ละสถาบัน ในเบื้องต้นมีสถาบันการศึกษาได้ทดลองออกแบบการนำไปประยุกต์ใช้ถึง 98 สถาบัน และจะมีการติดตามการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงต่อไป รวมถึงมีการวางแผนการออกแบบ หลักสูตร เครื่องมือ และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับประเทศไทยจากคณะกรรมการกลาง

CHANGE: มีแนวทางการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลลัพธ์จากการนำแนวคิด และเนื้อหาหลักสูตร WHO Patient Safety Curriculum Guide ไปประยุกต์ใช้ ทั้งในส่วนของสถาบันการศึกษา และโรงพยาบาล

ปัจจุบันสถาบันการศึกษาทุกแห่งมีเนื้อหาวิชาการและความรู้ในทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก แต่ในชีวิตจริงของการทำงานในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขมีเรื่องราวเนื้อหาสาระที่ต้องเรียนรู้อีกมากมายเช่นกัน เพื่อสิ่งที่สำคัญที่สุดในบทบาทหน้าที่คือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องและปลอดภัยโดยการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนากระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาในหลักสูตร WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับแปลเป็นภาษาไทยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึง และเข้าใจได้ทุกคน เพราะเป็นเนื้อหาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตการทำงานซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการเห็นความสำคัญจากทุกภาคส่วน โดยสรพ.พร้อมเป็นผู้ประสานงานกลางในการขับเคลื่อนบูรณาการให้เกิดการเรียนรู้การสอนในสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของระบบสาธารณสุขให้เรียนรู้และเข้าใจรวมถึงตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยให้มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชนตลอดไป

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รองผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

คำชี้แจงวิธีการแปล

ผู้อ่านเป้าหมาย

การแปลได้คำนึงถึงผู้อ่านเป็นสำคัญ เดิมเข้าใจว่ามีแต่กลุ่มนักวิชาการและนักศึกษา แต่จากการประชุมมีความเห็นว่าควรให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับอ่านเข้าใจได้ด้วย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม จึงแปลเป็นภาษาไทยให้มากที่สุด (ดูการแปลคำศัพท์ในภาคผนวกที่ 3) แต่บางคำแปลแล้วอาจสงสัยคำเดิมจึงวงเล็บคำเดิมไว้ด้วย

วิธีการแปล

1. พยายามให้ตรงกับความหมายเดิมให้มากที่สุด แต่ถ้าแปลตรงอ่านแล้วเข้าใจยาก จึงดัดแปลงเป็นสำนวนไทยๆ
2. การแปลนี้ มิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะบัญญัติศัพท์ แต่ต้องการสื่อสารเพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจจึงพยายามค้นความหมายเท่าที่มีใช้อยู่ คำที่ยังไม่มีการบัญญัติไว้ได้ใช้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบการแปล

1. It is ...แปลเป็นภาษาไทยไม่ใช่คำว่า “มัน” ใช้คำอื่นแทนตามความเหมาะสม
2. ปี ใช้เป็น ค.ศ.ทั้งหมด เพราะจะเข้ากับประโยคที่ใช้ เช่น late 1990
3. เครื่องหมายวรรคตอน
คอมมา ใช้เท่าที่จำเป็น
Colon (“ : ”) ใช้ในกรณีที่คั่นข้อความที่เป็นหัวข้อกับเนื้อหาที่ตามมา Semicolon, full stop ไม่ใช้

4. การเว้นวรรคของคำว่า “เช่น” เว้นทั้งหน้าและหลังคำนั้นๆ
5. หน่วยวัดใช้คำเต็มทั้งหมด เช่น มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ยกเว้นในตาราง
6. การใช้คำภาษาไทยที่เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
“เมื่อไหร่” เป็น “เมื่อใด”, “เท่าไหร่” เป็น “เท่าใด”, “ถ้า” เป็น “หาก”
7. “บุคลากรสุขภาพ” ใช้คำว่า “ผู้ให้บริการสุขภาพ”
“งานดูแลสุขภาพ” ใช้คำว่า “งานบริการสุขภาพ” เพื่อให้สอดคล้องกัน

ข้อวิตกกังวล

1. อาจแปลผิดความหมาย
2. อาจแปลชื่อคน เป็นภาษาไทยไม่ถูกต้อง
3. อาจแปลคำศัพท์เฉพาะของสาขาต่างๆ ผิด
4. อาจมีความผิดพลาดทางเทคนิค เนื่องจากการแก้ไขหลายรอบมาก

เป้าหมายสูงสุดของการแปล

ทีมงานมีเจตนาารมณ์ให้ผู้ไข้เข้าถึงเนื้อหาและมุ่งเน้นการนำไปใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย สร้างคุณภาพให้ระบบสุขภาพของประเทศ และมีความเป็นหนึ่งเดียวโดยรวมมือกัน

ทีมงานตั้งใจให้เนื้อหาและคำแปลถูกต้อง และไม่ให้มีที่พิมพ์ผิด จึงช่วยกันตรวจแก้ไขหลายรอบ หากมีการใช้ภาษาที่มีข้อขัดแย้งหรือมีที่ผิดพลาด ขอให้ผู้อ่านให้ข้อเสนอแนะมาตามอีเมลข้างล่าง เพื่อนำไปปรับปรุงในการพิมพ์ครั้งต่อไป และใคร่ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

เป้าหมายในอนาคต

1. เป็นหนังสือที่มีชีวิต มีการปรับปรุงเพิ่มเติมที่เป็นบริบทของคนไทยเข้าไป
2. หวังว่าจะเป็นบรรทัดฐานของการแปลคำต่างๆที่จะใช้ต่อไป



ผู้แปลและเรียบเรียง

รศ.ดร.นิตย ทัศนัยม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.สมพันธ์ ทัศนัยม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การติดต่อผู้แปล

E-mail: sompon@kku.ac.th

สารบัญ

เล่ม 1

คำนำ (ฉบับภาษาไทย)	(3)
ที่มาของการแปล	(5)
คำชี้แจงวิธีการแปล	(15)
คำชี้แจงการจัดพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก	1
คำย่อ	7
คำกล่าวนำ	13
บทนำ	33
ภาคผนวก	37
<i>ภาคผนวก 1</i> เชื่อมต่อกับกรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศออสเตรเลีย	39
<i>ภาคผนวก 2</i> ตัวอย่างของวิธีการประเมิน	41
<i>ภาคผนวก 3</i> การแปลคำศัพท์	49
3.1 การแปลชื่อองค์กร	49
3.2 การแปลคำศัพท์บุคคล	50
3.3 การแปลคำศัพท์ทางการศึกษา	52
3.4 การแปลคำศัพท์อื่นๆ	55
<i>ภาคผนวก 4</i> ผู้มีส่วนช่วยตรวจแก้ไขการแปล	75
คำกล่าวขอบคุณ	81

เล่ม 2

ส่วน A คู่มือผู้สอน

1	ที่มา	93
2	หัวข้อในคู่มือหลักสูตรถูกเลือกมาอย่างไร	99
3	เป้าหมายของคู่มือหลักสูตร	119
4	โครงสร้างของคู่มือหลักสูตร	125
5	การนำคู่มือหลักสูตรไปใช้	127
6	การบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตรเดิม	137
7	หลักการทางการศึกษาที่จำเป็นสำหรับการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	161
8	กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	173
9	วิธีการประเมินผลความปลอดภัยของผู้ป่วย	187
10	วิธีการประเมินหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย	207
11	เครื่องมือในเว็บและแหล่งค้นคว้า	221
12	วิธีที่จะสนับสนุนการเรียนการสอนความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศต่างๆ	223

เล่ม 3

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

	คำจำกัดความของแนวคิดที่สำคัญ	233
	ความหมายของสัญลักษณ์	237
	บทนำของหัวข้อในคู่มือหลักสูตร	239
หัวข้อที่ 1	ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร	261
หัวข้อที่ 2	ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	307
หัวข้อที่ 3	การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย	331
หัวข้อที่ 4	การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม	359

เล่ม 4

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

หัวข้อที่ 5	การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อป้องกันอันตราย	405
หัวข้อที่ 6	การทำความเข้าใจและการจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก	437
หัวข้อที่ 7	การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล	471
หัวข้อที่ 8	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล	509

เล่ม 5

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

บทนำต่อหัวข้อที่ 9-11	555
หัวข้อที่ 9 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	557
หัวข้อที่ 10 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุกราน	599
หัวข้อที่ 11 การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา	631

1. ที่มา

ทำไมนักศึกษาสาขาบริการสุขภาพจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การค้นพบทางวิทยาศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้ผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพดีขึ้นมาก อย่างไรก็ตามการศึกษาในหลายประเทศพบว่า ข้อดีนี้มาพร้อมกับความเสี่ยงต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เราพบว่าผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงที่เป็นความทุกข์จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยามีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น จึงเป็นที่มาของการพัฒนาความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เป็นสาขาวิชาเฉพาะ เพื่อที่จะช่วยบุคลากรสุขภาพ ผู้บริหาร องค์กรบริการสุขภาพ รัฐบาล (ทั่วโลก) และผู้บริโภค ให้มีความเข้าใจหลักการและแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เรื่องนี้มีผลกระทบต่อทุกคน การกิจข้างหน้าที่งานบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่ใหญ่มาก จำเป็นที่ทุกคนที่มีส่วนในการให้บริการสุขภาพจะต้องเข้าใจขนาดของอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเข้าใจว่าทำไมการบริการสุขภาพจะต้องมุ่งสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การเรียนการสอนและการอบรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่จะเกิดขึ้นในทุกระดับ นักศึกษาในสาขาบริการสุขภาพผู้ซึ่งจะเป็นผู้ให้บริการ และเป็นผู้นำของวิชาชีพในอนาคต ต้องเตรียมตนเองที่จะให้บริการอย่างปลอดภัย แม้หลักสูตรของวิชาชีพต่างๆจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อให้ทันความรู้และข้อค้นพบใหม่ๆ แต่ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจะแตกต่างออกไป เพราะเป็นความรู้ที่ใช้ได้กับการปฏิบัติในทุกสาขาวิชา และใช้ได้กับทุกวิชาชีพ

นักศึกษาศาขาบริการสุขภาพต้องตระหนักว่า ระบบส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของงานบริการสุขภาพได้อย่างไร การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนนำมาสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และปัญหาอื่นๆ ได้อย่างไร นักศึกษาจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยมิใช่สาขาวิชาที่เป็นเอกเทศอยู่โดดๆ เหมือนสาขาวิชาแบบเดิมที่เข้าใจกัน แต่ตรงกันข้ามสาขาวิชานี้จะมีเนื้อหาที่บูรณาการเข้าไปในทุกประเด็นเนื้อหาของงานบริการสุขภาพ แผนงานความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก และโครงการอื่นๆ เช่น โครงการจัดทำคู่มือหลักสูตรนี้ มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้มีการนำเรื่องนี้ไปปฏิบัติทั่วโลก ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องของทุกๆ คน ตั้งแต่ตัวผู้ป่วยเองไปจนถึงนักการเมือง นักศึกษาในวันนี้จะเติบโตไปเป็นผู้นำของระบบบริการสุขภาพในวันหน้า พวกเขาจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการนำแนวคิดและหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติ คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยฉบับสหวิชาชีพขององค์การอนามัยโลกเล่มนี้ เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับนักศึกษาในทุกวิชาชีพ ที่จะทำความเข้าใจและฝึกปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของวิชาชีพ

การให้นักศึกษามีความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้นในทุกช่วงของการสอนและการฝึกอบรมตลอดหลักสูตร ทักษะและพฤติกรรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องเริ่มทันทีที่นักศึกษาเริ่มเข้าฝึกงานในโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ โดยการให้นักศึกษามุ่งเน้นที่ผู้ป่วยแต่ละคน ดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนในฐานะมนุษย์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ ใช้ความรู้และทักษะด้วยความระมัดระวัง นักศึกษาเองก็จะเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพนักศึกษาส่วนใหญ่มักจะติดอริอันเมื่อได้เข้าไปปฏิบัติงานในวิชาชีพที่เขาเลือก แต่ในสถานการณ์จริงระบบที่เป็นอยู่มักจะทำให้เกิดความตั้งใจของพวกเขา เราต้องการให้นักศึกษาเหล่านี้ยังคงรักษาความกระตือรือร้น การมองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าเขาสามารถที่จะสร้างความแตกต่างให้เกิดขึ้นได้ทั้งกับชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนและกับระบบบริการสุขภาพ

วิธีการใช้หลักสูตรนี้

หลักสูตรนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้ในสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรวิชาชีพบริการสุขภาพ เพื่อช่วยปลูกฝังเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาก่อนที่จะออกไปปฏิบัติงาน อาจารย์ผู้สอนอาจจะกล่าวถึงเนื้อหาในภาพรวมทั้งหมด หรืออาจจะเริ่มต้นช้าๆ โดยนำเสนอทีละหัวข้อ แต่ละหัวข้อมกล่าวถึงเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นต้องเน้น รวมทั้งข้อแนะนำในการประเมินผล เราได้บรรจุกรณีศึกษาเพื่อกระตุ้นบรรยากาศการเรียนรู้ และเพื่อกระตุ้นให้ครูและผู้สอนนำมาเป็นตัวอย่างในกิจกรรมการเรียนการสอน นอกจากนี้ในหัวข้อหนึ่งๆ เรายังได้เสนอความคิดเรื่องวิธีการสอนไว้หลายรูปแบบ การสอนในหลายหัวข้อจะได้ผลดี หากนักศึกษามีประสบการณ์ตรงในสถานการณ์ปฏิบัติงานจริงของวิชาชีพ เนื่องจากการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติงานเป็นทีม และการมองการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ไม่แยกส่วนเฉพาะงานที่ตนเองทำ หัวข้อต่างๆ ถูกกำหนดขึ้น เพื่อให้ให้นักศึกษามีส่วนร่วมรับผิดชอบการเรียนของตนเอง โดยการอ่านเอกสารออนไลน์ที่เป็นความรู้พื้นฐาน และตามด้วยการนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ในการปฏิบัติจริงในบทบาทของตน

เราขอเชิญชวนให้ผู้สอนและบุคลากรสุขภาพทั้งหลายได้ช่วยกันเพิ่มเติมเนื้อหาทางวิชาการ และข้อมูลต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อสาขาวิชาชีพของท่าน ตัวอย่างเช่น เราคาดหวังว่าจะมีบทความวิชาการทางด้านเภสัชกรรม และข้อมูลด้านการไชยา สอดแทรกไว้สำหรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ เนื่องจากคู่มือหลักสูตรนี้เป็นสหวิชาชีพ การที่จะให้ตัวอย่างสำหรับทุกวิชาชีพจึงทำได้ยาก แม้ว่าจะได้พยายามที่จะยกตัวอย่างให้มากที่สุดแล้วก็ตาม

คู่มือหลักสูตรนี้คืออะไร

คู่มือหลักสูตรนี้เป็นคู่มือรวบยอด สำหรับการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพทั่วโลก เนื้อหาประกอบด้วยสองส่วน ส่วน A เป็นคู่มือสำหรับผู้สอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนนำคู่มือไปใช้สอนได้จริง ด้วยตระหนักว่าเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสาขาวิชาใหม่ ซึ่งผู้สอนยังไม่คุ้นเคยกับแนวคิดและหลักการของ

เรื่องนี้ ส่วนนี้จะวางพื้นฐานสำหรับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการศึกษา เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่วน B เป็นโปรแกรมที่มีลักษณะรวบยอด ใช้ง่าย แบ่งเป็นหัวข้อชัดเจน ที่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งหมด หรืออาจจะใช้ บางหัวข้อก็ได้

ทำไมต้องพัฒนาคู่มือหลักสูตรนี้

นับแต่การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด [1] ในปี ค.ศ.1991 ซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีการกล่าวถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และต่อมาหลายประเทศได้รายงานผลในทำนองเดียวกันนี้ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในแง่ วัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ ความตระหนักว่าระบบบริการสุขภาพมีส่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ยิ่งทำให้มีการวิเคราะห์เจาะลึกเรื่องการให้บริการผู้ป่วยในบริบทของระบบบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ความซับซ้อนทวีขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และอุปสงค์ของบริการ [2,3] แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ถูกคาดหวังว่าจะต้องปรับตัวและจัดการกับระบบที่ซับซ้อนนี้ในการปฏิบัติงานประจำวัน ให้บริการที่ใช้หลักฐานข้อมูลวิชาการ และต้องดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย แต่เราจะคาดหวังเรื่องนี้ได้อย่างไร หากไม่มีการเรียนการสอนหรือการฝึกอบรมแก่บุคลากรเพื่อให้เข้าใจแนวคิดและหลักการอย่างเหมาะสม

การเรียนการสอนความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรสุขภาพในระดับมหาวิทยาลัยยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร [3-7] ตัวอย่างเช่น ระบบการรายงานอุบัติการณ์สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยาหรือการผ่าตัดผิด มีการปฏิบัติมานานหลายปีแล้วในหลายประเทศ แต่การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรเรื่องความผิดพลาดของระบบบริการสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับปริญญาตรีเพิ่งจะเริ่มมีการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อไม่กี่ปีมานี้ [5,8]

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีหลายประการ

ประการแรก ผู้สอนไม่เห็นความสำคัญว่าการเรียนการสอนเรื่องนี้เป็นสิ่งจำเป็นในหลักสูตรระดับปริญญาตรี และไม่คิดว่าการสอนทักษะเรื่อง

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สามารถสอนได้ [9,10] ผู้สอนจำนวนมากไม่คุ้นเคยกับเนื้อหาวิชาการเรื่องนี้ และไม่มั่นใจที่จะบูรณาการเนื้อหาเรื่องนี้เข้าไปในหลักสูตรที่ใช้อยู่ [11,12] ประการที่สอง ผู้สอนจำเป็นต้องเปิดใจที่จะรับองค์ความรู้ใหม่ๆ [3] ความยากลำบากประการหนึ่งก็คือ ความลำบากใจที่จะบรรจุองค์ความรู้ที่มาจากวิชาชีพอื่นเข้าไปในหลักสูตร อาทิ เช่น การคิดอย่างเป็นระบบ หรือวิธีการปรับปรุงคุณภาพบริการ เป็นต้น [10] นอกจากนี้หลักสูตรเดิมมักจะเน้นเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรมที่จะไม่ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น (non-event) เช่น เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (preventable adverse event) [3] ประการที่สาม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติแบบดั้งเดิม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักศึกษาในลักษณะเป็นลำดับชั้น และการแข่งขันมากกว่าความร่วมมือ [9] และการมองว่าครูเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งเป็นผู้ให้สาระความรู้แก่นักศึกษา [3,4]

คู่มือหลักสูตรนี้ต้องการที่จะลดช่องว่างในการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยออกแบบหลักสูตรเป็นแบบรวบยอดเพื่อให้ความรู้และช่วยพัฒนาทักษะพื้นฐานสำหรับนักศึกษาในสาขาบริการสุขภาพ เพื่อจะเตรียมนักศึกษาให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานให้บริการในสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine, 1991, 324:370-376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. Quality & Safety in Health Care, 2002, 11:109-110.
4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. Nurse Education Today, 2007, 27:185-191.

5. Patey R et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256-259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195-1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Suppl. 1):S124-S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600-606.
9. Sandars J et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60-61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1-8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006, 184 (Suppl.10):S60-S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497-505.

2. หัวข้อในคู่มือหลักสูตรถูกเลือก มาอย่างไร

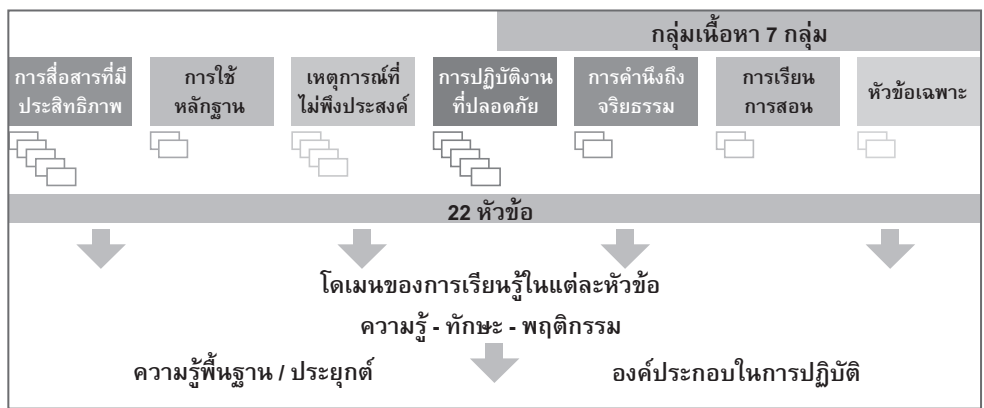
คู่มือหลักสูตรมี 11 หัวข้อ โดยเลือก 16 หัวข้อจากทั้งหมด 22 หัวข้อของกรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย (Australian Patient Safety Education Framework: APSEF) ซึ่งใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หัวข้อที่เพิ่มเข้ามานอกเหนือจากของ APSEF เพื่อมาเสริมการเรียนรู้คือ หัวข้อการควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งเป็นเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่จะลดการติดเชื้อโดยการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ภาพ A.2.1 ให้อยู่ละเอียดยโครงสร้างของ APSEF ส่วนตาราง A.2.1 แสดงรายการหัวข้อซึ่งเลือกมาจาก APSEF และระบุว่าหัวข้อนั้นอยู่ส่วนใดในคู่มือหลักสูตรนี้ โดยแสดงเนื้อหาจากระดับผู้เริ่มเรียนไปจนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ

กรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย (APSEF) คืออะไร

APSEF [1] ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การกำหนดเนื้อหาที่ต้องเรียนและการจัดหัวข้อ การจัดโดเมนของการเรียนรู้ และการนำไปปรับให้เป็นรูปแบบสำหรับการปฏิบัติ ในระหว่างนี้ได้มีการปรึกษาและมีกระบวนการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้นทั้งในออสเตรเลียและในระดับนานาชาติ APSEF นี้ถูกจัดพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 2005 เป็นกรอบการศึกษาหลักสูตรที่ง่าย มีความยืดหยุ่น และมีแม่แบบโปรแกรมสำเร็จ (template) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เนื้อหาด้าน

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมนี้แบ่งเป็น 4 ระดับ ขึ้นกับตำแหน่งและความรับผิดชอบในการให้บริการในองค์กร กรอบเนื้อหาถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้องค์กร และผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและโปรแกรมฝึกอบรม คู่มือหลักสูตรนี้ได้พัฒนามาจากกรอบเนื้อหาดังกล่าว

ภาพ A.2.1. โครงสร้างของกรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย



แหล่งข้อมูล: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005 [1].

เนื้อหาและหัวข้อที่กำหนดไว้ใน APSEF

เนื้อหาที่กำหนดไว้ใน APSEF มี 7 กลุ่ม แบ่งเป็น 22 หัวข้อ

ตาราง A.2.1 อธิบายหัวข้อในคู่มือหลักสูตรขององค์การอนามัยโลกที่สัมพันธ์กับเนื้อหาของ APSEF

หัวข้อใน APSEF	มีในหลักสูตร	หัวข้อใน WHO
การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ		
การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการบริการ	ใช่	หัวข้อที่ 8
ความเสี่ยงจากการสื่อสาร	ใช่	หัวข้อที่ 6
การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	ใช่	หัวข้อที่ 8

หัวข้อใน APSEF	มีในหลักสูตร	หัวข้อใน WHO
การได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย	ใช่	หัวข้อที่ 8
การเคารพต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมและสมรรถนะในการเรียนรู้ของผู้ป่วย	ใช่	หัวข้อที่ 8
การระบุ การป้องกัน และการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และสถานการณ์เหตุฉุกเฉิน		
การรับทราบ การรายงาน และการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และสถานการณ์เหตุฉุกเฉิน	ใช่	หัวข้อที่ 6 & 7
การจัดการกับความเสี่ยง	ใช่	หัวข้อที่ 6
ความเข้าใจความผิดพลาดในการให้บริการ	ใช่	หัวข้อที่ 1 & 5
การจัดการกับการร้องเรียน	ใช่	หัวข้อที่ 6 & 8
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูล		
การปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่	ใช่	ครอบคลุมในหัวข้อที่ 9, 10 & 11 (การใช้คู่มือหลักสูตร)
การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มความปลอดภัย	ใช่	หัวข้อที่ 2
การปฏิบัติงานที่ปลอดภัย		
การปฏิบัติงานเป็นทีม และแสดงความเป็นผู้นำ	ใช่	หัวข้อที่ 4
ความเข้าใจปัจจัยด้านมนุษย์	ใช่	หัวข้อที่ 2
ความเข้าใจความซับซ้อนขององค์กร	ใช่	หัวข้อที่ 3
การให้บริการอย่างต่อเนื่อง	ใช่	หัวข้อที่ 1 & 8
การจัดการกับความเหนื่อยล้าและความเครียด	ใช่	หัวข้อที่ 2 & 6
การคำนึงถึงจริยธรรม		
การเตรียมความพร้อมของร่างกายเพื่อการปฏิบัติงาน	ใช่	หัวข้อที่ 6
การประพฤติตนและปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรม	ใช่	หัวข้อที่ 1 & 6
มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง		
ความเป็นผู้ใฝ่รู้ในงาน	ใช่	ครอบคลุมทางอ้อมในหัวข้อที่ 4 & 8
การให้ความรู้แก่ผู้อื่นในที่ปฏิบัติงาน	ใช่	ครอบคลุมทางอ้อมในหัวข้อที่ 4

หัวข้อใน APSEF	มีในหลักสูตร หัวข้อใน WHO	
หัวข้อเฉพาะ		
การป้องกันการให้การรักษาที่ผิดคน ผิดข้าง และผิดวิธี	ใช่	หัวข้อที่ 10
ความปลอดภัยในการใช้ยา	ใช่	หัวข้อที่ 11
การควบคุมการติดเชื้อ (ไม่มีใน APSEF)	ใช่	หัวข้อที่ 9

การพัฒนากรอบเนื้อหาและโครงสร้างของคู่มือนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลักได้แก่

1. ทบทวนเนื้อหาความรู้เบื้องต้น และพัฒนาขอบเขตของเนื้อหา
2. ค้นหาเนื้อหาสาระเพิ่มเติม แล้วจัดกลุ่มเนื้อหาเป็นกลุ่มความรู้ ทักษะ พฤติกรรม
3. พัฒนาให้เป็นรูปแบบสำหรับการปฏิบัติ

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ออสเตรเลียได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ กรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย (Australian Patient Safety Education Framework) ต่อมาในปี ค.ศ. 2009 [2] แคนาดา ก็ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ สมรรถนะด้านความปลอดภัย - การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยข้ามพรมแดนวิชาชีพ (The Safety Competencies-Enhancing patient safety across the health professions) เช่นเดียวกับหนังสือเล่มแรก หนังสือเล่มนี้ให้ข้อมูลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใช้ได้กับทุกวิชาชีพ สามารถนำไปใช้ได้จริงและเป็นประโยชน์ โดยแบ่งออกเป็น ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของแต่ละวิชาชีพ

ภาพ A.2.2. กรอบเนื้อหาของแคนาดา

สมรรถนะด้านเรื่องความปลอดภัย - การเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยข้ามพรมแดนวิชาชีพ



แหล่งข้อมูล: The Safety Competencies, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2].

ขั้นตอน 1 - การทบทวนเนื้อหาความรู้และการพัฒนาการของโครงสร้างของ กรอบการศึกษาของออสเตรเลีย

การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้ได้ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
ที่ทันสมัยที่สุด (ซึ่งจะได้กล่าวเพิ่มเติมในหัวข้อต่อไป) แหล่งค้นคว้าได้แก่
หนังสือ ตำรา รายงาน หลักสูตร หรือเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ เมื่อรวบรวม
เอกสารได้แล้ว ได้ศึกษาเพื่อระบุกิจกรรมหลักๆที่เกี่ยวข้องกับ ความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยที่ส่งผลดีทั้งต่อเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ต่อจาก
นั้นนำกิจกรรมดังกล่าวมาจัดหมวดหมู่และแบ่งเป็นหลายด้าน ความรู้แต่ละ
ด้านจะถูกวิเคราะห์ แยกแยะ แล้วสรุปเป็นหัวข้อหลัก เรียกว่าเป็น หัวข้อ
การเรียนรู้ รายละเอียดข้างล่างนี้อธิบายกระบวนการทบทวนวรรณกรรม และ
การจัดโครงสร้างเนื้อหาของกรอบการศึกษา

เหตุผลของการเลือกเนื้อหาแต่ละเรื่อง และแต่ละหัวข้อที่นำมาบรรจุ
ไว้ในกรอบการศึกษาได้สรุปรายละเอียดดังข้างล่าง

ขั้นตอน 2 - การค้นคว้าเนื้อหาเพิ่มเติมและจัดเข้ากลุ่มของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติ

แต่ละหัวข้อการเรียนรู้จะเป็นฐานให้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมอย่างกว้างขวาง รวมไปถึงเพิ่มคำสำหรับค้นหา เช่น คำว่า การศึกษา โปรแกรม การอบรม เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ข้อผิดพลาด ความผิด และองค์กร/สถาบัน/สิ่งอำนวยความสะดวกในงานบริการสุขภาพ/งานบริการสุขภาพ ต่อจากนั้นนำไปกำหนดกิจกรรม (ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติ) สำหรับแต่ละหัวข้ออย่างละเอียด ครอบคลุม จนไม่พบกิจกรรมอื่นๆจากเอกสารที่ตีพิมพ์ออกมาใหม่ หรือไม่มีเอกสารใหม่ ต่อมานำรายงานกิจกรรมทั้งหมดไปคัดออกเมื่อพบว่ามีความซ้ำ หรือเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง และคำฟุ่มเฟือย ต่อมาจึงนำมาจัดกลุ่มเป็น ความรู้ ทักษะ หรือพฤติกรรม

ระยะสุดท้ายของขั้นตอนนี้เป็นการจัดวางแต่ละกิจกรรมให้ตรงกับระดับความเชี่ยวชาญของหน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

ระดับ 1 (ระดับพื้นฐาน) ระบุความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติที่จำเป็นสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพทุกคน

ระดับ 2 กำหนดไว้สำหรับบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง และที่ให้บริการภายใต้การกำกับดูแล และผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารการนิเทศ และ/หรือ ผู้รับผิดชอบทางคลินิกขั้นสูง

ระดับ 3 กำหนดไว้สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ระดับบริหาร หรือผู้นิเทศงาน หรือผู้ปฏิบัติงานในคลินิกระดับอาวุโสที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกขั้นสูง

ระดับ 4 (ระดับองค์กร) ระบุความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติสำหรับผู้นำทั้งด้านบริการและด้านบริหารขององค์กร กิจกรรมของระดับ 4 นี้มีความเป็นเอกเทศ ไม่ได้เป็นระดับที่ต่อเนื่องจาก 3 ระดับแรก

เนื้อหาและหัวข้อที่จัดทำขึ้นได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการโดยกลุ่มอ้างอิง และคณะกรรมการบริหารของ APSEF นอกจากนี้ยังได้นำไปปรึกษากับผู้ที่อยู่ในแวดวงผู้ให้บริการและชุมชนอย่างกว้างขวาง ทั้งในประเทศออสเตรเลียและระดับนานาชาติ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทบทวน

เนื้อหาและกระบวนการรับรอง จึงได้สรุปเนื้อหาแต่ละเรื่องและหัวข้อ และรายละเอียดของเนื้อหา

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้แสดงไว้ในตาราง A.2.2 ตัวอย่างข้างล่างนี้ นำมาจากหัวข้อที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตาราง A.2.2. ตารางแมทริกซ์ของเนื้อหา APSEF

	ระดับ 1 (ระดับพื้นฐาน) สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่ม 1-4	ระดับ 2 สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่ม 2 และ 3	ระดับ 3 สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่ม 3	ระดับ 4 (สำหรับองค์กร) สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่ม 4 และผู้นำองค์กร
วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้	ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการเมื่อเขาต้องการ	ใช้วิธีการสื่อสารที่ดี และทราบว่าส่งผลลัพธ์ต่อสัมพันธภาพในการให้บริการ	ให้โอกาสแก่บุคลากรอย่างเต็มที่ในการเชิญชวนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการรักษา	พัฒนากลยุทธ์เพื่อให้บุคลากรนำผู้ป่วยและผู้ดูแลมาร่วมในการวางแผนและการบริการ
ความรู้				
ทักษะ				
พฤติกรรมและทัศนคติ				

ขั้นตอน 3 - การพัฒนาให้เป็นรูปแบบสำหรับการปฏิบัติงาน

เมื่อกำหนดความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และทัศนคติสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในแต่ละระดับแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการแปลงกิจกรรมให้เป็นรูปแบบเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้จัดเป็นชุดการเรียนรู้ตามกรอบของหลักสูตร ในขั้นนี้เป็นช่วงที่มีการพูดคุยปรึกษากันมากที่สุดในการบวนการจัดทำกรอบการศึกษา APSEF ทำการสัมภาษณ์ทุกวิชาชีพ (พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ทันตแพทย์ และอื่นๆ) เพื่อสอบถามรายละเอียดทุกแง่มุมขององค์ประกอบ

ในการปฏิบัติงานตามกรอบการศึกษา APSEF และข้อมูลทั้งหมดได้ทำการเผยแพร่ไปให้กับหน่วยงานบริการสุขภาพต่างๆทั่วออสเตรเลีย และผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ เพื่อให้ข้อคิดเห็น นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติยังมีส่วนร่วมในกระบวนการให้การรับรองอย่างเป็นทางการ

หัวข้อในคู่มือหลักสูตรขององค์การอนามัยโลก

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร
2. ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย
4. การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม
5. การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย
6. การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก
7. การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล
8. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล
9. การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ
10. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุดล้า
11. การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา

เหตุผลในการเลือกหัวข้อของคู่มือหลักสูตร

ผู้สอนในแต่ละวิชาชีพอาจไม่เห็นด้วยว่า ทำไมจึงเลือกบางหัวข้อไว้ในคู่มือหลักสูตรนี้ บางคนอาจจะสอนบางหัวข้ออยู่แล้ว แต่อาจจะยังไม่ได้เรียกว่าเป็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้สอนบางคนอาจค้นพบว่า หลักการและแนวคิดที่กำหนดไว้ในคู่มือหลักสูตรนี้มีความคล้ายคลึงกับเนื้อหาที่สอนอยู่ แต่มีจุดเน้นที่ต่างกัน ความสำคัญของแต่ละหัวข้อที่นักศึกษาจำเป็นต้องเรียน ซึ่งอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

หัวข้อที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร

เป็นที่ทราบกันดีว่ามีความจำเป็นมากขึ้นที่บุคลากรวิชาชีพต้องนำหลักการและแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมาผนวกในการปฏิบัติงาน ในปี ค.ศ. 2002 ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ประเทศสมาชิกได้บรรลุข้อตกลงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในอันที่จะลดอันตรายและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบกับหลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่าการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยชี้ว่าบางประเทศมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเพิ่มวันอยู่รักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น การฟ้องร้อง การติดเชื้อที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ การสูญเสียรายได้ ความพิการ และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ คิดเป็นมูลค่าระหว่าง 6-29 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ขึ้นกับสภาพเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ [3,4]

รายงานวิจัยในหลายประเทศมีข้อมูลมากมายชี้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการบริการสุขภาพมีค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นความพิการอย่างถาวร การต้องเพิ่มวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล (length of stay: LOS) หรือแม้แต่เสียชีวิต ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เราได้เรียนรู้ว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่จะทำร้ายผู้ป่วย แต่เหตุการณ์เช่นนี้เป็นผลจากความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่ซึ่งการให้การรักษ และผลลัพธ์ของการบริการผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง มิใช่เป็นเพียงสมรรถนะของผู้ให้บริการเท่านั้น เมื่อการให้บริการต้องประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่าย (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ) การให้การบริการที่มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยจึงเป็นเรื่องยาก เว้นแต่จะได้มีการออกแบบระบบที่ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ทันการณ์ และสร้างความเข้าใจกับบุคลากรทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศกำลังพัฒนาก็ประสบปัญหาเช่นกัน มีปัจจัยที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่างร่วมกัน อาทิเช่น การขาดแคลนบุคลากร โครงสร้างที่ไม่พอเพียงและจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไป การขาดแคลนผลิตภัณฑ์การบริการ และการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์พื้นฐาน สุขอนามัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ทั้งหมดอาจเกิดจากความจำกัดของทุนทรัพย์ ปัจจัยทั้งหมดนี้ล้วน

ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย

หัวข้อที่ 2 ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านมนุษย์เป็นความเชี่ยวชาญของด้านวิศวกรรม และด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ หัวข้อนี้อาจท้าทายทั้งผู้สอนและนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เราขอแนะนำให้เชิญผู้เชี่ยวชาญเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาให้ความรู้แก่นักศึกษา ปัจจัยด้านมนุษย์ วิศวกรรมศาสตร์ หรือการยศาสตร์ เป็นศาสตร์ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของมนุษย์กับเครื่องมือและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและการดำรงชีวิต วิศวกรรมศาสตร์สาขาปัจจัยด้านมนุษย์จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจการกระทำของคนภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการระบบ และการกำหนดผลลัพธ์เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน เนื้อหาส่วนนี้ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับเครื่องจักร และปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน เช่น การสื่อสาร การปฏิบัติงานเป็นทีม และวัฒนธรรมองค์กร

ในภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ อาทิเช่น การบิน โรงงานผลิต และการทหาร เป็นต้น ได้นำความรู้เรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาพัฒนาระบบและการให้บริการอย่างได้ผล นักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจว่าการนำปัจจัยด้านมนุษย์จะช่วยลดความผิดพลาด และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างไร ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจว่าระบบทำให้เกิดความเสียหายอะไรบ้าง อย่างไร และการสื่อสารที่ผิดพลาดของมนุษย์มีอะไรบ้าง เกิดจากสาเหตุอะไร ความเข้าใจศาสตร์ของปัจจัยด้านมนุษย์จะช่วยพัฒนาการปฏิบัติงานของมนุษย์ในระบบ โดยการออกแบบระบบและกระบวนการให้เหมาะสม ส่วนมากจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการทำให้กระบวนการปฏิบัติงานให้ง่ายขึ้น การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของการปฏิบัติ การวางระบบสำรอง เพื่อแก้ไขเมื่อเกิดความผิดพลาดจากปัจจัยด้านมนุษย์ การปรับปรุงเรื่องการสื่อสาร การออกแบบเพื่อปรับระบบอุปกรณ์ ตลอดจนการคำนึงถึงข้อจำกัดด้านพฤติกรรมมนุษย์ ด้านองค์กร และด้านเทคโนโลยีที่อาจนำไปสู่ความผิดพลาดได้

หัวข้อที่ 3 การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย

นักศึกษาจะได้เรียนรู้ว่าระบบบริการสุขภาพเป็นเพียงหนึ่งในหลายๆ ระบบที่ประกอบกันเป็นองค์กร แผนก หน่วย การให้บริการ และการปฏิบัติงาน ภายใต้ระบบที่หลากหลายนี้ความซับซ้อนเกิดขึ้น เพราะมีปฏิสัมพันธ์อันมากมายเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ให้บริการ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน ผู้บริหาร นักเศรษฐศาสตร์ และผู้คนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างการบริการทางด้านการรักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วยคนหลายกลุ่ม กับการบริการที่ไม่ใช่ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเพิ่มความซับซ้อนขึ้นไปอีก หัวข้อนี้เป็นความรู้พื้นฐานที่ช่วยให้นักศึกษาเข้าใจความซับซ้อนขององค์กรโดยใช้วิธีการเชิงระบบ บทเรียนจากตัวอย่างของภาคอุตสาหกรรมอื่นจะช่วยให้มองเห็นประโยชน์ของการใช้วิธีการเชิงระบบ

เมื่อนักศึกษาคิดใน “เชิงระบบ” เขาจะเข้าใจว่าทำไมปัญหาจึงเกิดขึ้นซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจบริบทของสถานการณ์ในการคิดหาทางแก้ไขปัญหานักศึกษาผู้ที่จะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีความตั้งใจที่จะให้การดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ไม่ว่าจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชน แต่ความตั้งใจนี้ก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้บริการมีความปลอดภัยและมีคุณภาพได้ ทั้งนี้เพราะความปลอดภัยของผู้ป่วยยังขึ้นกับคนอื่นหลายกลุ่ม ซึ่งแต่ละคนต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและถูกเวลา หรืออาจกล่าวหาว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทั้งระบบ

หัวข้อที่ 4 การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม

ความเข้าใจเรื่องการทำงานเป็นทีมของนักศึกษา ไม่ได้จำกัดเพียงแค่รับทราบของตนในวิชาชีพเท่านั้น แต่นักศึกษาจะต้องเข้าใจประโยชน์และประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพบริการ และช่วยลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ทีมที่มีประสิทธิภาพจึงหมายถึงการที่สมาชิกของทีม ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยก็เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเขา สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละคน เคารพในความเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ของทุกฝ่าย การให้โอกาสทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ผลดีที่สุด [5]

บทบาทในการสื่อสารและการไหลเวียนของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจเกิดเป็นปัญหาขึ้นได้ เนื่องจากการแบ่งความรับผิดชอบกระจายตามความหลากหลายของบุคลากรในทีม [6,7] ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยอาจจะต้องให้ข้อมูลเดิมซ้ำหลายๆ ครั้งเมื่อพบบุคลากรหลายคน ยิ่งกว่านั้น การสื่อสารที่ผิดพลาดอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และความผิดพลาดในการติดตามผลการตรวจต่างๆ [8-12]

นักศึกษาจำเป็นต้องรู้ว่าการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีลักษณะอย่างไร และต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมด้วย มีหลักฐานจากการวิจัยว่าการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพช่วยให้คุณภาพบริการดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่าย [13-15] ทีมที่ดีจะช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [16-18] หัวข้อนี้เป็นความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม อย่างไรก็ตาม ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ช่วยให้คนกลายเป็นสมาชิกที่ดีของทีมได้ สมาชิกที่ดีจะต้องเข้าใจวัฒนธรรมขององค์กร และเข้าใจว่าวัฒนธรรมองค์กรส่งผลอย่างไรต่อพลวัตและการทำหน้าที่ขององค์กร

หัวข้อที่ 5 การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย

การทำความเข้าใจเหตุผลว่าทำไมบุคลากรจึงปฏิบัติงานผิดพลาดเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่า หากระบบถูกออกแบบมาไม่ดี และปัจจัยบางอย่างอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในระบบบริการสุขภาพได้ ในขณะที่ความผิดพลาดเป็นความจริงของชีวิต แต่ผลของความผิดพลาดต่อผู้ป่วยและบุคลากรก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายอย่างมาก บุคลากรในวิชาชีพและนักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจว่าระบบเกิดความผิดพลาดได้อย่างไร เพราะเหตุใด เพื่อที่จะช่วยกันหาทางป้องกันและเรียนรู้จากความผิดพลาดนั้น ความเข้าใจความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจะเป็นฐานเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา และการวางระบบรายงานที่มีประสิทธิภาพ [3] นักศึกษา

ควรได้เรียนรู้วิธีมองปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อจะช่วยให้ได้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แทนที่จะมองว่าเป็นปัญหาของบุคคล ซึ่งจะเป็นการตำหนิคนมองเป็นความผิดพลาดส่วนบุคคล บทความชิ้นสำคัญของ ลูเซียน ลิฟฟ์ (Lucian Leape) เผยแพร่ในปี ค.ศ.1994 ได้ชี้วิธีการตรวจสอบความผิดพลาดในการให้บริการที่เน้นให้เกิดการเรียนรู้ และนำไปสู่การแก้ปัญหาแทนที่จะตำหนิคน [19] แม้ว่าความรู้นี้ได้รับการเผยแพร่และส่งผลกระทบต่อวิชาชีพต่างๆ แต่ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ยึดติดอยู่กับวัฒนธรรมการตำหนิ จึงจำเป็นต้องเริ่มสอนนักศึกษาตั้งแต่เนิ่นๆ ก่อนที่จะเข้าสู่วิชาชีพ เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างการป้องกันปัญหาแบบตำหนิบุคคลกับการมองปัญหาแบบเชิงระบบ

หัวข้อที่ 6 การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกเป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการที่ปลอดภัย ความเสี่ยงทางคลินิกส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับระบบขององค์กรหรือกระบวนการปฏิบัติงานที่ออกแบบมาเพื่อให้สามารถระบุปัญหา การจัดการกับปัญหา และการป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิกจะเน้นที่การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ โดยระบุเหตุการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายหรืออันตราย และวิธีการที่จะป้องกัน หรือแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ในองค์กรทุกระดับจะต้องมีบทบาทในการจัดการความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กร ดังนั้นนักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมาย และกลวิธีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในสถานที่ปฏิบัติงาน ตัวอย่างของกลวิธีในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เช่น การจัดการกับข้อร้องเรียนและการปรับปรุงให้ดีขึ้น การทำความเข้าใจกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในคลินิกที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สามารถใช้ข้อมูลจากข้อร้องเรียน รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น รายงานคดีฟ้องร้อง รายงานการสืบสวนของนิติเวช และรายงานการปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อควบคุมความเสี่ยง เป็นต้น [20]

หัวข้อที่ 7 การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล

ในทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพประสบความสำเร็จในการนำวิธีการปรับปรุงคุณภาพที่หลากหลายที่ใช้ในภาคอุตสาหกรรมอื่นวิธีดังกล่าวช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีเครื่องมือสำหรับการ (i) ระบุปัญหา (ii) วัดหรือประเมินปัญหา (iii) หาวิธีการที่หลากหลายเพื่อแก้ปัญหา และ (iv) ทดสอบว่าวิธีการเหล่านั้นใช้ได้ผลหรือไม่ ผู้นำของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ทอม โนลัน (Tom Nolan) เบรนท์ เจมส์ (Brent James) ดอน เบอว์ริค (Don Berwick) และคนอื่นๆ ได้นำหลักการปรับปรุงคุณภาพงานมาพัฒนาวิธีการปรับปรุงคุณภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกและผู้จัดการองค์กร การระบุปัญหา และการตรวจสอบการให้บริการสุขภาพในแต่ละขั้นตอน จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของวิธีการนี้ เมื่อนักศึกษาได้ตรวจสอบในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการให้บริการ เขาจะมองเห็นภาพได้ชัดเจนว่าการบริการแต่ละส่วนมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร จะสามารถวัดหรือประเมินการบริการได้อย่างไร การวัดเป็นเรื่องสำคัญของการปรับปรุงความปลอดภัย หัวข้อนี้จะแนะนำให้นักศึกษารู้จักหลักการของทฤษฎีการปรับปรุงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ กิจกรรม และเทคนิคต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

หัวข้อที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

นักศึกษาจะได้เรียนรู้แนวคิดการปฏิบัติงานของทีมบริการสุขภาพ ซึ่งรวมผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลของผู้ป่วยด้วย และจะได้เข้าใจว่าสองกลุ่มหลังนี้มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้การบริการมีความปลอดภัย โดย (i) การมีส่วนร่วมช่วยในการวินิจฉัยโรค (ii) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม (iii) การเลือกผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์และผู้ให้บริการที่ปลอดภัย (iv) การสร้างความมั่นใจว่าการรักษามีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม และ (v) มีการรายงานระบุเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม [21,22] ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพยังใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญของผู้ป่วยน้อยเกินไป ความเชี่ยวชาญของผู้ป่วยได้แก่ ความรู้เรื่องอาการของเขา ความเจ็บปวด ความชอบ และทัศนคติต่อความเสี่ยง ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่รู้ในข้อมูลได้ดีเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร หรือบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ หากเขา

ได้ยาที่แตกต่างกันไปจากที่เคยได้ ซึ่งจะเป็นสัญญาณเตือนให้มีการตรวจสอบ ผลการวิจัยชี้ว่าความผิดพลาดจะลดลง และผลลัพธ์ของการรักษาจะดีขึ้น หากมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้บริการ และเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาที่เขาได้รับ [23-30] การสื่อสารที่ไม่ดีพอระหว่างบุคลากรวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ผู้ป่วยฟ้องร้องผู้ให้บริการ [31,32]

หัวข้อที่ 9 การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ

เนื่องจากการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นปัญหาทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพยายามที่จะลดการติดเชื้อที่ได้รับการบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงถือว่าเรื่องนี้มีมีความสำคัญ หัวข้อนี้จึงถูกบรรจุไว้ในคู่มือหลักสูตรนี้ มิใช่เป็นเพียงความเห็นที่ตรงกันเท่านั้น แต่อัตราการเกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัดและการรักษาทางยา ยังนับเป็นเปอร์เซ็นต์สูงสุดของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัญหาของการควบคุมติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพเป็นที่รับทราบกันดีแล้ว โดยการติดเชื้อที่ได้รับการบริการสุขภาพเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการเกิดความพิการทั่วโลก แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวนมากได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อช่วยแพทย์พยาบาล ทันตแพทย์ และวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัด หรือได้รับการทำหัตถการที่รุกราน มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อ และการติดเชื้อในกลุ่มนี้มีประมาณ 40% ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หัวข้อนี้กล่าวถึงสาเหตุหลักและประเภทต่างๆ ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจว่ากิจกรรมอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเพื่อช่วยเตรียมให้นักศึกษาทำกิจกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

หัวข้อที่ 10 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและหัตถการที่รุกราน

จากการที่เล็งเห็นผลเสียที่รับไม่ได้ที่เกิดจากการผ่าตัด องค์การอนามัยโลกประสบความสำเร็จในการรณรงค์เพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด สาเหตุสำคัญข้อหนึ่งของความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ เกิดจากความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในช่วงก่อนผ่าตัด (ในแง่ของ

กระบวนการและการตรวจสอบข้อมูล) ตัวอย่างกรณีความผิดพลาดของการผ่าตัด ได้แก่ (i) การส่งผู้ป่วยผิดคนเข้าห้องผ่าตัด (ii) การผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (iii) การผ่าตัดผิดวิธี (iv) ไม่มีการสื่อสารข้อมูลภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (v) การที่ความเห็นไม่ตรงกันเรื่องหยุดการผ่าตัด และ (vi) การไม่รายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

การลดความผิดพลาดที่เกิดจากการระบุผิดคน แก้ไขได้โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ถูกคน ที่จะได้รับการรักษา ที่ถูกต้อง [7,33] นักศึกษาจะได้เรียนรู้เพื่อให้เข้าใจคุณค่าของการที่ผู้ป่วยทุกคน ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามนโยบายและแนวปฏิบัติในเรื่องของการรักษาที่ถูกตำแหน่ง/ ถูกหัตถการ/ ถูกคน การเรียนรู้เรื่องนี้จะทำให้เห็นประโยชน์ของการใช้รายการตรวจสอบ หรือแนวปฏิบัติ ตลอดจนความรู้ ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานของวิธีการที่เป็นข้อตกลงร่วมกันในการรักษาและดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัยเรื่องหนึ่งรายงานว่า จากการสำรวจศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดมือ 1,050 ราย พบว่า 21% เคยทำผ่าตัดผิดตำแหน่งอย่างน้อยหนึ่งครั้ง [34]

หัวข้อที่ 11 การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา

องค์การอนามัยโลกได้นิยามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา [35] ว่า หมายถึงการตอบสนองต่อยาไปในทางที่เป็นอันตรายต่อผู้ได้รับยาโดยไม่ได้อำนาจให้เกิดขึ้น ทั้งนี้เกิดขึ้นจากการใช้ยาในขนาดปกติที่ใช้เพื่อการวินิจฉัย รักษาโรค หรือปรับปรุงการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนตั้งแต่ การสั่งยา การจ่ายยา และการให้ยา

ผลการวิจัยจากหลายประเทศได้ชี้ให้เห็นความสำคัญความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งพบว่าประมาณ 1% ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา [36] สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยามีความแตกต่างและหลากหลาย ได้แก่ (i) การมีข้อมูลของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยไม่เพียงพอ (ii) การขาดความรู้เรื่องยา (iii) การคำนวณยาผิด (iv) ลายมือเขียนคำสั่งยาอ่านยาก (v) ความสับสนเรื่องชื่อยา และ (vi) การชักประวัติผู้ป่วยไม่ละเอียดพอ (37)

เอกสารอ้างอิง

1. Walton MM et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437-442.
2. *The Safety Competencies, First Edition* (revised August 2009). Toronto, Canadian Patient Safety Institute, 2009 (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>; accessed 11 March 2011).
3. Chief Medical Officer. *An organisation with a memory*. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service. London, Department of Health, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826-833.
8. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making mistakes. *Lancet*, 1998, 351:804-805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986-1996*. London, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.

10. Anderson ID et al. Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. *British Medical Journal*, 1988, 296: 1305-1308.
11. Sakr M et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:1321-1326.
12. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263-279.
13. Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173-187.
14. Burl JB et al. Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506-510.
15. Wagner EH et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63-80.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569-572.
17. Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organization collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332-340.
18. Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243-254.
19. Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851- 1857.
20. Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45-61.

21. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76- 80.
22. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>; accessed 16 February 2011).
23. Coiera EW, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 1998, 316:673-676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
25. Lingard L et al. I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 2002, 77:232-237.
26. Gosbee J. Communication among health professionals. *British Medical Journal*, 1998, 317:316-642.
27. Parker J, Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453-461.
28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. *Journal of Management in Medicine*, 1999, 10:31-39.
29. Britten N et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, 320:484-488.
30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520-528.

31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258-266.
32. Levinson W et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Journal*, 1997, 277:553-559.
33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003.
34. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong site surgery among hand surgeons. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003; 85:193-197.
35. World Health Organization. International drug monitoring-the role of the hospital. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101-110.
36. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49-S59.
37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, Department of Health, 2004.

3. เป้าหมายของคู่มือหลักสูตร

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีและการค้นพบยาใหม่ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรักษาโรค และส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขณะเดียวกัน ก็ส่งผลต่อการปฏิบัติงานหรือบทบาทของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพด้วย ในบางประเทศพยาบาลเป็นผู้สั่งยาให้ผู้ป่วย และบุคลากรที่ใช้ทางการแพทย์เป็นผู้ทำหัตถการเล็กๆ น้อยๆ แต่ไม่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจจะเป็นอย่างไร ทุกประเทศควรนำหลักการและแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปปฏิบัติในทุกวิชาชีพ ในทุกสถานที่ที่ให้บริการสุขภาพ และปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกประเภท ในประเทศกำลังพัฒนาบางแห่ง อาจมีภาวะขาดแคลนบุคลากร ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อคุณภาพการบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่า การปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพจะไม่สามารถให้บริการที่ปลอดภัยได้ ในทางกลับกัน การมีเจ้าหน้าที่และทรัพยากรที่มากกว่า ก็ไม่ได้เป็นเหตุผลหลักที่จะช่วยลดผลเสียที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ คู่มือหลักสูตรนี้มุ่งหวังให้ใช้สำหรับสอนนักศึกษาทุกวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าความพร้อมด้านทรัพยากรจะเป็นอย่างไร เพราะปัจจัยสำคัญที่สุดในการเรียนการสอนเรื่องนี้คือ สภาพแวดล้อมที่นักศึกษาใช้ชีวิต และสภาพแวดล้อมในที่ปฏิบัติงานเมื่อเขาจบการศึกษา การที่ผู้สอนทำความเข้าใจกับบริบทของสถานที่ปฏิบัติงาน แล้วนำมาเป็นประเด็นสอนที่มีความเฉพาะของสถานการณ์ นอกจากจะเป็นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้นักศึกษาแล้ว ยังจะเป็นการเตรียมนักศึกษา เพื่อให้พร้อมกับสภาพแวดล้อมที่จะไปปฏิบัติงานด้วย

คู่มือหลักสูตรนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- เตรียมนักศึกษาให้พร้อมเพื่อให้บริการที่ปลอดภัยในที่ปฏิบัติงาน
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อหลัก ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่สถาบันการศึกษา
- กระตุ้นให้แนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสาระสำคัญของทุกหลักสูตรวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ
- จัดทำหลักสูตรเป็นกรอบกว้างๆ เพื่อช่วยในการสอน และการบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเรียนของนักศึกษา
- เพิ่มสมรรถนะของผู้สอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบการศึกษาวิชาชีพ
- ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการสอนนักศึกษา เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
- แนะนำให้มีการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือทำให้เข้มข้นมากขึ้น ในทุกสถาบันการศึกษาวิชาชีพบริการสุขภาพทั่วโลก
- ยกระดับภาพรวมของการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
- สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยในระดับนานาชาติ เพื่อการวิจัยเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

หลักการพื้นฐาน (Underpinning principles)

การพัฒนาสมรรถนะเป็นส่วนจำเป็นของการปรับหลักสูตร

เหตุผลหลักที่องค์กรอนามัยโลกเข้ามาทำเรื่องนี้ ก็เพื่อช่วยพัฒนาการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการเรื่องนี้เข้าไปในทุกหลักสูตรการศึกษาระดับวิชาชีพบริการสุขภาพเป็นเรื่องท้าทายสำหรับทุกสถาบัน เพราะข้อจำกัดอยู่ที่ผู้สอนไม่ได้เรียนหรือไม่ได้รับการอบรมในแนวคิดและหลักการของเรื่องนี้ เราไม่อาจคาดหวังให้ผู้สอนพัฒนาหลักสูตรขึ้นมาใหม่ หรือทบทวนหลักสูตรเดิมที่มีอยู่ ในเมื่อผู้สอนยังไม่คุ้นเคยว่าผู้ที่ผ่านการศึกษารื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติอะไรบ้าง

ผู้สอนในวิชาชีพบริการสุขภาพมีพื้นฐานที่หลากหลาย [ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (clinician) ผู้สอนที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (clinician educators) ผู้สอนที่ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิก (non-clinician educators) ผู้จัดการ (managers) บุคลากรในวิชาชีพต่าง ๆ] และมีประสบการณ์ที่สั่งสมมาก เป็นเรื่องที่ช่วยให้การเรียนการสอนเป็นไปอย่างเข้มข้น และเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพนั้นๆ หลายคนเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพ และมักติดตามข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานประจำ ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ต้องเรียนรู้เพิ่มเติมจากเส้นทางการเรียนแบบดั้งเดิม การที่จะสอนหัวข้อนี้ให้มีประสิทธิภาพ ผู้สอนจำเป็นต้องได้รับความรู้ มีอุปกรณ์เครื่องมือ และมีทักษะที่จำเป็นในการที่จะนำเสนอเนื้อหาไปสอนในสถาบันของตน นี่เป็นเหตุผลว่าทำไมจึงต้องมีคู่มือสำหรับผู้สอน นั่นคือส่วน A ในคู่มือหลักสูตรนี้ ในคู่มือสำหรับผู้สอนได้มีคำแนะนำในการนำไปปฏิบัติ และให้ข้อมูลสำหรับการพัฒนา และการปรับหลักสูตรในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นประเมินสมรรถนะของผู้สอนเพื่อการพัฒนาผู้สอน ไปจนถึงการออกแบบโปรแกรมการเรียนการสอน และการนำสู่การปฏิบัติ

หลักสูตรที่ยืดหยุ่นเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม

เราตระหนักดีว่าหลักสูตรวิชาชีพสุขภาพส่วนใหญ่ ได้บรรจุเนื้อหาที่เต็มแน่นไปหมดแล้ว เกินกว่าจะบรรจุอะไรเข้าไปได้อีก นี่เป็นเหตุผลว่าทำไมคู่มือหลักสูตรนี้ จึงถูกออกแบบให้แต่ละหัวข้อมีเนื้อหาสมบูรณ์ในตัวเอง เพื่อให้ผู้สอนสามารถนำไปปรับใช้ในการเรียนการสอนได้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้การออกแบบยังคำนึงให้แต่ละหัวข้อสามารถนำไปปรับให้เข้ากับหลักสูตรที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระแสหลักของการสอนที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย หัวข้อในคู่มือหลักสูตรนี้ถูกออกแบบมาให้ใช้เวลาสอนเนื้อหาประมาณ 60-90 นาที หรือเท่ากับเวลา 1 คาบ (session) และลักษณะเด่นคือ จะให้แนวทางและวิธีการสำหรับการสอนและการประเมินไว้หลากหลาย เพื่อให้ผู้สอนสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความต้องการ ให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องทำตามคู่มือทุกอย่าง แต่ควรให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่วัฒนธรรม และการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้นักศึกษา แล้วจึงเลือก

วิธีการสอนที่เหมาะสมที่สุดในการถ่ายทอดเนื้อหาเรื่องนั้นๆ

ภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมาย แต่สื่อสารกับคนทั่วโลก

คู่มือสำหรับผู้สอน (ส่วน A) ในคู่มือหลักสูตรนี้เขียนขึ้นสำหรับผู้สอน (ผู้ซึ่งสามารถริเริ่มหรือเพิ่มการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาในระดับต่างๆ) ขณะที่คู่มือหลักสูตร (ส่วน B: หัวข้อต่างๆ) เป็นเนื้อหาสำหรับผู้สอนและนักศึกษา คู่มือหลักสูตรมุ่งหวังจะสื่อสารกับผู้คนทั่วโลก (global audience) โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายทั้งในกลุ่มที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่หนึ่ง และเป็นภาษาที่สอง

หลักสูตรสำหรับทุกประเทศ ทุกวัฒนธรรม และทุกบริบท

การจัดทำคู่มือหลักสูตรได้พยายามอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้มั่นใจได้ว่า หลักสูตรนี้ได้มีการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนถึงบริบทที่แตกต่างกันหลากหลายของการเรียนการสอนในวิชาชีพบริการสุขภาพ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นตัวแทนขององค์การอนามัยโลกทุกภาคพื้น ได้ประเมินหลักสูตรที่จัดทำขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมในเชิงวัฒนธรรม ถึงแม้ว่ากิจกรรมการสอนหรือข้อแนะนำสำหรับนักศึกษาบางอย่าง อาจจะไม่เข้ากับบางวัฒนธรรมของบางประเทศ แต่เราคาดหวังอยากให้ทุกประเทศมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในบางแง่มุม พฤติกรรมทางวิชาชีพที่เคยปฏิบัติต่อกันมา หลายพฤติกรรมที่ไม่อาจยอมรับได้ในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาตามหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร และแพทย์ที่จบใหม่ จะถูกกระตุ้นให้พูดแสดงความคิดเห็น หากเจ้าหน้าที่อาวุโสกว่า เช่น แพทย์ทำไม่ถูกต้อง นี่เป็นหลักสากลที่ใช้กับทุกวัฒนธรรมและกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ตามหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทุกคนที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบจะต้องกล่าวพูด ถึงแม้ว่าจะมีฐานะด้อยกว่าในระบบการรักษาหรือในระบบชั้นการบังคับบัญชาของโรงพยาบาล ผู้สอนต้องตัดสินใจว่าสภาพแวดล้อมจะเอื้อต่อการเรียนรู้หรือไม่ และจะเตรียมการอย่างไร สำหรับความท้าทายที่เกิดขึ้น หากจะสอนเรื่องนี้

วิธีการสอนและวิธีการประเมินได้ถูกออกแบบมา โดยพิจารณาถึงความแตกต่างของปัจจัยด้านทรัพยากร และด้านสภาพแวดล้อม พิจารณาทั้งในแง่ของประเทศที่กำลังพัฒนาหรือพัฒนาแล้ว หรือในแง่ของการสอนในห้องเรียนหรือในสถานการณ์จำลอง

คู่มือหลักสูตรที่มีฐานคิดมาจากการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเกื้อหนุน

เราเชื่อเสมอว่านักศึกษาจะเรียนได้ดีเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เกื้อหนุน ทำหาย และเน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทุกที่ไม่ว่าจะเป็นที่ข้างเตียง ข้างเก้าอี้ ในโรงพยาบาล ในชุมชน ในร้านขายยา ในสถานการณ์จำลอง หรือในห้องเรียน นักศึกษาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการเรียนรู้ และไม่ทำให้เขารู้สึกว่าถูกทำให้อาย เสียหน้า หรือไม่มีสมรรถนะ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในคู่มือหลักสูตรนี้จะช่วยให้ผู้สอนสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้นักศึกษารู้สึกผ่อนคลาย กล้าถามคำถาม กล้าเปิดเผยว่าไม่เข้าใจเรื่องอะไรบ้าง และแบ่งปันความเข้าใจของเขากับผู้อื่นอย่างถ่อมตนและเปิดเผย

4. โครงสร้างของคู่มือหลักสูตร

คู่มือสำหรับผู้สอน (ส่วน A)

คู่มือสำหรับผู้สอน (ส่วน A) เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะในการเรียนการสอนในหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวางแผนโปรแกรมการสอน และการออกแบบการเรียนการสอน นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำว่าจะสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างไร และจะนำเนื้อหาในส่วน B ไปใช้ได้อย่างไร ในส่วน A เราพยายามนำทางให้ผู้อ่านสามารถนำหลักสูตรไปใช้ผ่านขั้นตอนสำคัญๆ ที่ออกแบบมา เพื่อช่วยสนับสนุนการนำหลักสูตรไปใช้ให้ได้ผล

หัวข้อต่างๆ ของคู่มือหลักสูตร (ส่วน B)

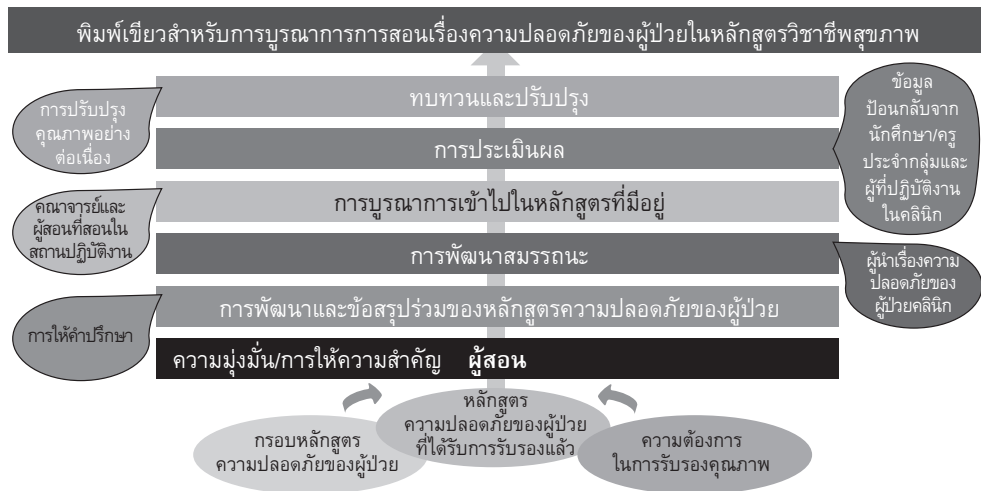
หัวข้อต่างๆ ที่บรรจุไว้เป็นเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. การนำคู่มือหลักสูตรไปใช้

วิธีการใช้คู่มือหลักสูตร

คู่มือหลักสูตรนี้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการสอนนักศึกษาสาขา
บริการสุขภาพในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งจะระบุหัวข้อ วิธีการ
สอนของแต่ละหัวข้อ และวิธีการประเมินผลของแต่ละหัวข้อในหลักสูตร ใน
ส่วนต้นและตอนท้ายของแต่ละหัวข้อจะเป็นเรื่องราวของผู้ป่วยและกรณี
ศึกษา กรณีเหล่านี้สามารถนำมาเป็นตัวอย่างในการอภิปราย เพื่อชี้ให้เห็น
ถึงแง่มุมต่างๆ ของหัวข้อนั้นๆ เราตระหนักว่าการเรียนรู้ที่ดีที่สุดเกิดขึ้นได้
หากกรณีศึกษาได้สะท้อนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใกล้ตัว ดังนั้น เราขอ
สนับสนุนให้ผู้สอนปรับกรณีศึกษาให้สอดคล้องกับกิจกรรมการให้บริการ
และเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ คู่มือหลักสูตรนี้ออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับ
ทุกวิชาชีพในสาขาสุขภาพ ดังนั้น ผู้สอนในแต่ละวิชาชีพควรจะเพิ่มเติม
เนื้อหาเฉพาะในวิชาชีพของตน เมื่อมีโอกาส เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของ
นักศึกษา ในส่วน A มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สอนคุ้นเคยกับแนวคิดและ
หลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถนำไปบูรณาการ
ในการเรียนการสอนทุกกิจกรรม การพัฒนาสมรรถนะของผู้สอน และอาจารย์
ในสถาบัน เป็นกิจกรรมที่ต้องการเวลาและความมุ่งมั่น ขั้นตอนหลักได้แสดง
ไว้ในภาพ A.5.1

ภาพ A.5.1. การบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในหลักสูตรวิชาชีพสุขภาพ



แหล่งข้อมูล: supplied by Merrilyn Walton, Professor Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia, 2010.

วิธีการทบทวนหลักสูตรของท่าน สำหรับการเรียนรู้การสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระบุผลลัพธ์ของการเรียน

ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการพัฒนาหรือปรับหลักสูตร ในเบื้องต้นจำเป็นต้องระบุผลลัพธ์ของการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในส่วน B ระบุหัวข้อที่ถูกเลือกมาบรรจุไว้ในคู่มือหลักสูตรนี้ รวมทั้งผลลัพธ์ของการเรียน รายละเอียดของผลลัพธ์ของการเรียนจะได้อภิปรายรายละเอียดต่อไปในส่วนนี้ (ส่วน A)

รู้ไว้ในหลักสูตรมีหัวข้ออะไรแล้ว

เราใช้คำว่า “หลักสูตร” ในความหมายกว้างๆ ในการปฏิบัติการของการเรียนการสอน รวมไปถึงกลวิธีของการพัฒนาทักษะและพฤติกรรม และวิธีการประเมินผล เพื่อทดสอบว่าเกิดผลลัพธ์ของการเรียนตามที่ตั้งไว้หรือไม่ หลักสูตรจะให้แนวทางในการเรียนสำหรับนักศึกษา เพื่อจะได้ทราบว่า

ความรู้ที่จำเป็นมีอะไรบ้าง ทักษะและพฤติกรรมอะไร ที่แสดงว่ามีสมรรถนะเพียงพอ ที่นักศึกษาจะสำเร็จการศึกษาในระดับที่เรียน

ก่อนที่จะเพิ่มเนื้อหาใหม่เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตร จำเป็นต้องรู้เนื้อหาเดิมที่สอนในหลักสูตร รู้ว่านักศึกษาจะต้องผ่านประสบการณ์อะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในสภาพแวดล้อมอื่นๆ อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษามีโอกาสได้รับประสบการณ์เรื่องนี้ ในระหว่างการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในคลินิก ทั้งที่ไม่ได้เขียนไว้ในหลักสูตร ตัวอย่างเช่น การให้ความสำคัญกับแนวปฏิบัติเรื่องการทำความสะอาดมือเพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อ หรือระบบการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าระบุผู้ป่วยได้ถูกคน เป็นต้น การมีข้อมูลว่าหลักสูตรเดิมมีเนื้อหาอะไรบ้างจึงจำเป็นมาก เพื่อจะได้เห็นโอกาสที่จะปรับปรุงการสอนเรื่องนี้ให้ดีขึ้น

หลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อธิบายไว้ในส่วน B ของคู่มือนี้ ประกอบด้วยหัวข้อ อุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็น กลวิธีการสอน และการประเมินผล เพื่อให้ผู้สอนมีความสะดวกในการที่จะนำไปจัดทำหลักสูตร หรือนำไปบูรณาการในหลักสูตรที่มีอยู่เดิม

สร้างจากฐานเดิมที่มีอยู่ในหลักสูตร

วิธีที่ดีที่สุดสำหรับการปรับการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การปรับปรุงหรือยกระดับเนื้อหาที่มีอยู่แล้วในหลักสูตร แทนที่จะมองว่าเรื่องนี้เป็นวิชาใหม่ที่จะต้องสอนเพิ่ม บางประเด็นของเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นใหม่ ซึ่งควรจะต้องเพิ่มเป็นเนื้อหาใหม่เข้าไปในหลักสูตร แต่ก็มีหลายประเด็นที่สามารถปรับปรุงตามเนื้อหาเดิม หรือเสริมเข้าไปในเนื้อหาเดิม หรือหัวข้อเดิมที่มีอยู่

การทำตารางแสดงความเชื่อมโยงของหัวข้อ หรือเนื้อหาการเรียน จะช่วยให้เห็นโอกาสว่า จะเติมเรื่องแนวคิดและหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในจุดใดได้บ้างของหลักสูตรเดิม เนื้อหาที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะ การพัฒนาตนเองและวิชาชีพ กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพ และการสื่อสาร ล้วนเป็นหัวข้อที่สามารถบูรณาการแนวคิดและหลักการเรื่องความปลอดภัยได้ ตาราง A.5.1 เป็นแม่แบบโปรแกรมสำเร็จ (template) ที่พัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เพื่อช่วยใน

การทบทวนว่าหลักสูตรเดิมที่ใช้อยู่มีการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยปรากฏอยู่ที่ใดบ้าง ตัวอย่างที่น่าเสนอนี้เป็นหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างได้ นอกจากนี้การทำตารางวิเคราะห์หลักสูตรยังจะช่วยให้เห็นแนวทางในการบูรณาการเรื่องนี้เข้าไปในหลักสูตรเดิมที่มีอยู่

ตาราง A.5.1. การฝึกหัดทำตารางวิเคราะห์: การระบุเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าในหลักสูตรแพทย์ที่มีอยู่แล้ว

คาบเรียน / ด้านของหลักสูตร	ปี	เนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีปรากฏที่ไหน	โอกาสที่จะเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	วิธีการสอน	วิธีการประเมิน	ข้อคิดเห็น
จริยธรรม	1	การให้การยอมรับหรือเคารพต่อเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (patient autonomy)	มีความซื่อสัตย์หลังจากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	บรรยาย	เขียนเรียงความที่เกี่ยวข้อกับประเด็นจริยธรรม สอบแบบ MCQ, OSCE	หลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานคิดมาจากจริยธรรมซึ่งสามารถนำมาขยายความให้ชัดเจนในการสอนเรื่องนี้

วิธีการประเมินสมรรถนะของผู้สอน ในการบูรณาการการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลักสูตรที่มีอยู่เดิม

ทุกสาขาวิชาชีพสุขภาพกำลังเผชิญหน้ากับสิ่งท้าทายที่ใหญ่ที่สุดประการหนึ่ง คือ การขาดแคลนครูและเป็นปัญหาที่หนักขึ้นเรื่อยๆ มีผู้สอนน้อยคนที่รู้ว่าบูรณาการแนวคิดและหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าในโครงสร้างการสอนในฐานะเป็นเรื่องใหม่ได้อย่างไร หลายคนพบว่าเนื้อหาของเรื่องนี้เป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคย หลายวิชาชีพได้นำวิธีการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติงานตามปกติโดยสัญชาตญาณ แต่ไม่สามารถแจ่มแจ้งให้ชัดเจนได้ว่าทำอะไร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สอนมองว่า “ระบบ” เป็นเรื่องของระดับผู้บริหารและผู้จัดการเท่านั้น บางคนอาจคิดว่าการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้อง หรือไม่มีความสำคัญกับงานที่ทำอยู่ ทั้งๆที่เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทุกคน ปัจจุบันบุคลากรวิชาชีพส่วนใหญ่ตระหนักว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องจำเป็น แต่เนื่องจากเรื่องนี้ก็เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่ได้มีอยู่ในหลักสูตร ดังนั้นการปฏิบัติงานร่วมกับวิชาชีพต่างๆ จึงเป็นเรื่องที่ทำท้าทาย การพัฒนาสมรรถนะของผู้สอนเป็นเรื่องที่ต้องการเวลา และมีหลายขั้นตอนที่จะโน้มน้าวให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก เข้ามามีส่วนร่วมในการสอนเรื่องนี้

การสำรวจ

วิธีหนึ่งที่จะค้นหาว่าผู้สอนคนใดสนใจจะสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจใช้การสำรวจในกลุ่มผู้สอน ในบางสถาบันผู้สอนอาจมีจำนวนเป็นร้อย แต่ในบางสถาบันอาจมีจำนวนไม่มาก การจะระบุผู้สอนที่เหมาะสมที่สุดได้ ก็ต้องมั่นใจว่าคนกลุ่มนี้อยู่ในกลุ่มที่ถูกสำรวจ การทำตารางวิเคราะห์หัวข้ออาจช่วยบอกได้ว่าผู้สอนคนใดที่สอนเรื่องนี้ อยู่ หรืออยู่ในฐานะที่จะบูรณาการเรื่องนี้ได้ดีที่สุด ในแบบสำรวจอาจถามคำถามว่า สนใจหรือมีความรู้ในหัวข้อนี้หรือไม่ หรือได้นำวิธีการของเรื่องนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานหรือไม่ กระบวนการนี้อาจช่วยให้คนที่สนใจเรื่องนี้ได้มารวมกลุ่มกัน หรือตั้งเป็นคณะทำงานเพื่อวางแผนการพัฒนาหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับวิชาชีพนั้นๆ

การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มในวิชาชีพของท่านจะช่วยให้ทราบว่า สถานการณ์ปัจจุบันขององค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในวิชาชีพของท่านเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังอาจจะทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการเรียนการสอนเรื่องนี้ในหลักสูตร

การประชุมแบบเห็นหน้ากัน (Face-to-face meeting)

การประชุมระหว่างผู้สอนในสถาบันการศึกษา และผู้สอนในสถานปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ น่าจะช่วยให้การสื่อสารเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นโอกาสที่จะได้อธิบายเหตุผลและความเร่งด่วนที่ต้องสอนเรื่องนี้ นอกจากนี้ยังจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการร่วมงานกันในอนาคตต่อไป

การประชุมโต๊ะกลม

การเชิญกลุ่มคนที่ท่านคิดว่าเป็นผู้ที่สนใจที่อาจเป็นต้นแบบ หรือเป็นผู้นำ หรือเป็น “แชมป์เปียน” ในวิชาชีพของท่านให้เข้ามาร่วมอภิปรายแบบโต๊ะกลม เพื่อหาทางพัฒนาการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (ประโยชน์ของการประชุมโต๊ะกลมคือ ไม่มีใครเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือรับผิดชอบในการตัดสินใจ แต่เป็นเรื่องที่กำลังจะต้องร่วมกันอภิปราย และหาคำตอบร่วมกันในการปฏิบัติงานเชิงวิชาการ)

การสัมมนาในหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การสัมมนาเป็นวิธีการที่เป็นแบบฉบับสำหรับการสร้างความรู้ใหม่ เป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้มารับฟังความรู้ใหม่ๆ ได้มาพบปะกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับนับถือซึ่งเป็นผู้รู้ในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วย การสัมมนาอาจจะจัดครึ่งวันหรือเต็มวัน หัวข้อที่ควรนำมาสัมมนาได้แก่ (i) ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร (ii) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าทำไมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ (iii) วิธีการพัฒนาหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (iv) วิธีสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (v) วิธีการ

ประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเด็นสำคัญก็คือ ต้องไม่ลืมว่าเป้าหมายของขั้นตอนนี้คือ การพัฒนาสมรรถนะของผู้สอนและของวิชาชีพ เพื่อไปทำหน้าที่สอนนักศึกษา

วิธีหาผู้สอนหรือเพื่อร่วมงานที่สนใจตรงกัน

หากท่านจัดกิจกรรมในการพัฒนาสมรรถนะดังที่กล่าวมาข้างต้น วิธีการเหล่านี้อาจช่วยบอกได้ว่า ใครบ้างที่มีความสนใจที่จะสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกวิธีหนึ่งก็คือ จัดประชุม แล้วส่งจดหมายเชิญผู้สอนและอาจารย์คนอื่นๆ แบบเปิดกว้าง ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่าวันและเวลาที่ประชุมเป็นช่วงที่คนส่วนใหญ่สามารถเข้าร่วมได้ เพื่อที่จะดึงคนเข้าร่วมประชุมให้ได้มากที่สุด (ตัวอย่างเช่น บางคนอาจต้องการมาร่วม แต่ไม่สะดวกเนื่องจากติดภารกิจดูแลผู้ป่วย หรือติดภารกิจอื่นที่จำเป็นกว่า) หรืออาจใช้วิธีเขียนบทความลงในจดหมายข่าวของคณะ หรือของมหาวิทยาลัย ซึ่งจะช่วยให้คนเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และแม้ว่าเขาจะไม่สนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วม แต่บทความจะช่วยสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องบรรจุการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตร

การสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีคนรับผิดชอบ นำลงสู่การปฏิบัติ ต้องเชิญผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ที่มีความสนใจและมีความรู้เรื่องนี้ อาจได้จากการที่เจ้าตัวระบุเอง หรือถูกวางตัว หรือได้รับการเสนอชื่อ ซึ่งได้จากการจัดการติดต่อหรือจัดประชุมก่อนหน้านี้ นอกจากนี้เป็นความคิดที่ดีที่จะตรวจสอบว่ามีผู้เชี่ยวชาญจากคณะอื่นๆ และวิชาชีพอื่นหรือไม่ เช่น ทางด้านวิศวกรรมศาสตร์ (ปัจจัยด้านมนุษย์) จิตวิทยา (จิตวิทยาด้านพฤติกรรมหรือทฤษฎีและกระบวนการพัฒนา) เกษศาสตร์ (ความปลอดภัยทางยา) พยาบาลศาสตร์ และแพทยศาสตร์ (การควบคุมการติดเชื้อ)

เทคนิคในการจัดวางเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลักสูตร

การระดมสมองเป็นเทคนิคที่จำเป็นที่จะกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหา ปัญหาก็คือ ทำให้ดีที่สุดได้อย่างไร ที่จะเพิ่มเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตร สถานการณ์ของ

แต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องทรัพยากร สมรรถนะ และความสนใจ ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในบางประเทศเรื่องนี้อาจจะไม่อยู่ในความสนใจของชุมชน หรือของรัฐบาล ทำให้ยังไม่ตระหนักถึงการให้ความสำคัญ ที่จะต้องทำเรื่องนี้

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเปิดตัวคู่มือหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยฉบับสหวิชาชีพขององค์การอนามัยโลกเล่มนี้ จะช่วยให้ผู้สอนได้คุ้นเคยกับหัวข้อหลักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันผู้สอนก็จะมีโอกาสที่จะได้แสดงข้อสงสัยใดๆ ของเขา ได้ถามคำถาม และทำความเข้าใจในข้อวิตกกังวลใดๆ ที่มีเกี่ยวกับเรื่องนี้

ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความชัดเจน เมื่ออยู่ในบริบทของการเรียนแบบสหวิชาชีพ ผู้สอนควรถูกกระตุ้นให้มองความเป็นไปได้ของการสอนบางหัวข้อร่วมกับวิชาชีพอื่น คู่มือหลักสูตรนี้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับนักศึกษาทุกวิชาชีพบริการสุขภาพ ทุกวิชาชีพและสาขาวิชาสุขภาพมีส่วนช่วยได้มาก โดยเฉพาะในการสอนบางหัวข้อ วิศวกรอาจมีส่วนช่วยสอนเกี่ยวกับระบบปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมความปลอดภัย นักจิตวิทยา นักพฤติกรรมศาสตร์ พยาบาล แพทย์ และเภสัชกรอาจช่วยสอนในแง่ของแต่ละวิชาชีพว่ามีวิธีการอย่างไร ที่จะพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การมีความหลากหลายจะเป็นโอกาสดีที่สุด ที่จะช่วยนักศึกษาได้เรียนรู้จากวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการปฏิบัติงานเป็นทีม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การสรุปย่อถก

เช่นเดียวกันกับการอภิปรายอื่นๆ ที่เกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตร พบว่ามีความเห็นที่แตกต่างกันในแง่ของเรื่องอะไรควรจะคงไว้ และเรื่องอะไรควรจะตัดออก สิ่งสำคัญก็คือ ต้องเริ่มและพัฒนาต่อยอดจากสิ่งที่อภิปรายนั้นหมายความว่า การประนีประนอมอาจจะดีกว่าในระยะยาว ควรเริ่มลงมือทำบางอย่างดีกว่าที่จะใช้เวลาเพื่อการโต้เถียงหรืออภิปราย อีกเทคนิคหนึ่งก็คือ เสนอเป็นหัวข้อใหม่เข้ามาในหลักสูตรเป็นโครงการนำร่อง เพื่อจะได้ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นแนวทางสำหรับการบรรจุหัวข้ออื่นๆ เข้ามาในหลักสูตร วิธีนี้ทำให้ผู้สอนและอาจารย์คนอื่นๆ ที่ยังไม่แน่ใจว่าควรจะให้

คุณค่าแก่เรื่องนี้ดีหรือไม่ จะได้เริ่มเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น

เนื้อหาในส่วนต่อไปจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนา และการ
บูรณาการคู่มือหลักสูตรนี้ เข้าไปในหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว

6. การบูรณาการการเรียนการสอน เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เข้าไปในหลักสูตรเดิม

ข้อเสนอทั่วไป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสาขาวิชาที่ค่อนข้างใหม่ และการนำเรื่องใหม่นี้บูรณาการเข้าไปในหลักสูตรที่มีอยู่เดิมจึงเป็นเรื่องท้าทายอย่างยิ่ง ความท้าทาย ได้แก่ ควรสอนอะไรบ้าง ใครจะเป็นผู้สอนเนื้อหาควรอยู่ส่วนใดในหลักสูตร จะปรับให้สอดคล้องกับหลักสูตรที่มีอยู่ได้อย่างไร เนื้อหาเดิมเรื่องอะไรที่ต้องถูกตัดออก

หากสถาบันของท่านกำลังอยู่ในช่วงการปรับปรุงหลักสูตรเดิม หรือเป็นช่วงเริ่มทำหลักสูตรใหม่ ช่วงนี้ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุด ที่จะกำหนดให้มีเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในหลักสูตร อย่างไรก็ตามหลักสูตรวิชาชีพบริการสุขภาพส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างมาอย่างดี และเวลาเต็มแน่นหมดแล้ว จึงเป็นเรื่องยากมากที่จะหาเวลาว่างใส่เนื้อหาใหม่เข้าไป

เนื้อหาส่วนนี้ให้แนวทางในการบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตรที่มีอยู่ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงประโยชน์และข้อควรระวังของวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ท่านได้พิจารณาเลือกวิธีที่น่าจะเหมาะสมที่สุดกับสถาบันของท่าน และเพื่อช่วยให้ท่านสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าและวางแผนได้อย่างเหมาะสม

ธรรมชาติของการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

- เป็นเรื่องใหม่
- มีเนื้อหากว้าง ครอบคลุมหลายสาขา ซึ่งแตกต่างจากเนื้อหาที่เคยสอนมา ตัวอย่างเช่น บัณฑิตด้านมนุษย การคิดเชิงระบบ พฤติกรรมของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และการจัดการกับความผิดพลาด
- มีความเชื่อมโยงกับเนื้อหาที่มีอยู่ และเนื้อหาที่เป็นแบบดั้งเดิม (วิทยาศาสตร์ประยุกต์และวิทยาการคลินิก) (ดูตัวอย่างในกล่อง A.6.1)
- ประกอบด้วยเนื้อหาที่เป็นความรู้ใหม่ และองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (ดูตัวอย่างในกล่อง A.6.2)
- อิงกับบริบทมาก

กล่อง A.6.1. ความเชื่อมโยงของการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิชาเดิมของโรงเรียนแพทย์และพยาบาล

ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การระบุผู้ป่วยให้ถูกคน ถูกนำไปใช้ได้อย่างไรในสาขาต่างๆ ของการแพทย์

สาขา	การนำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้
สูติกรรม	การระบุว่าทารกแรกเกิดคนใดเป็นลูกของแม่คนไหน ทำอย่างไรจึงจะไม่ให้เกิดความผิดพลาดเรื่องสลับเด็ก และไม่让孩子ออกจากโรงพยาบาลไปกับบุคคลที่ไม่ใช่พ่อแม่ที่แท้จริง
ศัลยกรรม	หากผู้ป่วยต้องได้รับเลือด กระบวนการตรวจสอบที่มีอยู่เป็นอย่างไร ที่จะทำให้นแน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับเลือดที่ถูกต้อง
จริยธรรม	กระตุ้นอย่างไรให้ผู้ป่วยกล้าพูด กล้าถาม หากเขาไม่เข้าใจว่าทำไมแพทย์จึงให้การรักษานี้ต่อเขา ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาไม่คาดหวัง

กล่อง A.6.2. ความเชื่อมโยงของการศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยกับความรู้ใหม่ และการปฏิบัติ

การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในแต่ละหัวข้อแบ่งได้เป็น ความรู้ที่ต้องรู้และการนำไปปฏิบัติ ในอุดมคติการเรียนรู้เกิดได้ทั้งสองแบบ ตัวอย่างเช่น การระบุผู้ป่วยให้ถูกคน

โดเมน	ตัวอย่างความปลอดภัยของผู้ป่วย
ความรู้ในภาพกว้าง	มีความเข้าใจว่าการระบุผู้ป่วยผิดคน เป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้และเกิดขึ้นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการให้บริการเป็นทีม การได้เรียนรู้ว่าสถานการณ์ใดมีโอกาสเกิดการระบุผู้ป่วยผิดคนได้มาก ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยสองคนมีปัญหาเหมือนกัน หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือกรณีที่ผู้ให้บริการถูกขัดจังหวะขณะปฏิบัติงาน
การนำความรู้ไปใช้	มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการระบุผู้ป่วยให้ถูกคน เมื่อเจาะเลือดเพื่อไปทำการหาเลือดให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจว่าความผิดพลาดในขั้นตอนนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และเรียนรู้วิธีการป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น
การปฏิบัติ	แสดงให้เห็นถึงวิธีการระบุผู้ป่วยที่ถูกคน โดยการถามชื่อผู้ป่วย โดยใช้คำถามเปิด เช่น ถามว่า “คุณชื่ออะไร?” แทนที่จะถามคำถามปิด เช่น “คุณชื่อจอห์น สมิธ ใช่หรือไม่”

เนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีขอบเขตกว้างมาก เมื่อเนื้อหามีความกว้างบวกกับความจำเป็นที่ต้องปรับแนวคิดนี้ให้เข้ากับบริบท ดังนั้นจึงมีโอกาสมากที่จะสอดแทรกการเรียนการสอนเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลักสูตรเดิมได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าบางหัวข้อในเรื่องนี้จะเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่สำหรับบุคลากรในวิชาชีพ และอาจไม่สามารถผสมผสานเข้ากับเนื้อหาเดิมได้ง่าย ในกรณีหลังอาจจำเป็นต้องตั้งเป็นหัวข้อใหม่ เช่น หัวข้อที่ 2 ทำไม่การนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นหัวข้อที่ยากที่จะนำไปผสมผสานกับหัวข้อในหลักสูตรเดิม วิธีหนึ่งที่น่าจะใช้ได้คือ การจัดเวลาพิเศษและเชิญผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิศวกรรม หรือจิตวิทยามาสอน และตามด้วยการจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มย่อย

วิธีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับโครงสร้างหลักสูตรเดิม

เมื่อทำการทบทวนหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว ให้พิจารณาเนื้อหาเดิมว่า เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีสอนอยู่บ้างแล้วหรือไม่ และต้องตัดสินใจว่าหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วยอะไรบ้างที่จะนำมาสอน ต่อมาจึงถามคำถามว่า จะผสมผสานหัวข้อเหล่านั้นไว้ในหลักสูตรได้อย่างไร

เมื่อพิจารณาทบทวนหลักสูตร ควรถามคำถามต่อไปนี้

- ภาพรวมของโครงสร้างหลักสูตรเป็นอย่างไร
- เนื้อหาและหัวข้อต่างๆ ถูกจัดไว้ที่ใดบ้าง สอนเมื่อใด ข้อมูลทั้งหมดนี้อาจช่วยให้เห็นแนวทางที่จะผสมผสานเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไว้หรือไม่
- โครงสร้างของแต่ละหัวข้อเป็นอย่างไร ในแง่ของวัตถุประสงค์ การเรียน วิธีการให้ความรู้ และวิธีการประเมินผล
- หลักสูตรมีวิธีการให้ความรู้อย่างไร
- ใครบ้างที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสอน

เมื่อตอบคำถามข้างต้นได้ครบทุกข้อแล้ว จะช่วยให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนว่า จะสอดแทรกเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในส่วนใดของหลักสูตร และทำอย่างไร

โครงสร้างของหลักสูตรโดยรวมเป็นอย่างไร

- เป็นหลักสูตรแบบดั้งเดิมที่สอนบรรยายแก่นักศึกษากลุ่มใหญ่ใช่หรือไม่ นักศึกษาเริ่มเรียนจากวิชาพื้นฐานและพฤติกรรมศาสตร์ และเมื่อเรียนวิชาพื้นฐานจบแล้วก็เน้นการเรียนในสาขาวิชาเฉพาะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพ การศึกษามีแนวโน้มเป็นการศึกษาเฉพาะสาขาวิชามากกว่าเน้นการบูรณาการ

ในกรณีเช่นนี้ การเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจต้องจัดไว้ในปีท้ายๆ ของหลักสูตร อย่างไรก็ตามแนวคิดและหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยก็ยังสามารถเริ่มสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ปีต้นๆ

- เป็นหลักสูตรบูรณาการใช่หรือไม่ วิชาต่างๆ ได้แก่ วิชาพื้นฐาน พฤติกรรมศาสตร์ และวิชาทางด้านคลินิก และการเรียนทักษะ

ต่างๆ จะถูกสอนควบคู่กันไปตลอดหลักสูตร และเป็นการเรียนแบบบูรณาการ

ในกรณีเช่นนี้ เป็นโอกาสดีที่จะบูรณาการในเชิงแนวตั้งทั้งเนื้อหาการนำไปใช้ และการปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปได้ตลอดหลักสูตร

การเรียนรู้ที่นักศึกษาต้องรู้และปฏิบัติได้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

- การเรียนรู้ของนักศึกษาที่ดีที่สุดคือ การเรียนจากประสบการณ์ ในสถานที่ปฏิบัติงาน นักศึกษาจะเห็นความเชื่อมโยงหรือความสำคัญของเรื่องนี้ ก็ต่อเมื่อเขามีความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ และคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน
- นักศึกษามีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ หากเขามีโอกาสได้ใช้ความรู้ในช่วงเวลาไม่นานหลังจากเรียนจบ

การสอนหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วยจะมีข้อได้เปรียบ หากสามารถจัดการสอนเนื้อหา และการสอนภาคปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน ความเข้าใจอย่างชัดเจนในขอบเขตของปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จะเป็นแรงกระตุ้น และช่วยให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการปฏิบัติในเรื่องนี้

นักศึกษาไม่น่าจะรู้สึกหมดกำลังใจเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ จากระบบบริการสุขภาพที่เขา กำลังจะก้าวเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง หากเขาได้มีโอกาสค้นหาวិธีแก้ปัญหา (โดยการนำความรู้ไปใช้) และได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่จะช่วยให้เขารู้สึกว่าเขาเป็นผู้ให้บริการที่ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้นักศึกษามองเรื่องนี้ในทางบวกมากขึ้น แม้ว่าในการจัดการหลักสูตรอาจเป็นไปได้ที่จะจัดการสอนให้ครอบคลุมทั้งความรู้ และการสอนการปฏิบัติในเวลาเดียวกัน

หากหลักสูตรของท่านเป็นแบบดั้งเดิม การสอนความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและการปฏิบัติควรจัดไว้ในปีท้ายๆ หลังจากที่นักศึกษาได้เรียนรู้ลักษณะงานในวิชาชีพ ได้รับทราบความเสี่ยงของผู้ป่วย และถูกพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานมาบ้างแล้ว บริบทของเนื้อหาและการปฏิบัติ

ที่จำเป็น ควรปรับให้เหมาะสมกับสมรรถนะใหม่ ที่จะนำความรู้ใหม่ไปใช้ ในการปฏิบัติงาน สำหรับในส่วนที่เป็นบทนำของเรื่องความปลอดภัยของ ผู้ป่วย ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องบรรจุไว้ในปีต้นๆ เช่นเดียวกับวิชาการ สาธารณสุข ระบาดวิทยา จริยธรรม หรือวิชาชีพที่เกี่ยวกับทางพฤติกรรม ศาสตร์ หัวข้อที่ควรอยู่ในบทนำได้แก่ (i) ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร และ (ii) ระบบบริการและความซับซ้อนของระบบสุขภาพ แต่หากหลักสูตร ของท่านเป็นหลักสูตบรรณาการ และนักศึกษาได้เรียนการปฏิบัติในคลินิก ตั้งแต่ปีแรก ทางที่ดีที่สุดควรเริ่มสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในปี ต้นๆ และบูรณาการกับทุกวิชาในแนวดังตลอดหลักสูตร หากทำเช่นนี้ได้ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยก็จะเป็นสาระที่ถูกกล่าวถึงอย่างสม่ำเสมอ และทำให้มีโอกาสดำรงย้า และต่อยอดจากความรู้ที่ได้เรียนก่อนหน้า ใน อุดมคตินักศึกษาควรได้ยินได้ฟังเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในช่วงก่อน เข้าสถานปฏิบัติงานและในระหว่างการปฏิบัติงาน

เมื่อใดควรสอนเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วย และควรจัดเนื้อหา ไว้ในส่วนใดของหลักสูตร

การสอนทุกวิชาในแต่ละวิชาชีพมีโอกาสที่จะผนวกหัวข้อของ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปได้ หากกรณีตัวอย่างมีเนื้อหาเกี่ยวกับ หัวข้อนั้น และสอดคล้องกับบทบาทวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น การยกกรณีการ เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเด็ก อาจใช้เป็นจุดเริ่มต้นที่จะสอน ให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจ และเรียนรู้จากความผิดพลาด ก่อนที่จะเริ่ม เรียนการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก เช่นเดียวกันกับนักศึกษากายภาพบำบัดที่ ต้องดูแลผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกเชิงกรานหรือข้อเข่า ควรได้เรียน หัวข้อ “ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ถูกทำหัตถการที่รุกราน” หลายๆ วิชา สามารถสอนหัวข้อ “การทำความเข้าใจและการเรียนรู้จากความผิดพลาด” หากยกกรณีศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของวิชาชีพนั้นๆ อย่างไรก็ตามการเรียนเรื่องนี้เป็นเรื่องที่มีเนื้อหากว้างเกี่ยวข้องกับทุก วิชาชีพและนักศึกษาทุกคน ในกล่อง A.6.3 ได้เสนอความเป็นไปได้ในการ พิจารณา เพื่อบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหัวข้อหรือ วิชาต่างๆ

กล่อง A.6.3. การบูรณาการหัวข้อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

หัวข้อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	วิชาที่สามารถรองรับหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย
การลดการติดเชื้อโดยการปรับปรุงการควบคุมการติดเชื้อ	จุลชีววิทยา การฝึกหัดทางการแพทย์ โรคติดต่อ การปฏิบัติงานในคลินิก
การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา	เภสัชวิทยา การบำบัดโรค (Therapeutics)
การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพ	ปฐมนิเทศ การอบรมทักษะการสื่อสาร (สหวิชาชีพ) การอบรมอัปเดตภัยคุกคาม
ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร	จริยธรรม บทนำเพื่อให้เข้าใจสภาพการปฏิบัติงานในคลินิก การฝึกทักษะทางคลินิกและหัตถการ

แต่ละหัวข้อในหลักสูตรมีการจัดการในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

- วัตถุประสงค์การเรียนรู้
- วิธีการให้ความรู้
- วิธีการประเมิน

การสอนเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เพิ่มเข้ามาใหม่ในหลักสูตรของท่านจะได้ผลดี หากวัตถุประสงค์การเรียนรู้ วิธีการสอน และวิธีการประเมินสอดคล้องกันกับโครงสร้างของวัตถุประสงค์ วิธีการให้ความรู้ และวิธีการประเมินของวิชาเดิม

หลักสูตรมีการจัดการให้ความรู้อย่างไร

- บรรยาย
- ฝึกปฏิบัติ ทำกิจกรรมในหอผู้ป่วย ในห้องจ่ายยา ในห้องคลอด
- การสอนกลุ่มย่อย
- การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน
- การใช้สถานการณ์จำลอง/การฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ

- กลุ่มติวแบบดั้งเดิม (traditional tutorials)

อาจเป็นการง่ายขึ้นหากผนวกเอาหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย เข้าไปกับวิธีการให้ความรู้แบบเดิมที่ใช้อยู่ ซึ่งทั้งผู้สอนและนักศึกษาคุ้นเคย อยู่แล้ว

ตัวอย่างของรูปแบบการนำไปใช้

ตัวอย่าง 1: ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวิชาแยกต่างหาก ใน หลักสูตรแบบดั้งเดิม สอนในปีสุดท้าย ดูแผนผัง (chart) A.6.1.

- วิธีการให้ความรู้อาจใช้หลายวิธีผสมผสานกัน ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่มย่อย การทำโครงการประชุมสัมมนาปฏิบัติการ หรือการทำแบบฝึกหัดจากสถานการณ์จำลอง
- ค่อยๆ เพิ่มเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความรู้เดิมที่ ได้เรียนก่อนหน้านี้ ก่อนที่จะเข้าสู่การปฏิบัติงานจริง

แผนผัง A.6.1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวิชาแยกต่างหากในหลักสูตรแบบดั้งเดิม สอนในปีสุดท้าย

ปีที่ 1 และ 2 : วิทยาศาสตร์พื้นฐาน วิทยาศาสตร์ประยุกต์ และพฤติกรรมศาสตร์									
ปีที่ 3 และ 4 : สาขาและ ทักษะทางคลินิก									
หัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย									

ตัวอย่าง 2: ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวิชาแยกต่างหาก ใน หลักสูตรบูรณาการ ดูรายละเอียดในแผนผัง A.6.2.

ความปลอดภัยของผู้ป่วยอาจจัดเป็นวิชาแยกต่างหาก แต่ให้มีความ เชื่อมโยงกับวิชาอื่นๆ เช่น สอนหัวข้อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยโดย การสอนแบบบรรยายในช่วงแรก แล้วตามด้วยการสอนวิธีอื่นๆ เช่น กลุ่มติว (tutorial) หรือการปฏิบัติในคลินิก เป็นต้น

แผนผัง A.6.2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวิชาแยกต่างหากในหลักสูตรบูรณาการ

ปีที่ 1 หัวข้อที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร	การสอนแบบ PBL/หรือการสอนแบบอื่น					
ปีที่ 2 หัวข้อที่ 2, 3 และ 5: ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย	การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องทักษะทางคลินิก และการฝึกปฏิบัติในคลินิก					
ปีที่ 3 หัวข้อที่ 4, 7, 9 และ 10: การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีมการใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุกร้า						
ปีที่ 4 หัวข้อที่ 6, 8 และ 11: การทำความเข้าใจและการจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา						

ตัวอย่าง 3: บูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในวิชาที่เปิดสอนอยู่ - ตัวอย่าง A ดูแผนผัง A.6.3

มีเนื้อหาการสอนหลายหัวข้อที่สามารถนำมาสอนประกอบในคาบการเรียนการสอน ที่มีวัตถุประสงค์หลักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ในชั้นปีที่ 4 อาจจัดสอนแบบบรรยายในหัวข้อการใช้ยาอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการบำบัดโรค (therapeutics) ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อการใช้ยาอย่างปลอดภัย และจัดการสอนแบบ PBL หรือการสอนแบบกลุ่ม เพื่ออภิปรายกรณีที่แสดงให้เห็นว่าความผิดพลาดเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง โดยการใช้กรณีศึกษา หรือกรณีความคลาดเคลื่อนทางยา

แผนผัง A.6.3. การนำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิชาแยกต่างหาก เข้าในวิชาที่เปิดสอนอยู่ (A)

ปีที่ 1	PBL				กรณีศึกษา ความปลอดภัย ของผู้ป่วย					
	ทักษะทาง คลินิก		การทำกิจกรรม เรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย							
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย								
ปีที่ 2	PBL				กรณีศึกษา ความปลอดภัย ของผู้ป่วย					
	ทักษะทาง คลินิก		การทำกิจกรรม เรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย							
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย								
ปีที่ 3	PBL				กรณีศึกษา ความปลอดภัย ของผู้ป่วย					
	ทักษะทาง คลินิก		การทำกิจกรรม เรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย							
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย								
ปีที่ 4	PBL				กรณีศึกษา ความปลอดภัย ของผู้ป่วย					
	ทักษะทาง คลินิก		การทำกิจกรรม เรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย							
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย								

ตัวอย่าง 4: บุรณาการเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในวิชาที่เปิดสอนอยู่ - ตัวอย่าง B ดูแผนผัง A.6.4.

ดำเนินการร่วมกับเจ้าของวิชาที่เปิดสอนอยู่ เพื่อผสมผสานบางองค์ประกอบของเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในบางชั่วโมง แม้ว่าเป้าหมายหลักของชั่วโมงนั้นๆ จะไม่ได้เน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง แต่บางองค์ประกอบอาจมีโอกาสนำมาเชื่อมโยงกับเนื้อหาของวิชานั้นๆ ได้ การที่จะทำได้ วิชานั้นๆ ควรจะมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างของกรณีเช่นนี้ดูได้จากกล่อง A.6.4.

หากการบูรณาการเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตรเดิมได้มากเท่าใด โอกาสที่จะผสมผสานให้เกิดเป็นข้อกำหนดในการปฏิบัติงานก็จะมีมากขึ้นเท่านั้น และเป็นการสร้างบริบทที่สนับสนุนให้เกิดแนวความคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

แผนผัง A.6.4. การนำความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นวิชาแยกต่างหาก เข้าในวิชาที่เปิดสอนอยู่ (B)

ปีที่ 1	PBL		กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย		กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย		
	ทักษะทาง คลินิก	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย					

แผนผัง A.6.4. การนำความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นวิชาแยกต่างหาก เข้าในวิชาที่เปิดสอนอยู่ (B) (ต่อ)

ปีที่ 2	PBL			กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย		กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย
	ทักษะทาง คลินิก	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย					
ปีที่ 3	PBL	กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย		กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย			
	ทักษะทาง คลินิก	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย					
ปีที่ 4	PBL		กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย			กรณีศึกษา ความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	
	ทักษะทาง คลินิก	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย	การทำ กิจกรรม เรื่องความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย
	บรรยาย	หัวข้อความ ปลอดภัย ของผู้ป่วย					

กล่อง A.6.4. ตัวอย่างการผสมผสานเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในคาบเรียนเดิม

คาบเรียนเดิม	องค์ประกอบของเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วย
การสอนกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ข้างเตียงผู้ป่วย/ข้างเก้าอี้ผู้ป่วย หรือในคลินิก	ก่อนเริ่มการสอน ผู้ป่วยต้องได้รับคำอธิบาย และต้องให้ความยินยอมที่จะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน ผู้สอนเป็นต้นแบบที่ดีในการเคารพต่อความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกนับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีม ผู้สอนเชื้อเชิญให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปราย ในฐานะที่เป็นผู้รู้ข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษา
การสอนทักษะหัตถการเรื่องการใส่สายทางเส้นเลือดดำ	การใช้เทคนิคปลอดเชื้อและการกึ่งของมีคม การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอภิปรายเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการทำหัตถการ
การบรรยายเรื่องการให้เลือด	เนื้อหาของการบรรยายครอบคลุมเรื่องความเสี่ยงและการลดความเสี่ยงของผู้ป่วย การทำตามแนวปฏิบัติในการระบุผู้ป่วยให้ถูกคน รวมทั้งเนื้อหาเรื่องความยินยอม
การสอนแบบ PBL เรื่องการเกิดก้อน เลือดอุดตันในปอด นำเสนอกรณีผู้ป่วยที่เริ่มกินยาละลายลิ่มเลือด	นักศึกษาควรมีส่วนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเมื่อสั่งการรักษา การให้ยาที่อาจทำให้เกิดอันตรายได้

ข้อพึงระวัง

การบูรณาการความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตรเดิม ยิ่งทำมากเท่าใดก็จะมีผลกระทบกระจายมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้สอนหลายคน จึงเป็นการยากที่จะประสานการสอนให้มีประสิทธิภาพ ท่านจำเป็นต้องรักษาสมดุลระหว่างการบูรณาการเนื้อหาใหม่ๆ กับภาระงานเรื่องการจัดสอน จะเป็นการดีหากสามารถเก็บบันทึกรายละเอียดของการบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลักสูตรเดิมว่าสอนอย่างไร ประเมินผลอย่างไร ในแง่มุมด้านการศึกษา การบูรณาการดังกล่าวเป็นเรื่องในอุดมคติ แต่อย่างไรก็ตามเป้าหมายเพื่อให้การบูรณาการมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

เมื่อมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานรับรองคุณภาพของสถาบันตั้งคำถามว่า เนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีสอนในที่ใดบ้าง และมีวิธีการสอนอย่างไร ผู้สอนที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีข้อมูลรายละเอียดว่า

เนื้อหาถูกถ่ายทอดอย่างไร และอนุญาตให้ผู้สังเกตการณ์ในชั่วโมงเรียน เพื่อเห็นว่าเนื้อหาถูกถ่ายทอดอย่างไร อาจเป็นไปได้ว่าการผสมผสาน หลายๆ วิธีที่กล่าวมาข้างต้น อาจเหมาะสมกับสถานการณ์ของท่านก็ได้

เมื่อท่านได้วางแผนในภาพรวมว่าจะบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหัวข้ออะไร สอนเมื่อใด และสอนวิธีใด การทำเป็นส่วนๆ (piecemeal fashion) อาจทำให้ง่ายขึ้น โดยค่อยๆ สอนทีละหัวข้อ แทนที่จะพยายามสอนทุกประเด็นที่วางแผนไว้ในคราวเดียว วิธีนี้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในระหว่างทำ ทำไปเรียนรู้ไป และจะช่วยให้เห็นผลในจุดเล็กๆ โดยไม่ต้องรอนาน

ข้อเสนอแนะในการผสมผสานการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในชั่วโมง PBL

บางหลักสูตรในสาขาวิชาชีพสุขภาพ นิยมใช้การเรียนการสอนแบบ PBL วิธีการนี้เริ่มต้นที่มหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา แนวคิดคือ การให้นักศึกษาต้องปฏิบัติงานร่วมกันในการเรียนหัวข้อหนึ่งๆ นักศึกษาจะแบ่งงานกันทำ เพื่อช่วยกันตอบโจทย์ที่กำหนดมาให้ และมาสะท้อนปัญหาว่าได้เรียนรู้อะไร ต่อไปนี้เป็นข้อแนะนำว่าจะบูรณาการหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในกรณีศึกษาในการสอนแบบ PBL ได้อย่างไร

- นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยในแงุ่มที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์ความเป็นจริงของระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เปิดโอกาสให้มีการค้นหาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
- เขียนกรณีศึกษาที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของระบบบริการในพื้นที่
- กรณีศึกษาอาจมีข้อมูลกรณีสถานการณ์หูดหวิด หรือกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- กรณีศึกษาอาจนำเสนอสถานการณ์ที่คุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้นักศึกษาวิเคราะห์ว่าอันตรายอยู่ที่ไหนบ้างในระบบการให้บริการ

กรณีศึกษาอาจารย์รวมบทบาทของหลายวิชาชีพเข้ามาด้วย ได้แก่ พยาบาล เกษตรกร ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ หรือแพทย์ ในกรณีศึกษาแสดงให้เห็นคนที่กล้าพูดขึ้นมา มีเจ้าหน้าที่ที่อาวุโสเปิดใจกว้างรับฟังการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่อาวุโสน้อยกว่า และสถานการณ์นี้ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ประเด็นของความปลอดภัยของผู้ป่วยอาจถูกนำเสนอเป็นประเด็นหลัก หรือประเด็นรองของกรณี PBL ก็ได้

ตัวอย่าง กรณี PBL

เจเรมี โซ (Jeremy So) เด็กชายอายุ 15 ปี มารับบริการที่คลินิก ด้วยอาการหายใจเสียงดังและคันตามตัว บิดาของผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยสบายดีมาตลอด แต่เมื่อประมาณ 30 นาทีก่อนมา เขาเริ่มมีอาการและเกิดขึ้นรวดเร็วมาก การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีอาการซีดสเผร้และกระวนกระวาย ริมฝีปากบวมมาก และตาบวมจนลืมตาไม่ขึ้น มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง มีรอยเกาทั่วตัว และหายใจมีเสียงดัง

กรณีตัวอย่าง: ใช้กรณีศึกษากับกรณีที่ใช้กัปราชเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา และหาคำตอบ

เจเรมี เป็นเด็กเพศชาย อายุ 15 ปี มาที่คลินิกใกล้บ้านด้วยอาการหายใจเสียงดัง และคันตามตัว บิดาของผู้ป่วยให้ประวัติว่าผู้ป่วยสบายดี ประมาณ 30 นาทีก่อนมา เขาเริ่มมีอาการไม่สบายและเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีอาการซีดสเผร้และกระวนกระวาย หน้าบวม ริมฝีปากบวมมาก ตาบวมจนลืมตาไม่ได้ มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง และมีรอยเกาทั่วตัว ทุกครั้งที่หายใจมีเสียงดัง

บิดาของเจเรมีเล่าว่าผู้ป่วยเคยมีอาการแบบนี้มาก่อน หลังจากที่ได้รับยาเพนนิซิลิน (penicilin) และเขาได้รับข้อมูลว่าห้ามกินเพนนิซิลินอีก เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้ จนกระทั่งเขานี้ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์เนื่องจากมีอาการน้ำมูกไหล เจ็บคอ และมีไข้ แพทย์สั่งยาอะม็อกซิซิลิน (amoxicillin) ซึ่งผู้ป่วยกินช้านี้ บิดาของผู้ป่วยสงสัยว่าผู้ป่วยอาจแพ้ยาอะม็อกซิซิลิน

กรณีตัวอย่าง: กรณีศึกษาอาจให้ตัวอย่างว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นได้อย่างไร

นักศึกษาในวิชาชีพต่างๆ เช่น พยาบาล เภสัชกร และแพทย์ สังเกตว่ามีข้อมูลที่สำคัญที่แพทย์มองข้ามไป กรณีศึกษาอาจอธิบายถึงบทบาทของพยาบาล (หรือบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ) ที่กล้าลุกขึ้นมาพูด แพทย์ยอมรับฟังพยาบาล และส่งผลต่อการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากขึ้น

การบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในโปรแกรมการฝึกทักษะทางเหตุการณ์

การทำเหตุการณ์และการรักษาหลายอย่างมีโอกาที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ปฏิบัติเป็นนักศึกษาที่ยังขาดประสบการณ์ การทำเหตุการณ์อาจก่อให้เกิดอันตรายโดยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด ความเครียดทางด้านอารมณ์ และการทำแล้วไม่ได้ผลตามที่คาดการณ์ไว้แต่ต้น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ทำเหตุการณ์ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ การให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยผสมผสานไปกับการฝึกเหตุการณ์สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี จะช่วยเตือนสติให้นักศึกษาตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเมื่อทำเหตุการณ์ เนื้อหาในส่วนนี้เป็นข้อเสนอแนะวิธีการบูรณาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการฝึกเหตุการณ์สำหรับนักศึกษาว่าควรทำอย่างไร ก่อนอื่นควรพิจารณาคำถามข้างล่างนี้ก่อน

1. ในหลักสูตรของท่าน การสอนเรื่องการฝึกเหตุการณ์ เกิดขึ้นเมื่อใดที่ไหน และอย่างไร
2. เนื้อหาของการฝึกเหตุการณ์ครอบคลุมเรื่องอะไรบ้าง
3. นักศึกษาเริ่มทำเหตุการณ์กับผู้ป่วยเมื่อใด ทั้งนี้ในอุดมคตินักศึกษาควรจะได้รับทราบหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนหรือพร้อมๆ กับการทำเหตุการณ์

หัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ควรสอนในการอบรมการฝึกทำหัตถการ

หัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเนื้อหากว้าง เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ ได้แก่

- กราฟการเรียนรู้ (the learning curve): หากเข้าใจว่านักศึกษาเป็นผู้ที่ยังต้องประสบการณ์ เขาจึงมีโอกาสมากกว่าที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ/หรือโอกาสที่จะทำหัตถการไม่สำเร็จ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีประสบการณ์มากกว่า กลวิธีอะไรที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงนี้ ในขณะเดียวกันก็ให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วย ตัวอย่างเช่น การเตรียมการที่ดี การวางแผน การมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็น การสังเกตการทำหัตถการของผู้อื่น การใช้สถานการณ์จำลอง การนิเทศ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการติดตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (หัวข้อที่ 2, 5 และ 6)
 - กำหนดให้ผู้ทำหัตถการต้องมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพเกี่ยวกับการทำหัตถการนั้นๆ ก่อนที่จะลงมือทำกับผู้ป่วย (หัวข้อที่ 6 และ 10)
 - การปฏิบัติตามแนวทางการปราศจากเชื้อ (sterile precautions) (หัวข้อที่ 11)
 - ความเสี่ยงในการสื่อสาร (หัวข้อที่ 6 และ 9)
 - การระบุผู้ป่วย ระบุให้ถูกที่ ถูกคน (หัวข้อที่ 10)
 - การติดตามผล (หัวข้อที่ 2, 6, 9 และ 10)
- การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และการนำไปประยุกต์ในการทำหัตถการเฉพาะ เช่น
- ปัญหาที่พบบ่อย ความเสี่ยง/หลุมพราง การหาทางแก้ปัญหา (troubleshooting) (หัวข้อที่ 2 และ 5)
 - ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและรุนแรง ตลอดจนหาวิธีการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (หัวข้อที่ 1 และ 5)
 - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเรื่องการติดตาม (หัวข้อที่ 6 และ 9)
 - ฝึกความคุ้นเคยในการใช้เครื่องมือ (หัวข้อที่ 2)
 - การนำหลักการของความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง (ทุกหัวข้อ)

ตัวอย่าง: การระบุผู้ป่วยให้ถูกคนเมื่อเจาะเลือด

จะระบุหลอดที่เก็บตัวอย่างเลือดอย่างไร เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดการระบุผิดคน

- เขียนชื่อที่หลอดเก็บเลือด ณ ข้างเตียงผู้ป่วย
- สอบถามชื่อผู้ป่วย โดยถามคำถามเปิด
- ตรวจสอบให้มั่นใจว่าชื่อผู้ป่วยตรงกับชื่อที่หลอดเก็บเลือดตัวอย่าง และบันทึกในแบบฟอร์ม “การตรวจสอบ 3 ทาง (three-way check)”

วิธีการสอนเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอาจทำได้หลายวิธี เนื่องจากเนื้อหาเรื่องนี้สามารถนำไปใช้ในการทำหัตถการต่างๆ วิธีการสอนได้แก่ การบรรยาย การศึกษาจากเอกสาร การอภิปรายกลุ่ม การติว และกิจกรรมออนไลน์

เวลาที่ดียิ่งที่สุดที่จะเรียนเนื้อหาความรู้และพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ เวลาที่ฝึกทำหัตถการในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งอาจเป็นการสอนกลุ่มย่อยข้างเตียงผู้ป่วย การฝึกในห้องปฏิบัติการทักษะโดยใช้สถานการณ์จำลอง หรือการติวโดยที่ไม่ได้ลงมือทำจริง หรืออาจให้นักศึกษาไปอ่านบทความหรือแนวทางปฏิบัติล่วงหน้าก่อนชั่วโมงเรียน

การสอนทำหัตถการด้วยการติวถือเป็นโอกาสที่ดีเยี่ยม ที่จะได้เน้นถึงหลักการทั่วไป ในขณะเดียวกันก็สามารถลงถึงรายละเอียดความปลอดภัยของผู้ป่วย การประยุกต์หลักการเฉพาะเรื่องที่มีความสอดคล้องกับหัตถการที่ทำอยู่ และสำหรับนักศึกษา โอกาสนี้จะเป็นการเรียนรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติจริง

ตัวอย่างเช่น หากสถาบันของท่านใช้วิธีการสอนแบบเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จำลอง (immersive scenario-based simulation) ในการสอนหัวข้อการจัดการภัยพิบัติ หรือในการสอนหัตถการ หรือการรักษาที่เฉพาะ ก็จะเป็นโอกาสที่จะสอดแทรกการฝึกการปฏิบัติงานเป็นทีม ข้อดีของการเรียนแบบนี้ เป็นการผสมผสานเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในสถานการณ์จริง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นปัญหาและความท้าทายหลายแบบที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงผ่านสถานการณ์จำลอง จากตัวอย่างที่กล่าวมา แม้จะมีความรู้ว่าจะต้องทำอะไรบ้างในสถานการณ์ฉุกเฉิน แต่การกระทำจริงๆ ก็อาจแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปฏิบัติงานในฐานะเป็น

ส่วนหนึ่งของทีม องค์ประกอบที่เป็นเงื่อนไขในสถานการณ์จริงจะปรากฏชัด ได้แก่ เวลา ความเครียด การปฏิบัติงานเป็นทีม การสื่อสาร ความคุ้นเคยกับการใช้อุปกรณ์ การตัดสินใจกระทำกิจกรรม และความเข้าใจสภาพแวดล้อมของสถานการณ์ เช่นเดียวกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ในแบบอื่นๆ (experiential learning) วิธีการนี้จะเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติงานตามเกณฑ์พฤติกรรมที่กำหนด เพื่อแสดงว่าเขาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

ข้อสังเกต: การสอนแบบเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จำลอง (Immersive scenario-based teaching) เป็นการใช้สถานการณ์จำลองที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็เป็นวิธีการที่นักศึกษาต้องเผชิญหน้า และไม่ได้เป็นการเรียนที่สะดวกสบายนัก การคำนึงถึงเรื่องการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและเป็นมิตร จึงเป็นประเด็นสำคัญเมื่อใช้การสอนวิธีนี้ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องหลักการพื้นฐานของการจัดการศึกษา ภายใต้หัวข้อการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย และเป็นมิตร

โปรแกรมการฝึกทักษะ

การฝึกทักษะต่างๆ รวมถึงการซักประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายที่เหมาะสม การให้เหตุผลทางคลินิก การแปลผลการตรวจทางห้องทดลอง การเตรียมยา การทำหัตถการต่างๆ และทักษะการสื่อสาร เช่น

การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา และการอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยให้คำยินยอมในการรักษา

วิธีการสอนหรือการฝึกทักษะมีหลากหลายวิธี ตั้งแต่การสอนข้างเตียงผู้ป่วยหรือข้างเก้าอี้ผู้ป่วย การเตรียมยาในห้องยา การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจำลอง การฝึกปฏิบัติกับเพื่อน สังเกตการปฏิบัติงานของผู้เชี่ยวชาญจากวิดีโอ การมีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่ให้บริการ และการรายงานผู้ป่วย

ท่านต้องตัดสินใจเลือกว่าจะใช้วิธีการใด เมื่อใด และอย่างไร

หลายๆ หัวข้อในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความเหมาะสมที่จะสอนผสมผสานในการฝึกทักษะ และเนื่องจากในหลักสูตรนักศึกษา

มีโอกาสมากมายที่จะฝึกทักษะเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ต้องสร้างนิสัยที่ดีให้เร็วที่สุด และพึงระลึกเสมอว่าการสอนข้างเตียง/ข้างเก้าอี้/ข้างม้านั่งผู้ป่วย ก็เป็นโอกาสทองที่ผู้สอนจะได้แสดงเป็นต้นแบบ (role model) ของการปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ในประเด็นของการสื่อสารโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำความสะอาดมือ การใช้รายการตรวจสอบ และการปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เป็นต้น

การฝึกทักษะอาจเป็นโอกาสที่นักศึกษาจะได้เรียนรู้ และได้ฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ในประเด็นต่อไปนี้

- ความเสี่ยงที่เกิดจากการสื่อสาร
- การขออนุญาต
- การยอมรับข้อปฏิเสธ
- การแสดงความตรงไปตรงมา จริงใจต่อผู้ป่วย
- การสร้างพลังให้กับผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา
- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
- การทำความสะอาดมือ
- การซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การให้เหตุผลทางคลินิก - ความผิดพลาดในการวินิจฉัย การพิจารณาถึงโอกาสที่จะเกิดประโยชน์และเกิดความเสี่ยงจากการทำหัตถการ การวางแผนการตรวจและการรักษา

วิธีการประสานงานกับผู้สอนในหอผู้ป่วย/ในคลินิก/ในชุมชนในการสอนทักษะทางวิชาชีพ

เพื่อให้หลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการบูรณาการเข้าไปในวิชาชีพต่างๆ ตลอดหลักสูตร จำเป็นต้องมีความร่วมมือของผู้สอนหลายๆคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากต้องสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการสอนแบบกลุ่มย่อย และกลุ่มติวการฝึกทักษะ

ดังได้กล่าวมาข้างต้นในบทนี้ว่า ผู้สอนหลายคนอาจไม่คุ้นเคยกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และความรู้และทักษะที่จำเป็นที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่เป็นเรื่องใหม่ ตัวอย่างเช่น นักศึกษาอาจเห็น

ตัวอย่างเจ้าหน้าที่ในสถานบริการถามชื่อผู้ป่วยในอาการเร่งรีบ และในกิริยาที่ขาดความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ไม่ได้ทำตามหลักการความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือมีทัศนคติตำหนิคนผิดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากต้องการให้การสอนมีประสิทธิภาพ หรือการเป็นต้นแบบที่ดี ผู้สอนควรมีการสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง

กลวิธีต่อไปนี้อาจช่วยให้ผู้สอนตระหนักถึงการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือจัดบรรยายเป็นซีรีส์ สำหรับผู้สอนอย่างต่อเนื่อง
- เชิญวิทยากรพิเศษมาพูดเพื่อปลุกกระแสเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
- กระตุ้น/สร้างความแปลกใหม่ให้กับผู้สอนในการผสมผสานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าในหลักสูตร
- จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับหลังปริญญาควบคู่กันไป
- ระบุวัตถุประสงค์ของการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในบันทึกการสอนให้ชัดเจน
- จัดทำบันทึกการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
- มีการสอบในเนื้อหาความปลอดภัยของผู้ป่วย

การใช้กรณีศึกษา

เราได้นำเสนอกรณีศึกษาสำหรับแต่ละหัวข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทำไมหัวข้อเหล่านั้นจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีที่ดีที่สุดในการใช้กรณีศึกษาก็คือ การให้นักศึกษา/และผู้สอนประจำกลุ่มอ่านเอกสารล่วงหน้า หลังจากนั้นจัดเป็นการอภิปรายกลุ่มย่อยในประเด็นต่างๆ ที่กำหนด หรืออาจให้กลุ่มช่วยกันตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา หรืออาจจัดเป็นกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มใหญ่ก็อาจได้ผลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้เรายังได้เสนอตัวอย่างคำถาม หรือประเด็นอภิปรายไว้ในตอนท้ายของทุกกรณีศึกษา จุดเน้นของคำถามเพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐานของปัญหา มากกว่าที่จะมองว่ามีใครเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง

การสร้างกรณีศึกษาจากพื้นที่

กรณีศึกษาสามารถนำเสนอทั้งสิ่งที่ไม่ควรทำ (การเรียนรู้จากประสบการณ์เชิงลบ) หรือสิ่งที่ควรทำ (การเรียนรู้จากประสบการณ์เชิงบวก) ตัวอย่างเช่น หากจะเขียนกรณีศึกษาเรื่อง “การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม” ในกรณีศึกษาควรเน้นองค์ประกอบของทีมที่สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานในสถานบริการ ในคลินิก หรือในโรงพยาบาลในพื้นที่

ขั้นตอนข้างล่างนี้ อาจช่วยในการเขียนกรณีศึกษาสำหรับหัวข้อที่จะสอนให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ทบทวนประเด็นต่อไปนี้ของแต่ละหัวข้อในคู่มือหลักสูตร

- ความเกี่ยวข้องของหัวข้อนั้นกับสถานปฏิบัติงาน
- วัตถุประสงค์การเรียนรู้ของหัวข้อนั้นๆ

ต่อมาเขียนกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่วัตถุประสงค์

เลือกกรณีศึกษาจาก

- คู่มือหลักสูตร หรือ
- สอบถามพยาบาล ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์ หรือบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ในโรงพยาบาล หรือในคลินิก เพื่อระบุกรณี

เขียนกรณีศึกษาจากเรื่องจริงที่มีองค์ประกอบครบ ตามที่ตั้งไว้ในวัตถุประสงค์

บริบทของกรณีศึกษาจะต้องเป็นสภาพที่นักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานมีความคุ้นเคย ตัวอย่างเช่น หากในสถานบริการนั้นไม่มีแผนกเภสัชกรรม ในกรณีศึกษาก็ไม่ควรกล่าวถึง

วิธีการปรับกรณีศึกษาจากคู่มือหลักสูตร

กรณีศึกษาส่วนใหญ่ถูกเขียนขึ้นเพื่อแสดงถึงพฤติกรรมหรือกระบวนการปฏิบัติงาน หลายกรณีศึกษาที่เราได้เลือกมา และที่ได้จากสมาชิก และเป็นความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกันมากกว่าหนึ่งหัวข้อ เช่น ความเข้าใจสถานการณ์ ความผิดพลาด การสื่อสาร การปฏิบัติงานเป็นทีม และการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น เราได้จัดทำรายการกรณีศึกษาที่อยู่ภายใต้แต่ละหัวข้อ

ซึ่งเราคิดว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียน กรณีศึกษาที่นำเสนอ มีหลายแบบ ตั้งแต่ลักษณะการให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ไปจนถึง ลักษณะบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี นั้นแสดงว่ากรณีศึกษาเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้กับเกือบทุกหลักสูตร หากใช้ไม่ได้ สามารถปรับกรณีศึกษาโดยปรับสภาพแวดล้อมของเหตุการณ์ หรืออาจจะเพิ่มตัวละครที่เป็นผู้ให้บริการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง แม้จะไม่ได้ระบุไว้ในกรณีศึกษา เพศของผู้ป่วยอาจปรับให้เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย (เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรม) สมาชิกในครอบครัวอาจมีหรือตัดออกก็ได้ ภูมิหลังหรือพื้นเพของผู้ป่วยอาจปรับให้เป็นชนบทหรือในเมืองก็ได้ หลังจากปรับข้อมูลของกรณีศึกษาให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่แล้ว ขอให้กรณีศึกษาที่ปรับแล้วไปให้เพื่อนร่วมงานช่วยอ่าน และช่วยพิจารณาว่าสมเหตุสมผลหรือไม่ เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ต้องการสอนหรือไม่ เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และบริบทของการปฏิบัติงานหรือไม่

7. หลักการทางการศึกษาที่จำเป็น สำหรับการเรียนการสอนเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อหวังผลให้เกิดการปฏิบัติที่ปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ที่ดี บทเรียนนั้นต้องมีความหมายต่อนักศึกษา เช่นเดียวกับการสอนเรื่องอื่นๆ หนึ่งในความท้าทายคือ ต้องให้เกิดความมั่นใจว่านักศึกษาจะนำความรู้ที่เรียนไปใช้ในการปฏิบัติงาน คำถามก็คือ ผู้สอนต้องทำอะไรบ้าง เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษานำความรู้ไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน

กลวิธีต่อไปนี้สามารถช่วยได้

บริบทมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปรับหลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เข้ากับบริบท

หลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จำเป็นจะต้องถูกปรับให้สอดคล้องกับสภาพการให้บริการที่ผู้ปฏิบัติทำในกิจวัตรประจำวัน เป้าหมายเพื่อแสดงให้เห็นนักศึกษาเห็นว่า เมื่อใดจะสามารถนำความรู้ที่เรียนไปใช้ในการปฏิบัติงาน และทำอะไร นั่นหมายถึง การยกตัวอย่างที่นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานได้

ใช้ตัวอย่างที่เป็นจริงที่พบได้ในที่ปฏิบัติงาน

ต้องจินตนาการให้ได้ว่าหลังจากที่จบการศึกษาไปแล้ว งานส่วนใหญ่ที่นักศึกษาต้องทำคืออะไร และต้องคำนึงถึงเรื่องนี้เป็นบริบทในการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น กรณีทุโภชนาการ การยกกรณีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นกรณีศึกษาภาวะทุโภชนาการ หรือโรคมะเร็งอาจไม่เหมาะสม หากภาวะเหล่านี้ไม่ใช่ปัญหาที่พบได้บ่อยในพื้นที่ ควรใช้สถานการณ์จริง และสภาพปัญหาที่พบได้บ่อย และที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาส่วนใหญ่

ระบุการประยุกต์ที่นำไปปฏิบัติได้

ช่วยนักศึกษาประเมินว่า สถานการณ์ใดที่เราสามารถนำความรู้และทักษะเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ได้ วิธีการนี้จะช่วยให้นักศึกษาได้มองเห็นโอกาสที่จะปฏิบัติงานเพื่อคำนึงถึงความปลอดภัย อาทิ เช่น การระบุผู้ป่วยให้ถูกคน มีความสำคัญในกรณีของ

- การส่งตัวอย่างเลือด
- การให้ยา
- การเขียนชื่อในใบส่งตรวจต่างๆ
- การเขียนบันทึกรายงานผู้ป่วย
- การบันทึกการรายงานการได้รับยาของผู้ป่วย
- การทำหัตถการ
- การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
- การสื่อสารกับครอบครัวและญาติผู้ป่วย
- การส่งต่อ/ส่งปรึกษากับบุคลากรวิชาชีพอื่น

ใช้ตัวอย่างที่อยู่ในความสนใจของนักศึกษา หรือที่จะเกี่ยวข้องกับนักศึกษาในอนาคตอันใกล้

จินตนาการสถานการณ์ที่นักศึกษาจบการศึกษาไปปฏิบัติงานในฐานะสมาชิกใหม่ของวิชาชีพ หรือในฐานะนักศึกษาไปฝึกปฏิบัติงานตัวอย่างเช่น การสอนในหัวข้อการสนับสนุนผู้ป่วย (patient advocate) วิธีที่ดีมากคือ การใช้ตัวอย่างของนักศึกษาที่ลุกขึ้นกล่าวพูดกับเจ้าหน้าที่

ผู้อาวุโสกว่า แทนที่จะยกตัวอย่างของเจ้าหน้าที่อาวุโสทำบทบาทแสดง ความกล้าพูดกับฝ่ายบริหาร วิธีการนี้ เรื่องราวและฉากหลังต่างๆ ก็ควรจะ เกี่ยวข้องกับนักศึกษา ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนหัวข้อนี้ ดูตัวอย่างข้างล่าง

กรณีตัวอย่าง

ขณะเข้าสังเกตการผ่าตัด นักศึกษาพยาบาลคนหนึ่งสังเกตเห็นว่า ศัลยแพทย์เย็บ ปิดแผลโดยที่ยังมีผ้าซับเลือดหนึ่งชิ้นอยู่ในตัวผู้ป่วย นักศึกษาผู้นี้ไม่แน่ใจว่าศัลยแพทย์ ได้สังเกตเห็นหรือไม่ และสงสัยว่าตนเองควรจะพูดดีหรือไม่

ให้โอกาสนักศึกษานำความรู้และทักษะเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้

การให้นักศึกษาได้มีโอกาสนปฏิบัติงานที่ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เป็นที่คาดหวังว่าพฤติกรรมเหล่านี้จะติดเป็นนิสัย และเมื่อเวลาผ่านไป นักศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะให้บริการ ด้วยความเชื่อในหลักการความปลอดภัยของผู้ป่วย

การฝึกปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรเริ่มให้เร็วที่สุด ตั้งแต่นักศึกษาเริ่มเข้ามาในหลักสูตร เช่น ใน

- กลุ่มตัว หรือ กลุ่มที่จัดขึ้นเอง (private study) เช่น จัดให้มีการ ระดมสมองเพื่อหาคำตอบสำหรับสถานการณ์ที่เป็นอันตราย
- สถานการณ์จำลอง เช่น การฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ การสร้าง สถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการ และการแสดงบทบาทสมมติ
- สภาพแวดล้อมในคลินิก เช่น การทำความสะอาดมือก่อนตรวจ ผู้ป่วย การระบุผู้ป่วยให้ถูกคนเมื่อเจาะเลือด
- การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย - เมื่อให้คำแนะนำ นักศึกษาสามารถ ฝึกให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าให้ข้อมูล กล้าถามคำถาม และผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกที่จะได้รับทราบแผนการรักษา และรับทราบความก้าวหน้าของการรักษา

การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นทางสภาพแวดล้อมของการเรียน มีส่วนช่วยทำให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพได้ สภาพแวดล้อมในอุดมคติของการเรียนคือสภาพที่ปลอดภัย ให้กำลังใจ ทำท่าย และมีส่วนร่วม

การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนที่ปลอดภัยและเกื้อกูล

สภาพแวดล้อมในการเรียนที่ปลอดภัยและเกื้อกูลมีลักษณะดังนี้

- นักศึกษาไม่ติดขัดที่จะถาม กล้าที่จะถาม “คำถามที่ไร้เหตุผล”
- อาสาที่จะบอกอะไรที่เขายังไม่เข้าใจ
- แลกเปลี่ยนสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้ หรือสิ่งที่เข้าใจอย่างจริงจังและเปิดเผย

หากนักศึกษารู้สึกว่าปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน นักศึกษาก็จะมีแนวโน้มที่จะเปิดกว้างสำหรับการเรียนรู้ มีความสุขกับการถูกท้าทาย และมีความพร้อมสำหรับการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกิจกรรมการเรียนการสอน

แต่หากนักศึกษารู้สึกว่าไม่ปลอดภัยและไม่ได้รับการสนับสนุน นักศึกษาก็จะมีแนวโน้มที่ไม่กล้าเปิดเผยสิ่งที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจ และไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม เพราะความรู้สึกที่ติดขัด คับข้องใจ และเกรงว่าจะถูกล้อเลียนต่อหน้าครูและเพื่อนๆ นักศึกษาจึงเลือกที่จะปกป้องตัวเองมากกว่าที่จะเฝ้าหาความรู้ การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนให้ปลอดภัยและเกื้อกูลไม่เพียงแต่จะสร้างบรรยากาศให้การเรียนสนุกสนาน แต่ที่สำคัญที่สุดคือจะทำให้การเรียนมีประสิทธิภาพ ผู้สอนมีบทบาทสำคัญที่จะสร้างสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายสำหรับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อช่วยในการสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนที่ปลอดภัยและเกื้อกูล ได้แก่

- ผู้สอนแนะนำตัวกับนักศึกษา และให้นักศึกษาแนะนำตัวเอง แสดงความสนใจนักศึกษาแต่ละคน และการเรียนของนักศึกษาในฐานะปัจเจก
- ในต้นชั่วโมง อธิบายว่าการเรียนการสอนจะเป็นไปอย่างไร ซึ่งจะให้นักศึกษาทราบว่า นักศึกษาควรคาดหวังอะไร และถูกคาดหวังอะไร

- แนะนำให้นักศึกษาค้นเคยกับสภาพแวดล้อมของสถานที่ที่ทำการสอน ประเด็นนี้มีความสำคัญมาก หากการสอนอยู่ในสถานบริการในคลินิก หรือในสถานการณ์จำลอง นักศึกษาจำเป็นต้องรู้ว่าถูกคาดหวังอะไรในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน

สถานการณ์จำลอง

สภาพแวดล้อมของสถานการณ์จำลองอาจทำให้เกิดความสับสนได้ เพราะบางแง่มุมเป็นเรื่องจริง แต่บางแง่มุมไม่ใช่ และนักศึกษาจะถูกบอก ว่า ขอให้สมมุติว่าบางแง่มุมเป็นเรื่องจริง ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่านักศึกษาทราบว่า นักศึกษาต้องทำให้สมจริงแค่ไหนในการแสดงบทบาทสมมุติ และถูกคาดหวังว่าให้มองสถานการณ์ว่าจริงแค่ไหน เช่น ในกรณีนักศึกษาพยาบาลอาจรู้สึกอึดอัด หรือไม่สบายใจที่จะอธิบายการทำหัตถการ การแทงเข้าเส้นเลือดดำที่แขน เมื่อทำกับอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกหัตถการ ไม่ใช่การปฏิบัติในผู้ป่วยจริง

- เชิญชวนให้นักศึกษาถามคำถาม และกล้าพูดว่าเขาไม่เข้าใจอะไร ซึ่งจะเป็นการสื่อสารว่า ถึงไม่เข้าใจก็ไม่ใช่ไร
- ห้ามตำหนิ หรือทำให้อับอายหากไม่รู้ หรือหากทำผิด ในทางกลับกันต้องมองว่า นี่เป็นโอกาสของการเรียนรู้
- หากจำเป็นต้องให้นักศึกษาเข้ามาร่วมกิจกรรม ใช้วิธีถามความสมัครใจ แทนที่ผู้สอนจะเป็นคนชี้
- ผู้สอนควรสาธิตวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนที่จะให้นักศึกษาลงมือทำ ตัวอย่างเช่น เมื่อสอนเรื่องการทำความสะอาดผิวหนังก่อนฉีดยา หากผู้สอนสาธิตให้ดูตั้งแต่แรกกว่าวิธีการที่ถูกต้องเป็นอย่างไร จะดีกว่าที่จะให้นักศึกษาทำในสิ่งที่เขายังไม่ได้เรียนต่อหน้าเพื่อน ซึ่งอาจเป็นความเข้าใจผิด และต้องมาตามแก้ภายหลัง
- เมื่อถามคำถามในกลุ่มนักศึกษา ทางที่ดีที่สุดควรถามคำถามก่อน และให้เวลานักศึกษาคิดไตร่ตรองให้ดี แล้วจึงดูว่าใครจะเป็นผู้ตอบคำถาม พยายามหลีกเลี่ยงการชี้ตัวผู้ตอบก่อนที่จะตั้งคำถาม นักศึกษาบางคนอาจขาดความมั่นใจ เพราะไม่ได้พิจารณาคำถามให้รอบคอบ และเพื่อนทั้งกลุ่มกำลังสนใจฟังคำตอบ

- หากผู้สอนถามคำถามที่ผู้สอนเองก็ไม่ทราบคำตอบ ต้องไม่พยายามปิดบังความจริง หรือไม่ควรรอก้าวโดยกล่าวคำขอโทษที่ตนไม่รู้คำตอบ การกระทำเช่นนี้ผู้สอนกำลังสื่อสารกับนักศึกษาว่า ความไม่รู้เป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ คำกล่าวที่เป็นประโยชน์ที่ควรจำไว้เสมอคือ คำสามคำที่สำคัญที่สุดในการศึกษาวิชาชีพบริการสุขภาพคือ “ฉันไม่รู้ (I don't know)” [1]
- เมื่อให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นักศึกษาในการปฏิบัติงาน (หรือในสถานการณ์จำลอง) พยายามทำให้เป็นการสื่อสารสองทาง ถามนักศึกษาว่าเขามีความคิดเห็นอย่างไร ก่อนที่จะแสดงความคิดเห็นของท่าน และพูดถึงประเด็นที่นักศึกษาทำได้ดี และประเด็นที่ควรทำให้ดีขึ้น สนับสนุนให้นักศึกษาวางแผนว่า ประเด็นอะไรที่เขาต้องพัฒนาและใส่ใจเพิ่ม

การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนที่ท้าทายและกระตุ้นการมีส่วนร่วม

นักศึกษาที่ถูกท้าทายจากผู้สอน มักมีแนวโน้มที่จะเรียนรู้ได้เร็วกว่า สภาพแวดล้อมของการเรียนที่ท้าทายคือ การที่นักศึกษาถูกกระตุ้นให้คิด แนวนใหม่และลองทำในสิ่งใหม่ ความเชื่อเบื้องต้นถูกท้าทายทำให้ทักษะใหม่ๆ ได้พัฒนา นักศึกษาเองก็จะให้คุณค่ากับการเรียนลักษณะนี้ ในที่นี้ จำเป็นต้องเน้นความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมที่ท้าทายกับสภาพแวดล้อมที่ข่มขู่ สภาพแวดล้อมการเรียนที่เป็นมิตรและเกื้อกูล เป็นเงื่อนไขที่ต้องมีก่อนที่จะท้าทายนักศึกษา เมื่อนักศึกษารู้สึกว่าปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน เขาจะเริ่มเปิดกว้างสำหรับความท้าทาย และเมื่อเขาถูกท้าทาย เขาก็มีแนวโน้มที่จะเข้ามาร่วมในกระบวนการมากขึ้น

อีกมิติหนึ่งของการสอนอย่างมีประสิทธิภาพก็คือ การดึงให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้ฝึกสมอง ปาก และมือ ไม่ใช่ฝึกเฉพาะหูสำหรับฟังเท่านั้น

พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้นักศึกษาเป็นฝ่ายรับฟังโดยเฉื่อย (passive recipients) การยั้ให้นักศึกษาได้ลงมือทำกิจกรรมมากเท่าใด ก็ยิ่งจะส่งผลให้เขาได้เรียนรู้มากขึ้นเท่านั้น

การเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เช่น การสัมผัสกับผู้ป่วย การฝึกหัดทำหัตถการในห้องเรียน หรือการแสดงบทบาทสมมติ เป็นวิธีการที่เชื่อว่า ทำให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติด้วยตัวเอง การปฏิบัติงานกลุ่มเล็กก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาได้ปฏิบัติ เพราะต้องร่วมมือในการปฏิบัติงานกลุ่ม ต้องพยายามช่วยกันศึกษากรณีผู้ป่วยและตั้งคำถาม และจำเป็นที่ต้องช่วยกันตอบคำถาม

บางครั้งการบรรยายก็อาจเป็นการทำลาย หากผู้สอนสามารถตักต้อนนักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วม กลวิธีต่อไปนี้อาจมีส่วนช่วยได้

- พยายามให้มีปฏิสัมพันธ์
- ตั้งคำถาม หรือถามคำถาม ให้นักศึกษาตอบ
- ตั้งประเด็นให้นักศึกษาอภิปราย หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นคู่ๆ กับเพื่อนที่นั่งข้างๆ
- เล่าเรื่องเพื่อชี้ประเด็นให้ชัดเจน
- ใช้กรณีผู้ป่วยมาเป็นตัวอย่าง หรือนำเสนอปัญหาในช่วงต้นชั่วโมง เพื่อให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงเรื่องได้ง่ายขึ้น
- อธิบายแนวคิดเชิงทฤษฎี โดยยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
- ให้นักศึกษาวิจารณ์วิดิทัศน์ กรณีผู้ป่วย ถ้ากล่าว วิธีการแก้ไขปัญหา และปัญหา

กิจกรรมบางอย่าง เช่น การสังเกตการณ์ในโรงพยาบาลหรือในคลินิก การอ่านเอกสารหรือการสังเกต การทำหัตถการต่างๆ อาจจะช่วยให้ นักศึกษามีส่วนร่วมได้มากขึ้น หากนักศึกษาถูกมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนั้น ในอุดมคติ การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายจะทำให้ได้พัฒนาทักษะการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection skills) ตัวอย่างเช่น หากนักศึกษาต้องเข้าฟังการประชุมการประเมินเพื่อนร่วมงาน (peer review) อาจจะให้คำถามนักศึกษาล่วงหน้าว่า เขาจะต้องตอบคำถามอะไรบ้างจากการสังเกตของเขา

สไตล์การสอน

นักวิชาการแต่ละคนมีแนวโน้มที่จะเลือกสไตล์การสอนในแบบที่ตนชอบถ้าสามารถเลือกได้ [2] สไตล์ของแต่ละคนมักจะเป็นผลรวมจากความเชื่อว่าวิธีใดที่ได้ผลดี ความถนัด และความชอบส่วนตัว

สไตล์การสอนอาจมีความหลากหลายตั้งแต่ผู้สอนเป็นผู้นำ ซึ่งผู้สอนกำหนดทิศทางของผู้เชี่ยวชาญ และนำเสนอข้อมูลแก่นักศึกษา โดยการบรรยายหรือการสาธิต ผ่านบทบาทของบุคคลต้นแบบ ไปจนถึงสไตล์ที่นักศึกษาเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้สอนเป็นเพียงผู้กระตุ้นหรือผู้อำนวยกลุ่มให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตัวเองและเรียนรู้จากเพื่อน เช่น การทำโครงการในกลุ่มเล็ก ผู้สอนที่ใช้สไตล์หลังนี้ อาจมองบทบาทของตนเองเป็นผู้กระตุ้นและให้คำแนะนำแก่นักศึกษา ในช่วงที่นักศึกษาปฏิบัติงานผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้สอนอาจต้องมีทักษะที่จะดึงนักศึกษาให้เข้ามาร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ ทักษะเป็นผู้อำนวยกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็น ตั้งคำถามเพื่อชักชวนให้คิด และ/หรือให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างมีประสิทธิภาพ

การสอนแต่ละสไตล์มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่สอน จำนวนนักศึกษา และความชอบของนักศึกษา (หากสามารถรู้ได้) สมรรถนะของผู้สอน เวลา และทรัพยากรที่มีอยู่ ประโยชน์ของการสอนโดยมีนักศึกษาเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของนักศึกษา การสื่อสารที่ดี และทักษะการปฏิบัติงานเป็นกลุ่มเพื่อแก้ปัญหาเชิงรุก ประโยชน์ที่กล่าวมาทั้งหมด เป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเป็นสมาชิกทีมอย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยงาน ประโยชน์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ หากผู้สอนตระหนักว่าสไตล์การสอนไม่ใช่เรื่องความชอบส่วนตัว แต่ต้องระลึกว่า ยังมีสไตล์การสอนแบบอื่นที่ดีเท่ากัน หรือดีกว่า หรือมีประสิทธิภาพมากกว่าสำหรับสถานการณ์นั้นๆ จึงขอให้ผู้สอนมีความยืดหยุ่น ซึ่งอาจเป็นเพียงการปรับวิธีการสอนที่คุ้นเคย เพื่อให้เหมาะสมกับวิธีการสอนที่ระบุไว้ในหลักสูตร

ฮาร์ดเดน (Harden) ระบุบทบาทที่สำคัญของผู้สอน 6 ประการ [3] ได้แก่

- ผู้ให้ข้อมูล
- ผู้เป็นต้นแบบ
- ผู้อำนวยการความสะดวก
- ผู้ประเมิน
- ผู้วางแผน
- ผู้ผลิตทรัพยากร

ในฐานะผู้ให้ข้อมูลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้สอนต้องมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี ซึ่งรวมถึงหลักการพื้นฐานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำไมเรื่องนี้จึงมีความสำคัญสำหรับสถานบริการสุขภาพหรือในคลินิก และเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในสถานที่ปฏิบัติงานของตน การให้เวลาเพื่อสะท้อนการปฏิบัติงาน และวิธีการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงในสถานที่ปฏิบัติงาน อาจช่วยให้เห็นประเด็นที่เกี่ยวข้องที่จะนำมาสอนนักศึกษา มีหลายวิธีที่ผู้สอนจะแสดงให้เห็นการปฏิบัติที่ปลอดภัย เมื่อท่านปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในสถานปฏิบัติงาน นักศึกษาจะสังเกตว่าท่านมีพฤติกรรมอย่างไรในเรื่อง

- ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว
- เคารพต่อความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว
- ให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- คำนึงถึงโอกาสที่จะเกิดผลดี-ผลเสีย ในการวางแผนการรักษา
- ตอบคำถามผู้ป่วยและครอบครัว และกระตุ้นให้เขาถามคำถาม
- ทำความสะอาดมือระหว่างการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน
- ยอมรับวิธีการปฏิบัติงานเป็นทีม
- ยินดีรับคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงาน
- ทำตามแนวปฏิบัติของสถานที่ปฏิบัติงาน
- ยอมรับความไม่แน่นอน
- ยอมรับและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเองและของผู้อื่น [4]
- ระบบการคิดแก้ไขปัญหา
- ดูแลตนเองและเพื่อนร่วมงาน

ท่านสามารถเป็นผู้สอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ เพียงแต่ท่านปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย อันจะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาผู้ซึ่งกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้

การคำนึงถึงผู้ป่วยในการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสามารถผสมผสานเข้าไปในสภาพการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การสอนในสภาพแวดล้อมที่ปฏิบัติงาน ไปจนถึงการสอนในห้องบรรยาย และการสอนกลุ่มย่อย เพียงแต่ผู้สอนใส่ใจทำทุกครั้งที่มีโอกาส

คำถามที่ไม่จบประโยคต่อไปนี้ อาจช่วยให้เกิดความคิดว่า จะสร้างโอกาสการเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างไร

- อันตรายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ ณ ที่นี้คืออะไร...
- เราต้องระมัดระวังอะไรบ้างในสถานการณ์เช่นนี้...
- เราสามารถที่จะลดความเสี่ยงได้อย่างไร...
- อะไรบ้างที่อาจทำให้สถานการณ์มีความเสี่ยงมากขึ้นสำหรับผู้ป่วย...
- เราควรทำอะไรบ้าง หากเหตุการณ์เอ็กซ์ (X) เกิดขึ้น...
- แผนที่สองของเราคืออะไร...
- เราจะบอกผู้ป่วยว่าอย่างไร หากเหตุการณ์เอ็กซ์ (X) เกิดขึ้น...
- ความรับผิดชอบของเราคืออะไร...
- มีใครบ้างที่สามารถให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์นี้... เจ้าหน้าที่คนอื่นหรือผู้ป่วย
- เกิดอะไรขึ้น จะทำอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นอีกในอนาคต...
- เราสามารถเรียนรู้อะไรบ้างจากสถานการณ์นี้...
- มาช่วยกันดูอัตราส่วนของผลดีต่อผลเสียของแผนที่ท่านนำเสนอ...

วิธีสอนที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือ การที่นักศึกษาได้มีประสบการณ์เรียนรู้จากผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยในเรื่องการศึกษาด้านการบริการสุขภาพมีมานานแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นในแง่ของประสบการณ์ของเขาที่ผู้ป่วยเป็น

โรคหรือมีอาการนั้นๆ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถสอนนักศึกษาได้ในเรื่อง การสื่อสาร การให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยง จริยธรรม การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และอื่นๆ อีกมากมาย

ข้อพึงระวัง

โปรดจำไว้ว่านักศึกษาอาจเกิดความสับสน หากผู้สอนเน้นความสำคัญของความเสี่ยง ความผิดพลาด และอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม ผู้สอนที่มีประสิทธิภาพต้องสร้างสมดุลโดยการพูดถึงแง่มุมของเรื่องนี้ในเชิงบวกด้วย เช่น การนำไปใช้แก้ปัญหา ความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีวิธีการที่เป็นรูปธรรมเพื่อเตรียมนักศึกษาให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น และจำเป็นต้องให้ข้อมูลเรื่องความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับความปลอดภัย ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ การปรับปรุงบริการให้ดีขึ้น

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

ชุดการสอนเรื่อง “การสอนเมื่อเวลาจำกัด” ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานในคลินิกในประเทศออสเตรเลีย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในวิชาชีพบริการสุขภาพในที่ปฏิบัติงาน ซึ่งมีข้อเรียกร้องมากมายจากครูผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการด้วย

(<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/ontherun/tips;> accessed 4 January 2011).

National Center for Patient Safety of the US Department of Veterans Affairs

(www.patientsafety.gov; accessed 17 February 2011).

Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. ABC of learning and teaching in medicine, 2nd ed. London, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

Sandars J, Cook G, eds. ABC of patient safety. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

เอกสารอ้างอิง

1. "I don't know": the three most important words in education. British Medical Journal, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610-612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334-347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3-7.

8. กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทนำ

นักศึกษาในสาขาบริการสุขภาพคุ้นเคยกับการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ โดยการเรียนรู้และศึกษา แล้วพยายามอย่างมากโดยนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่เรียนรู้มาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน แต่ในกรณีเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การคิดว่า “ทำแบบเดิมแต่เพิ่มความพยายามมากขึ้น” อาจไม่ได้ผล [1] ดังนั้น จึงต้องปรับความคิดเรื่องเวลา และการปรับรูปแบบของวิธีการเรียนการสอน

เป้าหมายของบทนี้อธิบายกลวิธีที่หลากหลาย ซึ่งสามารถนำมาใช้เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีการเหล่านี้เป็นวิธีการแบบเดียวกันกับที่ใช้สอนเรื่องอื่นๆ ความท้าทายสำหรับผู้สอนคือ จะผสมผสานประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าไปในกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีอยู่ได้อย่างไรถ้าทำได้ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องที่ “เพิ่มเข้ามา” ซึ่งหมายถึงงานเพิ่มพิเศษ แต่ในทางกลับกัน เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการดูแลแบบองค์รวม ในระบบการศึกษาของสาขาบริการสุขภาพ

หลักการพื้นฐานของการสอนอย่างมีประสิทธิภาพคือ ควรให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนอย่างแข็งขัน (active learning) มากกว่าที่สุดระหว่างอยู่ในกระบวนการเรียนรู้ที่จัดขึ้นอย่างมีความหมาย แทนที่จะเป็น ผู้รับข้อมูลเท่านั้น (passive recipients)

ลักษณะการเรียนรู้แบบแข่งขัน สรุปลักษณะได้ดังนี้ [2]

**อย่าบอกนักศึกษาหากท่านสามารถแสดงให้เห็นเขาได้ และห้าม
แสดงให้เขาดูหากเขาสามารถทำเองได้**

โลว์แมน (Lowman) ได้ระบุกลวิธีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการ
เรียนรู้แบบแข่งขันไว้ ดังนี้ [3]

- ใช้ข้อมูลที่อยู่ในความสนใจของนักศึกษา และที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริง
- นำเสนอเนื้อหาที่ตื่นเต้นเร้าใจหรือขบขัน
- ชมเชยหรือให้รางวัลนักศึกษา
- เชื่อมโยงสาระสำคัญกับหัวข้อต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- กระตุ้นให้ใช้ความรู้เดิมโดยจัดให้มีการทดสอบก่อนเรียน และการ
ใช้แผนที่แนวคิด (concept maps) และการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน
- ทำให้นักศึกษาโดยการสอนหัวข้อที่มีความยากเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ
- แสดงให้นักศึกษาเห็นพฤติกรรมที่ท่านต้องการให้เกิดขึ้น

การบรรยาย

ในการสอนแบบบรรยาย [4] ผู้สอนนำเสนอเนื้อหาต่อนักศึกษากลุ่ม
ใหญ่ วิธีการดั้งเดิมนี้เป็นสภาพการณ์ที่เกิดต่อหน้า (face-to-face setting)
แต่ปัจจุบันบางมหาวิทยาลัยอนุญาตให้นักศึกษาฟังบรรยายทางออนไลน์
ผ่านการบันทึกโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัล (podcasting)

การบรรยายควรประกอบด้วยสองส่วน

- เป้าหมาย - ระบุสาระสำคัญของการบรรยาย เช่น เป้าหมายของ
การบรรยายในชั่วโมงนี้ เป็นบทนำในหัวข้อความปลอดภัยของ
ผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์ - ระบุสิ่งที่คาดหวังหลังจากการฟังบรรยาย เช่น เมื่อ
ฟังบรรยายแล้วนักศึกษาสามารถบอกชื่องานวิจัยที่สำคัญ 3 เรื่อง
ที่นำเสนออันตรายที่เกิดจากบริการสุขภาพ

การบรรยายควรใช้เวลาประมาณ 45 นาที หากนานกว่านี้ สมาธิ
ของผู้ฟังจะลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นที่การบรรยายแต่ละครั้ง เนื้อหาจะต้องไม่
มากเกินไป ควรตั้งเป้าหมายไว้สำหรับ 4-5 ประเด็นหลักเป็นอย่างมาก

การสอนแบบบรรยายส่วนใหญ่ จะประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 3 ส่วน (ส่วนต้น เนื้อหา ส่วนท้าย)

- ส่วนต้นหรือบทนำ เป็นส่วนเริ่มต้นของการบรรยาย เป็นการอธิบายว่า หัวข้อนี้มีความสำคัญอย่างไร และแจ้งวัตถุประสงค์
- เนื้อหา เป็นสาระหลักของการบรรยาย
- ส่วนท้าย เป็นการสรุป ทบทวนวัตถุประสงค์ และสาระสำคัญของการบรรยาย

ประโยชน์

- สามารถสื่อสารข้อมูลแก่นักศึกษากลุ่มใหญ่ในครั้งเดียว
- มีประโยชน์สำหรับการให้ข้อมูลภาพรวมของหัวข้อ การให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง และแนะนำแนวคิดทฤษฎี
- ให้ข้อมูลที่ทันสมัยและความคิดเห็น ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ในตำราหรือในรายงานวิจัย
- สามารถใช้อธิบายหรือชี้แจง เกี่ยวกับแนวคิดหรือเนื้อหาที่เข้าใจยาก ตลอดจนแสดงให้เห็นว่าจะนำเสนออย่างไร

ข้อท้าทาย

- การที่จะทำให้ นักศึกษากลุ่มใหญ่สนใจและมีส่วนร่วม
- นักศึกษาในชั้นปีสูงและเจ้าหน้าที่ที่อ่อนอาวุโส มักชอบเทคนิคการสอนที่เน้นประสบการณ์ (experiential techniques)
- ทักษะการนำเสนอ
- ส่วนมากการบรรยายมักต้องอาศัยเทคโนโลยี
- เนื้อหาเชิงลบ (ผลเสียจากระบบบริการ) มักจะทำให้หมดกำลังใจ

ตัวอย่าง

- หัวข้อที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร
- หัวข้อที่ 2 ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานและขณะอยู่ในคลินิก

การสอนที่เกิดขึ้นในบริบทของการตรวจเยี่ยมในหอผู้ป่วย ในคลินิก หรือการสอนข้างเตียง/ข้างเก้าอี้

ประโยชน์

- การสอนในหอผู้ป่วย ในคลินิก ข้างเตียง หรือข้างเก้าอี้ผู้ป่วย เป็นโอกาสที่ดีที่สุดที่จะสอน และให้นักศึกษาได้สังเกตการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ตลอดจนการสื่อสาร และได้ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในขณะเดียวกันผู้สอนก็สามารถเป็นต้นแบบของการปฏิบัติงานในบทบาทวิชาชีพในการให้บริการที่ปลอดภัย และมีจริยธรรม
- ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยแทรกอยู่ในทุกที่ของสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน
- อิงกับบริบท
- มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์จริง
- น่าสนใจและมักท้าทาย

ข้อท้าทาย

- ไม่มีเวลา เพราะความกดดันจากงาน
- ขาดความรู้ในการผสมผสานเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการสอนข้างเตียง
- ขึ้นอยู่กับโอกาส - ไม่สามารถเตรียมการไว้ล่วงหน้าได้ จึงยากที่จะวางแผนทางการสอนให้เป็นรูปแบบได้

ตัวอย่าง

หัวข้อที่ 9 การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ (ประเด็นการทำความสะอาดมือในการปฏิบัติงาน)

หัวข้อที่ 10 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุกร้า

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

ชุดการสอนเรื่อง “การสอนเมื่อมีเวลาจำกัด” ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานในคลินิกในประเทศออสเตรเลีย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในวิชาชีพบริการสุขภาพในที่ปฏิบัติงาน ซึ่งมีข้อเรียกร้องมากมายจากครูผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการด้วย

(<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/ontherun/tips>; accessed 4 January 2011).

กิจกรรมการสอนแบบกลุ่มย่อย - เรียนรู้กับเพื่อน

การสอนแบบนี้เกิดเมื่อนักศึกษาถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ซึ่งมักจะมีครูประจำกลุ่มเป็นผู้ดูแลและมีผู้ช่วยร่วมด้วย ลักษณะสำคัญคือ การมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษา ในการร่วมกันหาคำตอบต่อคำถามที่กำหนดให้ แต่ทั้งนี้ นักศึกษาแต่ละคนก็ยังมีความจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อการเรียนของตนเอง ตัวอย่างเช่น การทำโครงการ

ประโยชน์

- ได้แบ่งปันเรื่องของตนเอง
- ได้รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วย
- ได้เรียนรู้จากเพื่อนในกลุ่ม
- ได้เห็นมุมมองที่หลากหลาย
- ได้เรียนรู้การปฏิบัติงานเป็นทีมและทักษะการสื่อสาร

ข้อท้าทาย

- พลวัตของกลุ่ม
- นัยที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร เช่น เวลาของครูประจำกลุ่ม
- ความเชี่ยวชาญของครูประจำกลุ่ม

ตัวอย่าง

- หัวข้อที่ 2 ทำไม่การนำปัจจัยด้านมนุษยมาใชจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

- หัวข้อที่ 4 การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Learning to use patient stories. NHS Evidence innovation and improvement

(<http://www.library.nhs.uk/improvement/viewResource.aspx?resID=384118>; accessed 4 January 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories-a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

คู่มือหลักสูตรนี้

- ช่วยให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานสามารถนำไปเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและการบริการที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- มีฐานมาจากการรวบรวมและการใช้เรื่องราวของผู้ป่วย
- ได้แสดงวิธีการรวบรวมเรื่องราวที่มีประสิทธิภาพจากสมาชิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ปกครอง และสมาชิกจากวิชาชีพต่างๆ
- ได้แสดงให้เห็นว่าทุกคนมีความแตกต่าง และมีคุณค่าสำหรับการรับรู้ต่อประสบการณ์ที่มีต่อบริการสุขภาพของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

การอภิปรายกรณีผู้ป่วย (Case discussion)

กิจกรรมนี้เกิดขึ้นเมื่อนักศึกษากลุ่มเล็กอภิปรายกรณีผู้ป่วย โดยมักมีครูประจำกลุ่มร่วมด้วย

ประโยชน์

- สามารถใช้กรณีที่เกิดขึ้นจริง หรือเขียนกรณีศึกษาขึ้น เพื่ออธิบายหลักการความปลอดภัยของผู้ป่วย
- บริบทของสถานการณ์จริงทำให้แนวคิดเรื่องนี้เป็นเรื่องจริง ใกล้ตัว และตรงประเด็น
- ได้เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน
- สามารถเชื่อมโยงแนวคิดที่เป็นนามธรรมกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

ข้อท้าทาย

- การเลือก/การเขียนกรณีศึกษาที่สมจริง และสามารถกระตุ้นให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปรายอย่างเข้มข้น
- การใช้กรณีศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อท้าทายให้คิด และใช้การครุ่นคิดสร้างการเรียนรู้
- กระตุ้นให้นักศึกษารู้จักคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

การวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในคลินิก หรือสถานปฏิบัติงาน

รายงานอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายประจำสัปดาห์ขององค์กร AHRQ (<http://webmm.ahrq.gov/>; accessed 4 January 2011)

เกมส์

การสอนโดยใช้เกมส์ทำให้เกิดความสนุกสนาน สามารถใช้ได้ตั้งแต่เกมส์คอมพิวเตอร์ ไปจนถึงการสร้างสถานการณ์สำหรับแสดงบทบาทสมมุติ

ประโยชน์

- ให้ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน
- ทำท่าย

- สามารถสอนการปฏิบัติงานเป็นทีม การสื่อสาร

ข้อท้าทาย

- การเชื่อมโยงเกมส์กับสถานการณ์จริงที่เกิดในสถานปฏิบัติงาน
- ระบุเป้าประสงค์ของเกมส์ได้อย่างชัดเจนและเปิดเผย

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accessed 4 January 2011

การศึกษาด้วยตนเอง (Independent study)

การศึกษาที่นักศึกษาทำด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติงานตามโจทย์ที่ได้รับมอบหมาย การเขียนเรียงความ

ประโยชน์

- นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ตามจังหวะช้าเร็วของตนเอง
- นักศึกษาสามารถเน้นในจุดที่ตนเองยังขาดความเข้าใจ
- โอกาสที่จะได้สะท้อนคิด
- ค่าใช้จ่ายถูก จัดตารางเวลาเรียนรู้ได้ง่าย
- ยืดหยุ่นสำหรับผู้เรียน

ข้อท้าทาย

- สร้างแรงจูงใจ
- ขาดโอกาสเข้าถึงความรู้คำแนะนำจากแหล่งที่ดีได้
- อาจทำให้ความผูกพันของนักศึกษาลดน้อยลง
- ผู้สอนต้องใช้เวลามากสำหรับการให้คะแนน และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

การเป็นเพื่อนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล คลินิก ห้องให้คำปรึกษาส่วนตัว: การตามรอยผู้ป่วย (patient tracking)

นักศึกษาเป็นเพื่อนผู้ป่วยแต่ละคนตลอดระยะเวลาที่เข้ามาในระบบบริการของโรงพยาบาล กิจกรรมนี้รวมถึงการที่นักศึกษาเป็นเพื่อนผู้ป่วยไปในทุกกิจกรรมการตรวจ การตรวจทางห้องทดลอง และการทำหัตถการต่างๆ

ประโยชน์

- การได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับระบบบริการ
- ได้เห็นภาพในมุมมองของผู้ป่วย
- ได้เห็นความแตกต่างของแต่ละหน่วยบริการ และเห็นปฏิสัมพันธ์ของแต่ละหน่วย

ข้อท้าทาย

- การจัดเวลา
- การปรับประสบการณ์ให้เป็นแบบฝึกหัดของการเรียนรู้
- โอกาสมีจำกัดสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ การได้ข้อมูลป้อนกลับจากกลุ่มเพื่อน และการถูกการประเมิน

การแสดงบทบาทสมมติ (docudrama)

เป็นวิธีการสอนที่เป็นที่รู้จักกันดีว่า ทำให้นักศึกษาได้แสดงพฤติกรรมในบทบาทของบุคลากรวิชาชีพในสถานการณ์เฉพาะ กิจกรรมนี้ประกอบด้วยสองลักษณะ

- นักศึกษาแสดงบทสนทนา หรือแสดงบทบาทโดยที่ไม่ได้เตรียมมาก่อน เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้น
- นักศึกษาได้แสดงบทบาท และสนทนาในสถานการณ์ของกรณีผู้ป่วย

ประโยชน์

- ค่าใช้จ่ายถูก
- ไม่ต้องการฝึกมาก
- สามารถจัดได้ตลอดเวลา
- เอื้อให้เกิดพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ (interactive) - ทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสทดลองในสถานการณ์จำลอง “จะเกิดอะไรขึ้น หาก... (what if)”
- การมีประสบการณ์ตรง - กระตุ้นให้นักศึกษาให้เข้าใจและให้ไว (sensitive) ต่อบทบาทของฝ่ายต่างๆ ที่ส่งผลในสถานการณ์ความปลอดภัยต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งในบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ และฝ่ายบริหารของสถานบริการ
- เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ยอมรับบทบาทของผู้อาวุโสกว่า และบทบาทของผู้ป่วย
- สามารถแสดงมุมมองที่แตกต่างหลากหลาย
- เป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเป็นทีม และปัญหาด้านการสื่อสารที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อท้าทาย

- การเขียนสถานการณ์จำลอง หรือการเขียนบท (scripts)
- การเขียนสถานการณ์ที่มีความหมาย ที่สามารถทำให้ผู้เรียนได้มีทางเลือก มีการตัดสินใจ และเห็นถึงความขัดแย้ง
- ใช้เวลามาก
- ไม่ใช่ว่านักศึกษาทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วม (บางคนจะทำตัวเป็นผู้สังเกตการณ์อย่างเงียบๆ)
- นักศึกษาอาจจะออกนอกเรื่อง และแสดงบทบาทไม่เป็นไปตามแผน

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628-630.

การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation)

ในบริบทของการบริการสุขภาพ สถานการณ์จำลองหมายถึง “เทคนิคการสอนที่เอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ และในช่วงเวลาที่แสดงกิจกรรม เป็นการสร้างสถานการณ์การให้บริการบางส่วนหรือทั้งหมดเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย” [5] แนวโน้มในอนาคตคาดว่า จะมีการพัฒนาการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในรูปแบบใหม่ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เนื่องจากความจำเป็นทางด้านจริยธรรม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย [6]

รูปแบบของสถานการณ์จำลองหลากหลายที่ใช้อยู่

- สถานการณ์จำลองผ่านจอคอมพิวเตอร์
- ใช้เทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อน หรือการใช้หุ่น สำหรับฝึกปฏิบัติตรวจร่างกายเบื้องต้น
- ผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients)
- หุ่นจำลองที่ควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ ที่สามารถจำลองคนทั้งตัวได้ใกล้เคียงกับระบบร่างกายจริงของมนุษย์
- อุปกรณ์เสมือนจริง

ประโยชน์

- ไม่มีความเสี่ยงกับผู้ป่วย
- สถานการณ์จำลองอาจเขียนขึ้นตามที่ต้องการ แม้แต่สถานการณ์วิกฤตที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยๆ ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว
- ผู้ร่วมกิจกรรมสามารถเห็นผลของการตัดสินใจ และผลของการกระทำได้ทันที ย่อมให้มีความผิดพลาดเกิดขึ้นและส่งผลให้เห็น และสามารถรอได้จนเห็นข้อสรุปสุดท้าย (แต่สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตจริงแล้ว บุคลากรอาจจะต้องเป็นผู้เข้ามาจัดการสถานการณ์)
- สถานการณ์จำลองสามารถนำเสนอได้ซ้ำๆ สำหรับแต่ละทีมหรือ

แต่ละวิชาชีพ

- ทราบสาเหตุเบื้องหลังของสถานการณ์นั้นๆ
- การใช้หุ่นจำลอง ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกสามารถใช้อุปกรณ์จริง ซึ่งแสดงให้เห็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของคนกับเครื่องมือ
- เป็นการละเล่น (จำลองสถานการณ์) อย่างครบครันของ สภาพแวดล้อมจริงทางคลินิกเปิดโอกาสให้ลองสัมผัสและเรียนรู้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกได้อย่าง ครบถ้วน และเป็นโอกาสในการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติงานเป็น ทีม ภาวะผู้นำ และการสื่อสาร
- การบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง สามารถทำได้ อย่างเข้มข้นและทำในเชิงลึก (intrusive) โดยใช้ทั้งการบันทึกเสียง และวิดีโอ โดยไม่มีเรื่องของความลับของผู้ป่วยมาเกี่ยวข้อง และผลการบันทึกนี้สามารถนำมาใช้ในงานวิจัย การประเมินการ ปฏิบัติงาน หรือการรับรองคุณภาพบริการได้

ข้อท้าทาย

- เครื่องมือและอุปกรณ์จำลองสถานการณ์บางชนิด (modalities) มี ราคาสูงมาก
- จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญพิเศษทำหน้าที่สอน หรือติดตามความก้าวหน้าในการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ

โครงการปรับปรุงคุณภาพ (Improvement projects)

โครงการปรับปรุงคุณภาพงานเป็นวงจรต่อเนื่องของการวางแผน การปฏิบัติกลวิธีต่างๆ การประเมินประสิทธิผลของกลวิธีที่ใช้ และการ สะท้อนปัญหาเพื่อหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้นในอนาคต โครงการปรับปรุง คุณภาพมักอธิบายด้วยวงจร PDSA [8] ดังรายละเอียดข้างล่างนี้:

- วางแผน - วางเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง โดยมีพื้นฐานจากการ รับรู้ในศักยภาพที่จะพัฒนากระบวนการที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นได้
- ลงมือทำ - ปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- วัดผล - วิเคราะห์ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง

- นำไปใช้ - สิ่งที่ต้องทำต่อไป เพื่อให้กระบวนการพัฒนาดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

การใช่วงจร PDSA เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรในวิชาชีพบริการสุขภาพได้พัฒนา และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกิจกรรมที่คาดหวังว่าจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติการ ดังนั้นจึงถือว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ที่จะทำให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมในระดับหอผู้ป่วยหรือในคลินิก ซึ่งเป็นระดับที่จะเห็นบทบาทของทีมนสหวิชาชีพได้ชัดเจนที่สุด โดยธรรมชาติของโครงการปรับปรุงคุณภาพ ส่วนมากมักมีองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแทรกอยู่ด้วย

ประโยชน์

- สร้างแรงจูงใจ
- สร้างพลังอำนาจ
- ได้เรียนรู้การจัดการการเปลี่ยนแปลง
- ได้เรียนรู้ที่จะปฏิบัติงานเชิงรุก
- ได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหา

ข้อท้าทาย

- การคงไว้ซึ่งแรงผลักดันและแรงจูงใจ
- การให้เวลา

ตัวอย่าง

ประเด็นเรื่องการทำความสะอาดมือในสถานบริการสุขภาพ

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2005, 31:98-105.

US Agency for Healthcare Research and Quality mortality and morbidity web site
(<http://www.webmm.ahrq.gov/>; accessed 17 February 2011).

เอกสารอ้างอิง

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628-630.
2. Davis BG. Tools for teaching. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. Mastering the techniques of teaching. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. A practical guide for medical teachers. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22-S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783-788.
7. Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785-788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206-212.

9. วิธีการประเมินผลความปอดภัย ของผู้ป่วย

เป้าประสงค์ของการประเมินผล

การประเมินผลเป็นส่วนประกอบที่ทำให้หลักสูตรมีความสมบูรณ์ เนื้อหาและรูปแบบของการประเมินผลมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรม การเรียน และผลลัพธ์ทางการเรียนของนักศึกษา เป็นเรื่องจำเป็นที่การ ประเมินผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผลลัพธ์ทางการเรียนตอนจบ การศึกษา ในขณะเดียวกันก็เป็นแรงจูงใจ และเป็นแนวทางในการเรียน สำหรับนักศึกษา การประเมินผลต้องมีความหมาย และสร้างความมั่นใจให้ กับผู้สอน ผู้วางแผนรายวิชา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก เช่น องค์กร รับรองคุณภาพ คณะกรรมการควบคุมมาตรฐาน และหน่วยงานที่จะเป็น ผู้ใช้บัณฑิตในอนาคต นิวเบิล และแคนนอน (Newble and Cannon) [1] เน้นว่าความชัดเจนในจุดประสงค์ของการประเมินผลเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด และได้รวบรวมจุดประสงค์ของการประเมินผลที่มีอยู่หลากหลาย ดังใน รายการข้างล่างนี้ มีสองประเด็นที่เป็นตัวเข้ม ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญ สำหรับการเรียนเรื่องความปอดภัยของผู้ป่วย

- ตัดสินใจว่าทักษะและความรู้ที่นักศึกษาจำเป็นต้องรู้
- จัดลำดับที่ของนักศึกษา
- มีการวัดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ
- วินิจฉัยปัญหาของนักศึกษา
- จัดให้มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่นักศึกษา
- มีการประเมินประสิทธิภาพของวิชา

- สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาสนใจใฝ่รู้
- กำหนดมาตรฐาน
- ควบคุมคุณภาพเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ

ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้นักศึกษาได้ลงมือกระทำเรื่องนี้จริงจัง และนำเรื่องนี้ไปปฏิบัติในการปฏิบัติงาน เป็นเรื่องยากยิ่งกว่าการออกแบบเครื่องมือเพื่อวัดว่านักศึกษาทำเรื่องนี้ได้ดีแค่ไหน อย่างลืมน่าหลายวิชาชีพในบริการสุขภาพยังไม่มีความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จุดเน้นของการประเมินผลควรเป็นการสนับสนุน ให้นักศึกษาได้พัฒนาความรู้และทักษะเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรมีนักศึกษาคนใดถูกกีดกันไม่ให้ศึกษาจนจบวิชา เนื่องจากเกิดความผิดพลาดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกเสียจากว่าเป็นความผิดพลาดอย่างมหันต์ และเป็นอันตรายที่เกิดจากความตั้งใจ

เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ใช่หัวข้อที่จะปล่อยให้ นักศึกษาศึกษาเองตามลำพัง แต่เรื่องนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีความซับซ้อน ได้แก่ การปฏิบัติงานกับทีมที่ต้องฝึกปฏิบัติงานในระบบที่มีการออกแบบเพื่อช่วยลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากองค์กรและฝ่ายบริหาร นักศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานใหม่จะถูกคาดหวังว่า จะต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐาน และเมื่อเวลาผ่านไปได้สัมผัสกับคนที่ เป็นแบบอย่างและได้รับคำแนะนำ ประกอบกับมีประสบการณ์การปฏิบัติงานร่วมกับทีมที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เขามีไหวพริบปฏิภาณที่จะเผชิญหน้ากับปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อการดูแลที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ภายใต้บริบท การเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ เป้าประสงค์ของการประเมินผลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นักศึกษา และสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษานำเรื่องนี้ไปปฏิบัติ กระบวนการประเมินผลจึงควรสะท้อนภาพนี้

การให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผล

หนึ่งในข้อท้าทายที่ใหญ่ที่สุดสำหรับสถาบันการศึกษาคือ การหาผู้สอน หรือบุคลากรในวิชาชีพที่เหมาะสมมาสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้

ป่วยในสถานปฏิบัติงาน วิธีหนึ่งที่จะจัดการกับปัญหานี้คือ การจัดหลักสูตรที่ขับเคลื่อนด้วยนักศึกษา แต่เหตุผลที่จะทำให้ศึกษานำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติคือ การได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีสอนที่มีประสิทธิภาพที่สุด โรงเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยซิดนีย์ประเทศออสเตรเลีย มีข้อกำหนดให้นักศึกษาต้องทำกิจกรรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในสองปีสุดท้ายของการเรียน โดยจัดทำเนื้อหาความรู้พื้นฐานขึ้นเว็บในเวลาที่เหมาะสมที่นักศึกษาต้องเรียน หัวข้อที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกสามารถนำมาปรับและนำขึ้นเว็บ ในเวลาที่เหมาะสมกับที่นักศึกษาต้องอ่าน ก่อนที่จะไปปฏิบัติงาน หรือก่อนที่จะทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนในหัวข้อนั้น นักศึกษามีบันทึกประสบการณ์การปฏิบัติงาน และตอบคำถามสำหรับกิจกรรมนั้นเป็นข้อคำถามหนึ่งหน้า ในช่วงท้ายของการปฏิบัติงานในบล็อก/หรือภาคการศึกษา นักศึกษาจะพบกันในกลุ่มย่อยพร้อมด้วยครูประจำกลุ่มเพื่ออภิปรายประสบการณ์ที่ได้รับและที่ได้สังเกตเห็น ครูประจำกลุ่มหรือผู้แทนเป็นผู้ให้การรับรอง โดยลงลายมือชื่อในสมุดบันทึกของนักศึกษา เพื่อแสดงว่าได้ผ่านกระบวนการประเมินผลการดำเนินงาน (formative assessment) สำหรับหัวข้อนั้นๆ ตัวอย่างข้างล่างนี้ เป็นกิจกรรมที่กำหนดให้นักศึกษาต้องปฏิบัติสำหรับการเรียนหัวข้อที่ 3 ตามหลักสูตรนี้ รวมทั้งการประเมินผล

ภาพ A.9.1. เนื้อหาของหัวข้อที่ 3 ของมหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย

หัวข้อที่ 3	กิจกรรม	การประเมินผล
เข้าใจระบบและผลกระทบของความซับซ้อนต่อการดูแลผู้ป่วย	อ่านเนื้อหาในหัวข้อนี้ทางออนไลน์ ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่แรกที่เขาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือจนแสดงผลลัพธ์ชัดเจน ใช้แม่แบบสำเร็จรูปในการบันทึกกิจกรรมที่กล่าวข้างต้น	ครูประจำกลุ่มลงลายมือชื่อให้ผ่านสำหรับนักศึกษาที่ปฏิบัติงานและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นที่น่าพอใจ ในช่วงไม่กี่สัปดาห์ของการพูดกันต่อหน้า (หรือผู้ปฏิบัติงานในคลินิกลงลายมือชื่อรับรองว่าได้ทำกิจกรรมครบถ้วนแล้ว แต่ไม่มีการพูดกันต่อหน้า)



ภาพ A.9.2 เป็นแม่แบบสำเร็จรูปสำหรับให้นักศึกษาเขียนบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นจากการตามรอย การเดินทางของผู้ป่วยเมื่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลหรือในคลินิก

ภาพ A.9.2. ตัวอย่างรายงานของนักศึกษาสำหรับหัวข้อที่ 3 ของมหาวิทยาลัยซิดนีย์ออสเตรเลีย

ชั้นที่ 3 (ชั้นปีที่ 3 ของนักศึกษาระดับหลังปริญญา หลักสูตรแพทยศาสตร์):
หัวข้อที่ 3 การทำความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ

.....
ชื่อนักศึกษา

เลขประจำตัว

วันที่ทำกิจกรรม

สรุปเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย (patient journey):

สิ่งสำคัญที่สังเกตเห็น 3 ข้อ

สิ่งสำคัญที่ได้เรียนรู้ 3 ข้อ

ตำแหน่งของผู้ลงลายมือชื่อรับรองความครบถ้วนของการทำกิจกรรม

ชื่อ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ

ตำแหน่ง

วันที่ลงนาม



สำหรับกิจกรรมอื่น เช่น การให้ยา การทำหัตถการที่รุกราน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ขณะที่นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรม (เช่น การประสานรายการยา การเตรียมยาในแผนกเภสัชกรรม การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยร่วมกับเภสัชกร การสังเกตกระบวนการเตรียมการก่อนทำหัตถการ) เจ้าหน้าที่ผู้สังเกตเป็นผู้ลงนามในแบบฟอร์มเพื่อรับรองว่านักศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมครบถ้วน

มีตัวอย่างการประเมินผลนักศึกษาเพิ่มเติมในส่วน B ภาคผนวก 1

ประโยชน์ข้อหนึ่งของกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้นักศึกษาเป็นคนนำ (student-led activities) คือ โอกาสที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมของสถานปฏิบัติงาน เมื่อนักศึกษาขออนุญาตเจ้าหน้าที่เพื่อการ สังเกตการณ์ หรือขอเข้าร่วมในกิจกรรม พร้อมทั้งชี้แจงเหตุผล จะเป็นการ เปิดโอกาสให้มีการพูดคุย อภิปรายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หลายๆ หัวข้อสามารถนำมาสอนโดยให้นักศึกษาเป็นคนนำ

บทบาทของการวัดในการประเมินผล

วิธีการประเมินที่น่าเชื่อถือมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเที่ยงตรง (validity) (วิธีการประเมินผลมีความเที่ยงตรงหรือไม่) ความน่าเชื่อถือ (reliability) (การประเมินผลนั้นให้ผลตรงกันในการวัดซ้ำๆ หรือไม่) นำไป ปฏิบัติได้ (practicality) (ต้องการเวลาและทรัพยากรอะไรบ้าง) และส่ง ผลกระทบเชิงบวกต่อการเรียนรู้ (positive impact on learning) (ได้ผลหรือไม่ จากมุมมองของนักศึกษา) [1]

สำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการวัดในการประเมินผล สามารถค้นคว้าได้จากรายการข้างล่างนี้

Brown S, Glasner A, eds. Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A, Imrie B, Cox K. Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance. London, Kogan Page Ltd, 1998.

การประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน (Formative assessments)

การประเมินผลระหว่างการดำเนินการเป็นหัวใจของกระบวนการ เรียนรู้ของนักศึกษา และไม่สามารถแยกจากกันได้ การเรียนเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยตัวของมันเองเอื้อต่อการประเมินผลแบบนี้ กิจกรรม ประเมินผลที่หลากหลายสามารถนำมาใช้สำหรับทุกองค์ประกอบของทุก หลักสูตร การประเมินผลตนเองเป็นสมรรถนะของนักศึกษาที่จะประเมิน

ความต้องการในการเรียนของตนเอง และเลือกกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น (รายงานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ว่านักศึกษามีสมรรถนะในขอบเขตจำกัดที่จะประเมินตนเอง และอาจจำเป็นต้องอาศัยการประเมินจากภายนอก)

การประเมินผลระหว่างการดำเนินการควรทำอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ข้อมูลป้อนกลับให้กับนักศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเขา เป้าหมายของการประเมินผลแบบนี้ เพื่อต้องการให้นักศึกษาได้เปิดใจในสิ่งที่เขาได้สังเกตเห็น และประสบการณ์ที่ได้รับในการปฏิบัติงาน เราต้องการให้นักศึกษามีอิสระที่จะเปิดเผยในสิ่งที่เป็ภาวะเปราะบางสำหรับเขา และจุดอ่อนของเขา วิธีการประเมินแบบตำหนิอาจให้ผลตรงกันข้าม หรือกดดันให้นักศึกษาต้องปิดบังความรู้และทักษะที่แท้จริงได้ เขาอาจลังเลที่จะพูดในสิ่งที่เขาสังเกตเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแล หรือการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

การประเมินผลสรุป (Summative assessment)

คำว่าผลสรุป (summative) หมายถึง การประเมินผลในทุกองค์ประกอบที่นักศึกษาต้องสอบผ่าน หรือต้องทำให้สำเร็จก่อนที่จะก้าวไปสู่ขั้นตอนต่อไป หรือประเมินในบางส่วนหรือบางหน่วย ก่อนที่จะเริ่มในส่วนหรือหน่วยถัดไป โดยทั่วไปการประเมินผลแบบนี้จะออกมาในสองลักษณะ คือ การสอบปลายภาค และการประเมินผลในวิชา

ตัวอย่างจากมหาวิทยาลัยซิดนีย์ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นตัวอย่างที่ดีของการประเมินผลสรุปภาคบังคับ นักศึกษาถูกกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรม และต้องถูกประเมินผล โดยการพูดคุยกันต่อหน้าในที่ประชุม หรือการสังเกตการณ์ นักศึกษามีเวลาหนึ่งภาคการศึกษาที่จะปฏิบัติงานตามที่วิชากำหนด เพื่อจะรับการประเมินผลสรุป การประเมินผลดังกล่าวอาจทำในปลายสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งโดยปกติจะเป็นช่วงสุดท้ายของตารางปฏิบัติงาน (block) หรืออาจประเมินตอนปลายภาคการศึกษา หรือปลายปี หรือเมื่อจบการศึกษา เนื้อหาในบทนี้กล่าวถึงข้อกำหนดของการประเมินผลหลังจากสิ้นสุดการเรียนวิชาหนึ่งๆ

การประเมินสรุปในวิชา (In-course summative assessments)

มีวิธีการประเมินผลวิชาหลาย ๆ วิธี ที่สามารถนำมาใช้ในหลักสูตร ความปลอดภัยของผู้ป่วย หลายหลักสูตรอาจนำองค์ประกอบเหล่านี้มาผสมผสานกับแฟ้มสะสมผลงาน หรือสมุดบันทึกความสำเร็จ

ลักษณะบางประการของแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการประเมินผลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

หลักการประเมินผลที่จะกล่าวต่อไปนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อประเมินว่า หลักสูตรได้บรรลุเป้าหมายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ การประเมินผลควร

- ขับเคลื่อนการเรียนรู้ไปในทิศทางที่ตั้งเป้าหมายไว้ เพื่อให้บัณฑิตที่จบใหม่ในวิชาชีพสุขภาพได้บรรลุผลลัพธ์ทางการเรียน ให้เขาสามารถให้บริการที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
- มีองค์ประกอบของการประเมินผลระหว่างการดำเนินงานอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้มีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมีการให้คำปรึกษาตลอดหลักสูตร
- มีการบูรณาการ เช่น บูรณาการการเรียนรู้เนื้อหากับการสอนในคลินิก และไม่ควรยึดเฉพาะฐานของวิชาชีพ
- ผสมผสานเข้ากับการทดสอบความรู้ทางคลินิก และพฤติกรรมทางวิชาชีพในทุกระยะของการสอนวิชานี้
- ผสมผสานเข้ากับการทดสอบในวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน เช่น บูรณาการเข้าไปในวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพของประชาชนในทุกระยะของการสอนวิชานี้
- เนื้อหามีความเข้มข้นเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และมั่นใจว่าสัดส่วนของเนื้อหาในระยะก่อนหน้านี้นี้ ได้ถูกบรรจุไว้ในการสอบที่ตามมาภายหลัง
- มีการพัฒนาด้วยความคาดหวังว่า จะไปถึงเกณฑ์มาตรฐานในการรับรองคุณภาพ
- มีความเป็นธรรม โดยให้นักศึกษาและเจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

- สร้างแรงจูงใจและให้ทิศทางแก่นักศึกษาว่าเขาต้องเรียนอะไร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
- ความเป็นไปได้ และเป็นที่ยอมรับของผู้สอนและนักศึกษา

ระบุประเด็นที่ต้องการทดสอบ

กำหนดขอบเขตของสมรรถนะที่ต้องการสอบ (พิมพ์เขียว)

นักศึกษาทุกชาติทุกภาษามีความกังวลกับปริมาณของเนื้อหาที่ต้องเรียนในหลักสูตร และเป็นกังวลเพราะไม่ทราบว่าเนื้อหาเรื่องอะไรบ้างที่จะนำมาออกข้อสอบเพื่อการประเมินผล ผู้สอนควรแจ้งขอบเขตของสมรรถนะ (หรือความรู้) ที่ต้องการทดสอบ ซึ่งก็มักจะดึงมาจากผลลัพธ์ทางการเรียนที่ระบุไว้ในหลักสูตรนั่นเอง เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมั่นใจว่า การประเมินผลที่วางแผนไว้สามารถเป็นตัวแทน หรือครอบคลุมขอบเขตสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ที่จะเป็นบัณฑิตในวิชาชีพ

บางสมรรถนะจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า นักศึกษาได้สั่งสมความรู้และบูรณาการความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ตาราง A.9.1 แสดงความแตกต่างขององค์ประกอบในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่อาจนำมาใช้ในการประเมินผลหลังจบวิชา ตลอดระยะเวลา 4 ปีของหลักสูตรวิชาชีพบริการสุขภาพ

ตาราง A.9.1. พิมพ์เขียวที่แสดงการประเมินผลเมื่อเรียนจบวิชา สำหรับองค์ประกอบในหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ทางการเรียน ที่สามารถประเมินได้	ปีที่โมดูลถูกประเมินครั้งแรกในหลักสูตรทั่วไป			
	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4
ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร	X			
ระบบบริการสุขภาพ		X		
การสื่อสาร		X		
การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย			X	
การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม			X	
การปฏิบัติงานเป็นทีม			X	
การพัฒนาคุณภาพ				X
ความผิดพลาดในการบริการสุขภาพ				X
ความปลอดภัยในการใช้ยา				X

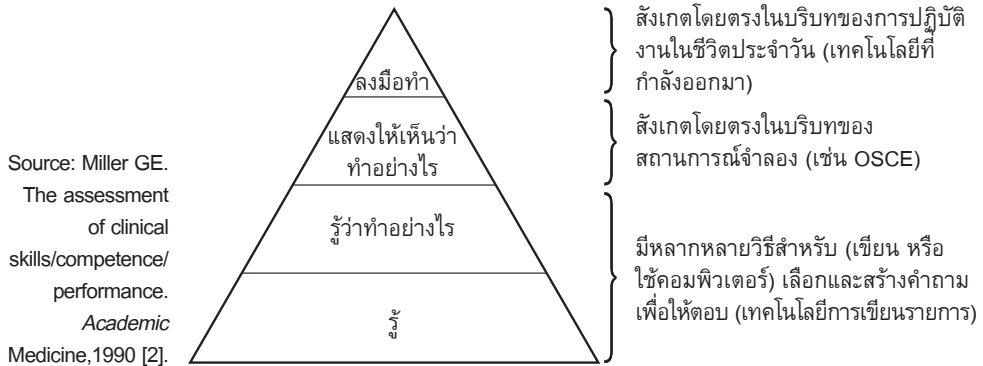
เลือกวิธีการสอบที่เหมาะสม

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเน้นว่า การประเมินผลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ทางการเรียนที่กำหนดไว้ คงไม่มีรูปแบบการประเมินผลแบบใดแบบหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินได้ทุกอย่าง ทางที่ดีที่สุดคือ ต้องตระหนักว่ามีวิธีการประเมินที่หลากหลาย และต้องเลือกใช้บนพื้นฐานของความเข้าใจในจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละวิธี โดยให้เป้าประสงค์ของการประเมินผล เป็นตัวกำหนดรูปแบบหรือวิธีการที่จะใช้ ตัวอย่างเช่น “การประเมินความรู้เกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์” ในกรณีนี้ควรใช้ MEQ หรือ MCQ

วิธีการปรับปรุงคุณภาพอาจเป็นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับการประเมินการทำโครงการของนักศึกษา แต่ก็มีแนวคิดพื้นฐานของการประเมินผลอีกมากมาย ที่จะช่วยในการที่จะตัดสินใจเลือกชนิดหรือรูปแบบของการประเมินผล หนึ่งในนั้นที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายคือ สามเหลี่ยมของมิลเลอร์ (Miller's triangle) ซึ่งเสนอว่าการปฏิบัติงานของนักศึกษาประกอบด้วย 4 ระดับ (ดูภาพ A.9.3) ได้แก่

- รู้
- รู้ว่าทำอะไร
- แสดงให้เห็นว่าทำอะไร
- ลงมือทำ

ภาพ A.9.3. สามเหลี่ยมของมิลเลอร์ (Miller's triangle)



ตัวอย่างเช่น การ “แสดงให้ เห็นว่าทำอะไร” ที่จะเกี่ยวข้องกับ
สมรรถนะเฉพาะซึ่งถือเป็นระดับที่เชี่ยวชาญของนักศึกษา ลักษณะนี้ควร
ประเมินโดยวิธี OSCE เป็นต้น

เช่นเดียวกัน เมื่อดูภาพที่ 3 บางคนอาจคิดว่าความรู้ (รู้) อาจประเมิน
ด้วย MCQ เป็นต้น

โดยทั่วไปรูปแบบการประเมินที่ใช้ในสถาบันการศึกษาระดับวิชาชีพระบบ
บริการสุขภาพ ได้แก่

การเขียน

- การเขียนเรียงความ
- MCQ (เลือก 1 ข้อจาก 4 หรือ 5 ข้อ)
- EMQ
- คำถามที่มีโครงสร้างให้ตอบสั้นๆ (structured answer questions)
- MEQ
- การทำรายงานเพิ่ม (เช่น ทำรายงานโครงการ ทำโปสเตอร์)

- แฟ้มสะสมผลงาน หรือ สมุดบันทึกเหตุการณ์

การปฏิบัติงาน

- การจัดสถานีสอบหลายสถานี (multiple station exams)
- การสังเกตการณ์ปฏิบัติ (เช่น สังเกตผู้ป่วยที่อยู่นาน และ mini-CEX เป็นต้น)
- การประเมิน 360 องศา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับจากหลายแหล่ง
- การเขียนรายงานแบบมีโครงสร้าง (เช่น attachment assessments)
- การนำเสนอปากเปล่า (เช่น การนำเสนอโครงการ การอภิปรายกรณีผู้ป่วย)
- การประเมินตนเอง
- การสอบปากเปล่าแบบมีโครงสร้าง

การประเมินผลในรูปแบบต่างๆ มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนในบางประการ และทั้งหมดนี้ต้องนำมาพิจารณา เพื่อจะได้เลือกใช้ให้เหมาะสมสำหรับที่จะวัดผลลัพธ์ของการเรียนเฉพาะเรื่อง ในหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเขียน

การเขียนเรียงความ

การเขียนเรียงความแบบดั้งเดิมมีใช้อยู่บางสถาบัน ข้อดีของวิธีนี้คือ การเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงสมรรถนะในเรื่องการคิดแบบมีวิจักษ์ญาณ การคิดหาเหตุผล และทักษะการแก้ปัญหา ในการวางกรอบเขียนเรียงความ จะเป็นโอกาสที่นักศึกษาได้แสดงออกว่าเขาคิดอย่างไร แต่วิธีการให้คะแนนจะต้องใช้เวลามาก และขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเกณฑ์การให้คะแนนของผู้สอนแต่ละคน หัวใจของการให้คะแนนการเขียนเรียงความที่สำคัญคือ คุณภาพของการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นักศึกษา การให้เพียงแต่คะแนนโดยปราศจากข้อเสนอแนะนั้น จะเป็นการบั่นทอนกำลังใจของนักศึกษา ผู้ซึ่งอยากทราบว่าผู้ให้คะแนนคิดอย่างไรกับคำตอบของเขา บางหัวข้ออาจดูว่าเหมาะกับวิธีการประเมินผลแบบการเขียน

เรียงความ แต่ต้องคำนึงว่าผู้สอนต้องมีทรัพยากรเพียงพอที่จะจัดให้มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ มิฉะนั้นก็ควรหลีกเลี่ยงวิธีนี้

Multiple choice question/extended matching question (MCQ/EMQ)

MCQ และ EMQ เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมในแง่ที่ว่า วิธีนี้สามารถใช้ประเมินผลได้หลายประเด็นในหลักสูตร อาจใช้เครื่องตรวจให้คะแนน และได้ค่าคะแนนมีความน่าเชื่อถือในการวัดสมรรถนะของนักศึกษา อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการประเมินวิธีนี้คือ มักมีแนวโน้มที่จะวัดเฉพาะความรู้เท่านั้น ตัวอย่างเช่น หากใช้วิธีนี้ทดสอบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของทิมที่ประสบความสำเร็จหรือไม่ แต่ไม่สามารถประเมินได้ว่า นักศึกษาได้นำความรู้ส่วนนี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานหรือไม่ สำหรับ EMQ จะถูกพิจารณาในประเด็นของการเดาในการเลือกคำตอบจากตัวเลือกหลายข้อ ดูตัวอย่างของ MCQ ในส่วน B ภาคผนวก 2

Modified essay question/ key feature

MEQ หรือ key feature format ถูกออกแบบมาสำหรับการตอบที่ใช้เวลาภายใน 5-10 นาที โดยให้เขียนเป็นบันทึกสั้นๆ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์จำลอง การจัดทำคำตอบที่เป็นรูปแบบ และวางผังการให้คะแนนไว้อย่างชัดเจน จะช่วยให้การให้คะแนนมีมาตรฐานในระดับหนึ่ง การใช้ MEQ สำหรับหลายๆ หัวข้ออาจถามโดยให้นักศึกษาเขียนเรียงความ โดยเลือกมาเพียงเรื่องเดียวจากหลักสูตร ดูตัวอย่างของหลักสูตรพยาบาลในส่วน B ภาคผนวก 2

แฟ้มสะสมผลงาน/สมุดบันทึกเหตุการณ์ (Portfolio/logbook)

ขอบเขตของวิธีการประเมินผลที่สามารถนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ อาจเป็นได้ตั้งแต่บันทึกกิจกรรมการปฏิบัติงานในกิจกรรมวิชาชีพ ไปจนถึงบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ในแต่ละส่วนตลอดหลักสูตร การบันทึกเนื้อหาให้มีการประเมิน (appraisal) ประจำปีว่าตรงกับแผนการเรียนรู้ที่วางไว้หรือไม่ ประเด็นที่เป็นประโยชน์ของแฟ้มสะสมผลงาน คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต นักศึกษาอาจถูกขอให้ประเมินตามกรอบที่กำหนด โดยให้สะท้อนว่า

ในสถานการณ์นั้นๆ เขาสังเกตเห็นอะไรบางอย่างที่เป็นประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาจะส่งบันทึกรายงานของเขาเพื่อให้ครูประจำกลุ่มที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ให้คะแนน

ทางคลินิก/ทางปฏิบัติ (Clinical/ practical)

มีหลักฐานจากรายงานการวิจัยที่มีคุณค่าเสนอว่า การมีผู้สังเกตการณ์มากกว่าหนึ่งคนจะช่วยให้ผลการประเมินสมรรถนะมีความถูกต้องมากขึ้น เป็นเรื่องสำคัญที่การประเมินผลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรถูกผสมผสานเข้าไปกับการประเมินผลในเรื่องอื่นๆ ภายใต้กรอบการให้คะแนน และควรมีการอบรมผู้ทำหน้าที่ให้คะแนน และการให้ข้อมูลป้อนกลับในแต่ละวิธีที่ใช้ในวิชาชีพนั้นๆ หากหัวข้อนี้ถูกประเมินแยกต่างหาก จะเป็นการผลักดันให้นักศึกษารู้สึกว่า การเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอะไรที่อยู่นอกเหนือหลักสูตรที่ต้องเรียนเพิ่ม แทนที่จะคิดว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

Objective structured clinical examination (OSCE)

OSCE เป็นวงจร (circuit) ของกรณีผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองที่เสนอแบบสั้นๆ อาจประเมินโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) หรือครูผู้สอน เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอาจถูกผสมผสานเข้าไปในรายการตรวจสอบอย่างน้อยหนึ่งข้อสำหรับแต่ละสถานการณ์จำลอง หรืออาจใช้กรณีผู้ป่วยหนึ่งรายสำหรับการประเมินเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ให้ข้อมูลเรื่องเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์จำลองกรณีผู้ป่วยได้รับยาผิด หากเป็นกรณีที่นักศึกษาต้องดูรายงานการรักษา ผลการตรวจทางห้องทดลอง เอกซเรย์ หรือการตรวจร่างกายอื่น ซึ่งบางที่เรียกว่าเป็นสถานีนิ่ง (static stations) เนื่องจากสถานีเหล่านี้นักศึกษาไม่ต้องถูกสังเกต กรณีเช่นนี้อาจมีตัวอย่างของการสั่งการรักษาผิด เพื่อเป็นการกระตุ้น และกิจกรรมของนักศึกษาจะถูกบันทึกไว้ ดูตัวอย่างของ OSCE ในส่วน B ภาคผนวก 2

ข้อมูลป้อนกลับจากหลายแหล่ง (Multisource feedback)

ข้อมูลป้อนกลับจากหลายแหล่ง เป็นการรวบรวมข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและเพื่อน ที่อยู่ใ้ในสภาพแวดล้อมของการเรียน ในอุดมคติหัวข้อของแบบบันทึกการตรวจสอบเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและการสื่อสารที่ดีควรถูกรวมไว้ในแบบบันทึกนี้

Mini clinical evaluation exercise (mini-CEX)

mini-CEX นี่เป็นช่วงที่ผู้สอน หรือผู้สังเกต นักศึกษาที่กำลังปฏิบัติการกับผู้ป่วยจริง เช่น ชักประวัติผู้ป่วย ตรวจร่างกาย หรือสื่อสาร และให้คะแนนนักศึกษาในหลายๆ โดเมน คะแนนรวมจากกิจกรรมย่อยๆ เหล่านี้จะใช้เพื่อพิจารณาสรุปเป็นสมรรถนะของนักศึกษา ขอย้ำอีกครั้งว่ามีความจำเป็นที่ต้องมั่นใจว่าองค์ประกอบเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ถูกบรรจุไว้ในแบบฟอร์มการให้คะแนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน mini-CEX มีความสำคัญมากที่จะต้องเตรียมผู้ให้คะแนนอย่างดี และต้องมั่นใจว่าผู้ที่ทำหน้าที่อบรมผู้ให้คะแนน ผู้สอน ผู้ดูแลการปฏิบัติ ได้อ้างอิงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในการอบรม

การประเมินผลหลังจากการฝึกปฏิบัติงาน/สเกลการให้ลำดับ (global rating scales)

เป้าหมายของการประเมินผลนี้เพื่อให้ความเห็น เพื่อการรองรับว่านักศึกษาได้มีพัฒนาการ ซึ่งผู้สอน หรือผู้สังเกตจะเป็นผู้ให้คะแนน บนพื้นฐานของความเห็นส่วนตัว หรืออาจมีการหารือกับเพื่อนร่วมงาน เกณฑ์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยควรถูกนำมาใช้ประเมินด้วย

การอภิปรายกรณีผู้ป่วย (Case-based discussion)

เป็นการอภิปรายกรณีผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบ โดยมีผู้สอน/หรือผู้สังเกต เป็นผู้รับผิดชอบ เน้นการคิดหาเหตุผล และการตัดสินใจทางวิชาชีพหรือทางคลินิก กิจกรรมนี้ใช้กรณีผู้ป่วยจริง ซึ่งนักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วม เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการประเมินอื่นๆ เทคนิคนี้ยังไม่ได้มีการศึกษาเชิงลึกว่า จะสามารถประเมินว่านักศึกษามีความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย ในการปฏิบัติงานจริงได้มากน้อยแค่ไหน

การเปรียบเทียบการประเมินผลกับผลลัพธ์ทางการเรียนที่ตั้งไว้

เป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบการประเมินผลกับผลลัพธ์ทางการเรียนที่ตั้งไว้ หลักสูตรส่วนใหญ่จะมีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ไว้ล่วงหน้า รายละเอียดจะมากน้อยต่างกัน ในตาราง A.9.2 เป็นรายการที่สมบูรณ์ของผลลัพธ์การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่สามารถนำไปตรวจสอบกับวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมได้

ตาราง A.9.2. ตัวอย่างของผลลัพธ์การเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อสำเร็จหลักสูตรวิชาชีพกับรูปแบบการประเมินผล

สมรรถนะ	รูปแบบการประเมินผล
การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย: ระบบ เข้าใจปฏิสัมพันธ์ของความซับซ้อนระหว่างสภาพ แวดล้อมของบริการสุขภาพ บุคลากรวิชาชีพและผู้ป่วย	เรียงความ การประเมินผลการดำเนินการ การ โดยลงลายมือชื่อรับรองให้กับ นักศึกษาที่ได้ติดตามการเดินทางของ ผู้ป่วยตลอดทางที่เข้ามาใช้บริการ ตามด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย
ใส่ใจในกลไกที่จะช่วยลดความผิดพลาด เช่น การใช้รายการตรวจสอบการใช้เส้นทางคลินิก (clinical pathways)	ลงลายมือชื่อในการประเมินผลการ ดำเนินการ ประเมินผลการดำเนินการ โดย ผู้สอน/ผู้ให้ผลลงลายมือชื่อ รับรอง ว่านักศึกษาได้เข้าร่วมในกิจกรรมการ ตรวจสอบ (time out) หรือกิจกรรมอื่นๆ
การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย: ความเสี่ยงและการป้องกัน	MCQ/MEQ
ทราบสาเหตุหลักของความผิดพลาด และของความเสี่ยง ในสถานปฏิบัติงาน	Essay/MEQ
เข้าใจว่าข้อจำกัดของบุคลากรทำให้เกิดความเสี่ยงได้ อย่างไร	Viva/Portfolio
ส่งเสริมให้ตระหนักเรื่องความเสี่ยงในสถานปฏิบัติงาน โดยการระบุ และการรายงานโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร	Portfolio

สมรรถนะ	รูปแบบการประเมินผล
การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย: เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และสถานการณ์หุุดหวิด เข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากความผิดพลาดและความล้มเหลวของระบบ	Essay/MEQ
ตระหนักถึงหลักการของการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่สอดคล้องกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ของสถานปฏิบัติงาน	MEQ
เข้าใจหลักการของการจัดการเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และสถานการณ์หุุดหวิด	MEQ
เข้าใจประเด็นสุขภาพหลักของชุมชนของท่าน	MCQ
ตระหนักถึงวิธีการที่จะให้ข้อมูลกับหน่วยงานรับผิดชอบ “โรคที่ต้องรายงาน”	MCQ
เข้าใจหลักการของการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรค	MCQ
การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย: การควบคุมการติดเชื้อ เข้าใจการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัสอย่างระมัดระวัง	MCQ
ปฏิบัติเรื่องการทำความสะอาดมือได้อย่างถูกต้อง และเทคนิคการปราศจากเชื้อ	MCQ
ใช้วิธีการลดการแพร่เชื้อระหว่างผู้ป่วยอยู่เสมอ	OSCE
ทราบความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกตรวจทางด้านรังสีรักษา	MCQ/MEQ
ทราบการส่งตรวจทางรังสีได้อย่างเหมาะสม	MEQ
การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย: ความปลอดภัยในการใช้ยา	
ทราบว่าปัญหาเรื่องยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เรื่องการสั่งยาและการใช้ยา	MCQ
ทราบวิธีการสั่งยา และการใช้ยาอย่างปลอดภัย	OSCE
ทราบวิธีการรายงานเมื่อพบปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา/สถานการณ์หุุดหวิดของหน่วยงาน	Portfolio

สมรรถนะ	รูปแบบการประเมินผล
การสื่อสาร	
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: บริบท	
เข้าใจผลกระทบของสภาพแวดล้อมต่อการสื่อสาร เช่น ความเป็นส่วนตัว สถานที่	MEQ
ใช้การสื่อสารที่ดี และเข้าใจบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในระบบบริการสุขภาพ	OSCE
พัฒนากลวิธีเพื่อรับมือกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง	OSCE
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การให้เกียรติและการยอมรับ	
ปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและยอมรับ ซึ่งแสดงถึงความตระหนักและความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม และภูมิหลัง	OSCE/mini-CEX
รักษาไว้ซึ่งความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ	
ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนและอย่างซื่อตรง และเคารพในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย	OSCE/mini-CEX
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การให้ข้อมูล	
เข้าใจหลักการของการสื่อสารที่ดี	OSCE/mini-CEX/MSF
สื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแนวทางที่เข้าใจได้	OSCE
ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปรายเรื่องการรักษาของเขา	Portfolio
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การหารือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล	
เข้าใจผลกระทบของพลวัตของครอบครัวที่มีต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	Portfolio
มั่นใจว่าครอบครัว/ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการร่วมหารือ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	Portfolio
เคารพบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	MEQ/portfolio
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การแจ้งข่าวร้าย	
เข้าใจความสูญเสียและความสับสน	MEQ
เข้าร่วมในการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	OSCE
แสดงความเข้าใจและความเห็นใจ	OSCE

สมรรถนะ	รูปแบบการประเมินผล
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เข้าใจหลักการของการให้ข้อมูลอย่างชัดเจน	MEQ
มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและได้รับการดูแลหลัง จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	OSCE
แสดงความเข้าใจผู้ป่วยหลังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	OSCE
ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย: การร้องเรียน เข้าใจปัจจัยที่อาจนำไปสู่การร้องเรียน	MEQ/portfolio
ตอบสนองต่อการร้องเรียนได้อย่างเหมาะสม โดยใช้วิธีการของสถานที่นั้น	OSCE
ยอมรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการร้องเรียน	OSCE

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Newble M et al. Guidelines for assessing clinical competence. Teaching and Learning in Medicine, 1994, 6:213-220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. Medical Teacher, 2006, 28:535-543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. Quality and Safety in Health Care 2006 15:437-42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. Advances in Health Science Education, 1996, 1:41-67.

Case-based discussion

Southgate L et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. Medical Education, 2001, 35 (Suppl. 1):S9-S19.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine, 1990, 65 (Suppl.):S63-S67.

Mini clinical evaluation exercise

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). The Clinical Teacher, 2005, 2:25-30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Annals of Internal Medicine, 2003, 138:476-481.

Multisource feedback

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. British Medical Journal, 2005, 330:1251-1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. British Medical Journal, 2003, 326:546-548.

Multiple choice questions

Case SM, Swanson DB. Constructing written test questions for the basic and clinical sciences. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Objective structured clinical examination

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. Medical Education, 2004, 35:199-203.

Portfolios

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. Medical Education, 2002, 36:918-924.

เอกสารอ้างอิง

1. Newble D, Cannon R. A handbook for medical teachers, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine, 1990, 65 (Suppl.):S63-S67.

10. วิธีการประเมินหลักสูตร ความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทนำ

เนื้อหาในบทนี้ได้สรุปหลักการทั่วไปของการประเมินผล หลังจากเอกสารฉบับนี้เผยแพร่ไปแล้ว องค์กรอนามัยโลกวางแผนที่จะสร้างเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินหลักสูตรนี้

ในฐานะปัจเจกเราต้องทำการประเมินผลในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่จะกินอะไร จะแต่งตัวอย่างไร ภาพยนตร์ที่ไปดูแล้วดีหรือไม่ เป็นต้น การประเมินผลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการหลักสูตร และควรระบุวิธีประเมินผลไว้ในกระบวนการนำหลักสูตรไปใช้ในสถาบันหรือในโรงพยาบาล/ในห้องเรียน วิธีการที่ง่ายที่สุด โดยการให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามว่า เขาคิดอย่างไรหลังจากได้เรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ไปจนถึงวิธีการที่ซับซ้อน โดยการให้อาจารย์ในคณะประเมินทั้งหลักสูตร ซึ่งอาจใช้วิธีการสำรวจ และการพูดคุยกลุ่มย่อยร่วมกันระหว่างอาจารย์และนักศึกษา การเข้าสังเกตการณ์การเรียนการสอน หรือใช้วิธีการประเมินผลแบบอื่นๆ

การประเมินผลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

- วางแผนการประเมิน
- รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล
- เผยแพร่ผลการประเมินสู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำไปสู่การดำเนินการต่อไป

Evaluation กับ assessment ต่างกันอย่างไร

คำว่า evaluation และ assessment อาจทำให้เกิดความสับสน เนื่องจากบางประเทศคำสองคำนี้ใช้แทนกันได้ ความแตกต่างที่บอกได้ง่ายที่สุดคือ assessment เป็นการวัดการปฏิบัติงานของนักศึกษา ขณะที่ evaluation เป็นการวัดว่าผู้สอน สอนอะไร สอนอย่างไร ข้อมูล assessment จะรวบรวมจากแหล่งเดียวคือ นักศึกษา ในขณะที่ข้อมูล evaluation อาจรวบรวมจากหลายแหล่ง (นักศึกษา ผู้ป่วย ผู้สอน และ/หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

Assessment = การปฏิบัติของนักศึกษา

Evaluation = คุณภาพของวิชา/หลักสูตร/คุณภาพของการสอน

ขั้นที่ 1 การวางแผนการประเมิน

ประเมินอะไร

ขั้นแรกของการวางแผนประเมินผลคือ ระบุให้ชัดเจนว่าต้องการประเมินอะไร ต้องการประเมินเฉพาะชั่วโมงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือต้องการประเมินทั้งหลักสูตร หรือต้องการประเมินศักยภาพของผู้สอน ในการนำแนวคิดไปสอน หรือต้องการประเมินประสิทธิภาพการสอน การถ่ายทอดของครู ประเด็นของการประเมินอาจจัดแบ่งเป็นแต่ละด้านได้ ดังนี้ ด้านนโยบาย ด้านหลักสูตร ด้านผลลัพธ์ หรือด้านบุคคล [1] และทุกประเด็นสามารถนำไปใช้ได้กับการสอนในที่ต่างๆ

ใครบ้างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

มีได้บ่อยครั้งในการประเมินการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องระบุว่าผู้ที่สนใจจะฟังเรื่องนี้ที่สำคัญที่สุดคือใคร เนื่องจากข้อมูลนี้จะเป็นตัวกำหนดว่าคำถามที่การประเมินต้องการจะตอบคืออะไร ผู้ฟังที่สำคัญที่สุดอาจเป็นมหาวิทยาลัย คณาจารย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้สอน นักศึกษา หรือผู้ป่วย/สาธารณชน ตัวอย่างเช่น ท่านอาจจะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันดับแรก หากท่านเป็นผู้สอนหัวข้อบทนำเรื่องความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย และต้องการทราบว่านักศึกษาตอบสนองต่อเรื่องนี้อย่างไร

เป้าหมายของการประเมินคืออะไร

หลังจากระบุผู้ฟังหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปต้องตัดสินใจว่า เราคาดหวังอะไรจากการประเมิน คำถามอะไรที่ต้องการหาคำตอบ ทั้งหมดนี้อาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบทบาทของท่านในการให้การศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ตาราง A.10.1 ให้ตัวอย่างคำถามที่อาจใช้สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันดับแรก

ตาราง A.10.1. ตัวอย่างคำถามของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	คำถามที่อาจใช้เพื่อการประเมินผล
ผู้บริหารโรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิก	การสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ มีผลต่อการลดจำนวนการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่
อาจารย์ในมหาวิทยาลัย	ทำอย่างไรจึงจะนำหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยไปสอนในสถาบันของท่านได้
ครูผู้สอนแต่ละคน	ฉันได้ถ่ายทอดเนื้อหาในหลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการเรียนหัวข้อนี้หรือไม่ นักศึกษาได้ประยุกต์หลักการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการปฏิบัติงานหรือไม่

การประเมินแบบใดที่เหมาะสมที่สุด

ชนิดหรือแบบ (types or forms) ของการประเมิน แบ่งได้หลายแบบ ได้แก่ การประเมินเชิงรุก (proactive) การประเมินเพื่อขยายความ (clarificative) การประเมินแบบปฏิสัมพันธ์ (interactive) การควบคุมกำกับ (monitoring) และการประเมินผลกระทบ (impact) [2] แบบต่างๆ นี้มีความแตกต่างกันตามเป้าหมายเบื้องต้นของการประเมิน ระยะเวลาของการนำไปประยุกต์ในหลักสูตร ประเภทของคำถามที่ต้องการถาม และวิธีการประเมินหลัก ตาราง A.10.2 ได้สรุปลักษณะของการประเมินผลแต่ละแบบ

ตาราง A.10.2. รูปแบบของการประเมินผล

เป้าหมาย	เชิงรุก	ขยายความ	ปฏิสัมพันธ์	ควบคุมกำกับ	ผลกระทบ
ทิศทาง การประเมิน	สังเคราะห์	ขยายความ	พัฒนาหรือ ปรับปรุง	การอธิบายเหตุผล	การอธิบาย เหตุผล
				การปรับความเข้าใจ	การตรวจสอบได้
จุดเน้นหลัก	บริบทของ หลักสูตร	ทุกองค์ ประกอบ	การนำไปสอน	การนำไปสอน	การนำไปสอน
				ผลลัพธ์	ผลลัพธ์
ระยะของ การนำ หลักสูตร ไปใช้	ยังไม่ได้ นำไปใช้	อยู่ในช่วง พัฒนา	อยู่ในช่วงพัฒนา	วางแผนลงตัว	วางแผนลงตัว
				นำไปใช้แล้ว	นำไปใช้แล้ว
ช่วงเวลา ของการ นำไปใช้	ก่อน	ระหว่าง	ระหว่าง	ระหว่าง	หลัง
วิธีการหลัก	ประเมินความ ต้องการ	Evaluation assessment	การตอบสนอง	การวิเคราะห์องค์ ประกอบ	อิงวัตถุประสงค์
	ทบทวน วรรณกรรม	การพัฒนา ตรรกะ	การวิจัย ปฏิบัติการ	Devolved performance assessment	อิงความต้องการ
		การรับรอง คุณภาพ	การพัฒนา	การวิเคราะห์ระบบ	ไม่ยึดเป้าหมาย
			การสร้างพลัง อำนาจ		กระบวนการ- ผลลัพธ์
			การทบทวน คุณภาพ		สภาพความเป็น จริง
					การตรวจสอบ การปฏิบัติ (audit)

เป้าหมาย	เชิงรุก	ขยายความ	ปฏิสัมพันธ์	ควบคุมกำกับ	ผลกระทบ
การเก็บรวบรวมหลักฐาน	การทบทวนเอกสารฐานข้อมูล	ใช้หลายวิธี ได้แก่ การวิเคราะห์	การสังเกตการณ์ในพื้นที่	การปฏิบัติงานเชิงระบบซึ่งต้องการระบบการจัดการ	มีการออกแบบการวิจัยล่วงหน้าอย่างรอบคอบ
	การเยี่ยมพื้นที่ การพูดคุยกลุ่มย่อย และเทคนิค nominal group	เอกสารหลายแหล่ง การสัมภาษณ์ และการสังเกต	แบบสอบถาม	ข้อมูล	มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง หากเป็นไปได้
			การสัมภาษณ์		การสังเกต
	เดลไฟ (Delphi) เทคนิคสำหรับการประเมินความต้องการ	ข้อค้นพบ ได้แก่ การวางแผน โครงการนำไปปฏิบัติในองค์กร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาขวัญกำลังใจ	การพูดคุยกลุ่มย่อย		การทดสอบ และข้อมูลเชิงปริมาณในแบบอื่นๆ
			ระดับของโครงสร้าง ข้อมูลขึ้นอยู่กับวิธีการที่ใช้	การใช้ตัวชี้วัด และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการปฏิบัติ	พิจารณาผลลัพธ์ทุกประเด็น ซึ่งต้องใช้วิธีการสืบค้น (exploratory methods) และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ
			อาจดึงให้ผู้ปฏิบัติ (ครูผู้สอน) และผู้เข้าร่วมโครงการ (นักศึกษา) เข้ามามีส่วนร่วม		

เป้าหมาย	เชิงรุก	ขยายความ	ปฏิสัมพันธ์	ควบคุมกำกับ	ผลกระทบ
ประเภทของคำถาม	จำเป็นต้องมีหลักสูตรนี้หรือไม่	ผลลัพธ์ที่คาดหวังคืออะไร และหลักสูตรที่จัดทำขึ้นจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์นั้นได้อย่างไร	หลักสูตรต้องการผลอะไร	หลักสูตรเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายหรือไม่	หลักสูตรถูกนำไปปฏิบัติตามที่วางแผนไว้หรือไม่
	ทราบหรือไม่ว่าหลักสูตรนี้จะชี้ให้เห็นปัญหาอะไร	เหตุผลพื้นฐานของหลักสูตรคืออะไร	หลักสูตรดำเนินการไปอย่างไร	การนำไปปฏิบัติทำให้เกิดเป้าหมายที่วางไว้ และเทียบกับที่อื่น (benchmarks) ได้หรือไม่	เป้าหมายที่ตั้งไว้บรรลุผลหรือไม่
		องค์ประกอบอะไรที่ควรต้องปรับเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้ให้ได้มากที่สุด	การนำไปปฏิบัติได้ผลดีหรือไม่	การนำไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันอย่างไร	ความต้องการของนักศึกษา ผู้สอน และผู้ที่เกี่ยวข้อง กับหลักสูตรได้รับการตอบสนองหรือไม่
	อะไรที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี	หลักสูตรนี้จะเป็นจริงหรือไม่	การนำไปปฏิบัติไปด้วยกันกับแผนของหลักสูตรหรือไม่	ความแตกต่างหลังจากนำไปปฏิบัติเปรียบเทียบกับ 1 เดือน/ 6 เดือน/ 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร	ผลลัพธ์ที่ไม่ได้ตั้งใจมีอะไรบ้าง

เป้าหมาย	เชิงรุก	ขยายความ	ปฏิสัมพันธ์	ควบคุมกำกับ	ผลกระทบ
		ประเด็นใดของหลักสูตรที่จะสามารถปรับได้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการควบคุมกำกับสำหรับการประเมินผลกระทบ	การนำไปปฏิบัติควรปรับปรุงอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ		
			องค์กรจะต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ	ต้นทุนเพิ่มขึ้นหรือลดลง	การนำหลักสูตรนี้ไปปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างอย่างไร
				ทำอย่างไรจึงจะปรับหลักสูตรให้มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพดีขึ้น	หลักสูตรนี้ส่งผลต่อบางกลุ่มมากกว่ากลุ่มอื่นๆหรือไม่
				มีพื้นที่ใดที่นำหลักสูตรไปปฏิบัติและต้องการความสนใจพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในประสิทธิผล	หลักสูตรนี้มีคุณค่าหรือไม่ (cost-effective)

แหล่งข้อมูล: Adapted from Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 2006 [1].

ขั้นที่ 2 การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเด็นการประเมินมากมาย ที่ต้องพิจารณาในการประเมินหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกอะไร จำนวนเท่าใด ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการประเมินรูปแบบ ขอบเขต และขนาดของโครงการ

แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้แก่

- นักศึกษา (ในอนาคต ในปัจจุบัน ในอดีต และผู้ที่ลาออกไป)
- ตนเอง [การมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง (self-reflection)]
- เพื่อนร่วมงาน (ผู้ร่วมสอน ผู้สอนคนอื่นๆ ผู้สอนประจำกลุ่มย่อย อาจารย์พิเศษของหลักสูตร)
- ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพ/ในการวางแผนการสอน
- เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาบุคลากร
- ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้วและผู้จ้างงาน (เช่น โรงพยาบาล)
- เอกสารและรายงานต่างๆ (เช่น เอกสารประกอบการสอน รายงานการประเมินนักศึกษา)

ข้อมูลอาจจะเก็บรวบรวมมาจากแหล่งต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง แบบสอบถาม การพูดคุยกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์รายบุคคล การสังเกต และการศึกษาเอกสาร/บันทึกต่างๆ

การสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง (self-reflection)

การสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเองเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้สอนทุกคน และมีบทบาทสำคัญในการประเมินผล วิธีการสะท้อนคิดที่ได้ผล ได้แก่

- บันทึกประสบการณ์การสอนของท่าน (ในกรณีนี้ เป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย) หรือบันทึกข้อมูลป้อนกลับที่ได้รับจากคนอื่น
- อธิบายความรู้สึกของท่าน และท่านรู้สึกประหลาดใจหรือไม่ กับความรู้สึกที่เกิดขึ้น
- ประเมินประสบการณ์ของท่านอีกครั้งหนึ่ง ในบริบทของข้อสมมุติฐานที่ท่านตั้งขึ้น [3]
 - ข้อสมมุติฐานเหล่านั้นดีหรือไม่ ทำไม ไม่ดี ไม่ใช่

การได้ลงมือสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง จะช่วยให้เกิดการพัฒนามุมมองใหม่ๆ และความมุ่งมั่นมากขึ้นในการที่จะพัฒนาหลักสูตร และ/หรือ การพัฒนาการสอน

แบบสอบถาม

การใช้แบบสอบถามเป็นวิธีที่ใช้อย่างง่าย และใช้กันมากที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ตอบ [4] หากท่านสนใจทำวิจัยและเผยแพร่ผลงาน จำเป็นต้องใช้แบบสอบถามที่ถูกตรวจสอบความเที่ยงตรงและมีการเผยแพร่มาก่อน ซึ่งจะทำให้ประหยัดเวลาและทรัพยากรค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ท่านยังสามารถเปรียบเทียบผลกับการศึกษาอื่นๆ ที่ใช้เครื่องมือเดียวกัน จึงจำเป็นว่าทุกครั้งที่จะทำวิจัยต้องเริ่มด้วยขั้นแรกคือ ทบทวนวรรณกรรมเพื่อดูว่ามีเครื่องมืออะไรที่มีอยู่แล้ว

มักพบบ่อยครั้งว่าผู้สอน/หรืออาจารย์/หรือมหาวิทยาลัย เลือกที่จะพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใหม่สำหรับใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามอาจเป็นคำถามปลายเปิด/ปลายปิด และอาจมีได้หลายรูปแบบ อาทิ มีช่องให้กาเครื่องหมาย ให้ประมาณค่า (rating scales) หรือเป็นช่องว่างให้เติมข้อความ (free text) การออกแบบแบบสอบถามที่ดีเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และส่วนใหญ่จะเน้นให้เห็นความสำคัญของการเขียนองค์ประกอบของหลักสูตร (layout) แล้วสร้างข้อคำถามให้เหมาะสม [5] ท่านอาจจะต้องค้นคว้าเอกสารอ้างอิง หรือแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ก่อนที่จะลงมือสร้างแบบสอบถามสำหรับการประเมินการสอน หรือประเมินหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การพูดคุยกลุ่มย่อย (Focus groups)

การพูดคุยกลุ่มย่อยมีประโยชน์ในแง่เป็นวิธีการที่จะค้นหามุมมองความคิดเห็นของนักศึกษาและของผู้สอน [6] วิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากกว่าแบบสอบถาม และช่วยให้มีความยืดหยุ่นในการถาม วิธีนี้ใช้การพูดคุยอย่างมีปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาทัศนคติต่อประสบการณ์การปรับเปลี่ยนหลักสูตร วิธีนี้อาจใช้ร่วมกับแบบสอบถามหรือวิธีการเก็บข้อมูล

อื่นๆ เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulating) การใช้วิธีการนี้อาจมีความแตกต่างในแง่ของโครงสร้างและวิธีการ ตั้งแต่เป็นการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ ไปจนถึงการประชุมที่เป็นรูปแบบและเป็นทางการ ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีและระดับของการวิเคราะห์ที่ต้องการ บางครั้งอาจต้องใช้การบันทึกเทปเสียงหรือเทปวิดีโอทัศนมาช่วย หรือมาใช้แทนในการจดบันทึกการประชุม

การสัมภาษณ์รายบุคคล

การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นโอกาสที่จะได้สืบค้นในเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติต่อการที่จะปรับเปลี่ยนหลักสูตร หรือต่อประสบการณ์หลังจากการปรับเปลี่ยนหลักสูตร เช่นเดียวกับการพูดคุยกลุ่มย่อย รูปแบบการสัมภาษณ์รายบุคคลอาจจะเป็นแบบเปิดกว้าง ไม่มีโครงสร้าง หรือกึ่งโครงสร้าง หรือมีโครงสร้างชัดเจน แม้ว่าวิธีนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่แคบกว่าการพูดคุยกลุ่มย่อย แต่ก็ก็เป็นโอกาสที่จะได้เจาะลึกความคิดเห็นและประสบการณ์ของคนๆ นั้น การสัมภาษณ์ตัวต่อตัวอาจเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะได้ข้อมูลเชิงประเมิณผลจากเพื่อนร่วมงาน ผู้สอนหรือผู้นิเทศ หรือผู้นำ/ผู้บริหารของหน่วยงาน

การสังเกต

สำหรับการประเมินบางรูปแบบ อาจจำเป็นต้องใช้การสังเกตการสอนในชั่วโมงความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อจะได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งว่าเนื้อหาถูกถ่ายทอดอย่างไร/หรือถูกรับรู้อย่างไร การสังเกตควรมีการจัดตารางเพื่อวางกรอบของการสังเกต กรอบการสังเกตอาจมีหลายแบบ ตั้งแต่ไม่มีโครงสร้าง (เช่น เป็นการบันทึกการสังเกต) หรือมีโครงสร้างชัดเจน (เช่น ผู้ประเมินให้คะแนนในประเด็นที่มีการพิจารณาไว้ล่วงหน้า และให้ข้อเสนอในแต่ละประเด็น)

การศึกษาเอกสาร/บันทึกต่างๆ

ในส่วนหนึ่งของการประเมินผล ท่านอาจต้องการดูเอกสารหลักฐานต่างๆ หรือข้อมูลเชิงสถิติ เช่น เอกสารประกอบการสอนที่แก่นักศึกษา

หรือรายงานที่รวบรวมสรุปการปฏิบัติงานของนักศึกษา ข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำถามของการประเมินของท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ท่านมีอาจมาจากวิธีการเดียวหรือหลายวิธี แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีใดก็ตาม การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการประเมินผลจะต้องคำนึงถึงสามส่วนที่มีความเชื่อมโยงกัน [1]

- การแสดงข้อมูล (data display) - มีการรวบรวมข้อมูลที่เก็บมาเพื่อแสดงในรูปแบบที่มีความหมาย
- การลดข้อมูล (data reduction) - นำข้อมูลดิบที่รวบรวมได้ มาทำให้เข้าใจง่าย และปรับให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้งานได้ หรือใช้ประโยชน์ได้
- การสรุป (conclusion drawing) - การสร้างความหมายจากข้อมูล ที่สอดคล้องกับคำถามการประเมินผลของท่าน

ขั้นที่ 3 การเผยแพร่ผลการประเมินและการนำสู่การปฏิบัติ

บ่อยครั้งมากที่ข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากการประเมินผลไม่ได้ นำสู่การปฏิบัติ การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ ขั้นแรกต้องมั่นใจว่าข้อมูลที่มีคุณค่าเหล่านี้ ได้ถูกสะท้อนกลับไปยังมีความหมายให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด หากเป็นการประเมินผลเรื่องคุณภาพของการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้ (เช่น ผลที่ได้จากแบบสอบถามจากนักศึกษา การสังเกตการณ์การสอนจากเพื่อนร่วมงาน) ควรจะถูกถ่ายทอดให้กับผู้สอน หรือได้นำไปพูดคุยกับผู้สอน แทนที่จะรายงานให้กับผู้บริหารเท่านั้น บริงโก (Brinko) [7] ได้รายงานการทบทวนวรรณกรรมไว้อย่างดีเยี่ยมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ในกระบวนการให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งให้กับผู้ร่วมงานและนักศึกษา ความสำคัญของเรื่องนี้อยู่ที่ว่า ข้อมูลป้อนกลับต้องเป็นการให้กำลังใจ ให้เกิดการพัฒนาหรือการปรับปรุงให้ดีขึ้น หากการประเมินผลเน้นที่ประสิทธิภาพของหลักสูตรที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

เพื่อการปรับปรุงจะต้องถูกสื่อสารให้กับทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ (เช่น สถาบัน อาจารย์ในสถาบัน และในระดับผู้สอนและนักศึกษา) รูปแบบของการเผยแพร่ต้องอย่างมีความหมายและเหมาะสม การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพถึงผลการประเมินทั้งข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ เป็นตัวเร่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และการออกแบบหลักสูตร

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

ท่านอาจพบว่าแหล่งทรัพยากรตามรายการข้างล่างนี้ เป็นประโยชน์สำหรับการออกแบบการประเมิน และการดำเนินการประเมินในขั้นตอนต่างๆ

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006, 40:314-321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program development and evaluation*, 2008
(<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/>; accessed 17 February 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269-1272.

เอกสารอ้างอิง

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312-1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187-189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin-Extension, 1998 (<http://learning-store.uwex.edu/pdf/G36582.pdf>; accessed 17 February 2011).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742-750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574-593.

11. เครื่องมือในเว็บและแหล่งค้นคว้า

แต่ละหัวข้อมีชุดเครื่องมือและแหล่งค้นคว้าที่คัดเลือกมาจากเว็บไซต์เว็บ (World Wide Web) และได้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพต่างๆ และนักศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย เราได้เลือกเฉพาะเครื่องมือและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่บนอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ที่อยู่ของเว็บทั้งหมดที่ได้เข้าถึงสุดท้ายคือ เดือนมกราคม 2011

ในรายการค้นคว้ายังรวมถึงตัวอย่างของ แนวทางปฏิบัติ (guidelines) รายการตรวจสอบ (checklists) เว็บไซต์ (web sites) ฐานข้อมูล (databases) รายงาน และรายการแสดงข้อเท็จจริง (fact sheets) เครื่องมือดังกล่าวมีจำนวนน้อยมากที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบเป็นทางการอย่างเข้มข้น วิธีการปฏิบัติงานในเรื่องคุณภาพส่วนใหญ่มักเป็นเรื่องกระบวนการและคุณภาพของการบริการ ซึ่งใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็ก ในบริบทที่ค่อนข้างเฉพาะ [1] เช่น ในหอผู้ป่วย ในหน่วยงานกายภาพบำบัด หรือในคลินิก เป็นต้น

ส่วนใหญ่การริเริ่มเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดจากการที่บุคลากรวิชาชีพได้ประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนต่างๆ การทำเช่นนี้ทำให้สามารถบอกได้ว่า การวางแผนการเปลี่ยนแปลงได้สร้างความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วย หรือผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยเพียงใด การให้ความสำคัญกับการวัด จึงเป็นขั้นตอนที่จำเป็นและสำคัญในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะหากไม่มีการวัด จะทราบได้อย่างไรว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แม้ว่านักศึกษาจะไม่ถูกคาดหวังให้วัดผลลัพธ์เมื่อเขาจบการศึกษา แต่เขาควรจะต้องคุ้นเคยกับวงจร PDCA ซึ่งเป็น

พื้นฐานของการวัด และเครื่องมือหลายอย่างที่ปรากฏในอินเทอร์เน็ตก็จะมี
ความเกี่ยวข้องกับวงจร PDSA

เอกสารอ้างอิง

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 6:696-699.

12. วิธีที่จะสนับสนุนการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศต่างๆ

เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อทุกประเทศ

ในปี ค.ศ. 2002 ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ได้บรรลุข้อตกลงในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยตระหนักในความสำคัญจากหลักฐานทางวิชาการที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องลดอันตราย และความทุกข์ยากของผู้ป่วยและครอบครัว และผลดีทางด้านเศรษฐกิจจากการปรับปรุงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย รายงานวิจัยปัญหาเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพมาจากหลายประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา เดนมาร์ก นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ข้อกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสากล และความห่วงใยในเรื่องการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่การวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา และหลายประเทศในยุโรป กลุ่มผู้เรียกร้องสิทธิความปลอดภัยของผู้ป่วยปรารถนาที่จะเห็นเรื่องนี้ถูกนำไปปฏิบัติทั่วโลก ไม่เพียงแต่เฉพาะในประเทศที่มีศักยภาพที่จะทำการศึกษาวิจัยและเผยแพร่ผลงานเท่านั้น การทำให้เรื่องนี้ถูกนำไปปฏิบัติในประเทศต่างๆ จำเป็นต้องใช้วิธีใหม่ในการให้การศึกษาแก่ผู้ที่จะเป็นแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในอนาคต

โลกาวิวัฒน์

การเคลื่อนไหวทั่วโลกของพยาบาล แพทย์ และบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ทำให้เห็นโอกาสที่จะขยายเรื่องนี้เข้าไปในการศึกษา และการอบรมในระดับหลังปริญญา การขับเคลื่อนของนักศึกษา กลุ่มผู้สอน และเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติในการออกแบบหลักสูตร จัดทำรายละเอียดการสอน และวิธีการประเมิน สอดประสานกับความร่วมมือของสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น (local campus) และสถานปฏิบัติงาน ทำให้บรรลุข้อตกลงในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการให้การศึกษารองความปลอดภัยของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า สภาวะขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในโลกสูงถึง 4.3 ล้านคน ภาวะสมองไหลของผู้ให้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับภาวะวิกฤตในประเทศกำลังพัฒนา มีหลักฐานว่าในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งได้ลงทุนเตรียมด้านการศึกษาบุคลากรของตนเพื่อให้บริการสุขภาพ ได้เห็นทรัพยากรของเขาค่อยๆ หลุดหายไป ด้วยแรงดึงดูดของระบบบริการในประเทศที่มีการปรับเปลี่ยนระบบ และมีฐานะเศรษฐกิจที่ดีกว่า ซึ่งก็กำลังเผชิญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเช่นเดียวกัน

ภาวะโลกาวิวัฒน์ของระบบบริการสุขภาพ ผลักดันให้นักการศึกษาในวิชาชีพบริการสุขภาพมองเห็นภาพความท้าทายในการเตรียมนักศึกษาเพื่อปฏิบัติงาน ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการเตรียมเพื่อปฏิบัติงานในประเทศของตนเองเท่านั้น แต่ต้องเตรียมให้พร้อมสำหรับที่จะปฏิบัติงานในการให้บริการในระบบที่แตกต่างด้วย ฮาร์ดเอน (Harden) [3] อธิบายรูปแบบสามมิติของแพทยศาสตร์ศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาของวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ เช่นกัน มิติทั้งสามประกอบด้วย

- นักศึกษา (ระดับชาติ/ท้องถิ่น หรือ นานาชาติ)
- ผู้สอน (ระดับท้องถิ่น หรือ นานาชาติ)
- หลักสูตร (ระดับท้องถิ่น นำเข้า หรือ นานาชาติ)

วิธีการดั้งเดิมที่ใช้ในการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาและผู้สอนในประเทศใช้หลักสูตรของประเทศนั้นๆ แต่ในรูปแบบของผู้จบการศึกษา หรือผู้เรียนในหลักสูตรนานาชาติ นักศึกษาจาก

ประเทศหนึ่งแสวงหาหลักสูตรที่สอนในอีกประเทศหนึ่ง และหลักสูตรอาจถูกพัฒนาขึ้นมาจากผู้สอนของอีกประเทศหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นประเทศที่สาม ในรูปแบบของพื้นที่เป็นวิทยาเขต นักศึกษามักจะเป็นคนในท้องถิ่น แต่หลักสูตรมักจะเป็นหลักสูตรนานาชาติ และการสอนจะเป็นความร่วมมือระหว่างผู้สอนนานาชาติกับผู้สอนในท้องถิ่น

ประเด็นสำคัญอันดับต่อมาของความเป็นนานาชาติของการศึกษาในสาขาบริการสุขภาพ ก็คือ ความสามารถที่จะจ่ายสำหรับเทคโนโลยีการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-learning technologies) ซึ่งจะเอื้อให้การสอนเกิดขึ้นได้ทั่วโลก ในลักษณะที่ผู้ผลิตอุปกรณ์และทรัพยากรเรื่องการสอน ผู้สอนหรือผู้ให้ทรัพยากร และนักศึกษาซึ่งไม่จำเป็นต้องไปเรียนที่มหาวิทยาลัย ในโรงพยาบาล หรือเข้าไปในชุมชนในเวลาเดียวกัน

หลักสูตรในแบบเดิมเน้นเรื่องการเคลื่อนที่ (mobility) ของนักศึกษา ผู้สอน และหลักสูตรข้ามพรมแดนของสองประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน ด้วยความคาดหวังอย่างเต็มที่ว่า ประเทศที่เป็นผู้ดำเนินการจะสามารถทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้เมื่อจบการศึกษา

แนวทางใหม่ที่น่าสนใจในการศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในหลักสูตรระดับนานาชาติ คือแนวคิดบูรณาการ การผสมผสานเข้าไปในหลักสูตรที่ใช้อยู่ และต้องการความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาหลายแห่งในหลายประเทศ แนวทางการปฏิบัตินี้ หลักการความปลอดภัยของผู้ป่วยถูกนำมาสอนในบริบทของโลก มากกว่าที่จะสอนในบริบทของประเทศใดประเทศหนึ่ง

รูปแบบใหม่นี้ทำให้เกิดความหลากหลายในแง่ของความท้าทาย และโอกาสสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศในการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย คู่มือหลักสูตรนี้จะเป็นฐานที่ดีสำหรับเรื่องนี้ สิ่งสำคัญคือต้องยึดถือเกณฑ์มาตรฐานสากลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ในสถาบันการศึกษาต้องมีการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าหลักการของเรื่องนี้ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตร หลักสูตรที่เน้นระดับท้องถิ่น จำเป็นมากที่แต่ละประเทศต้องเรียนรู้และปรับเนื้อหา ตัวอย่างที่ดีสำหรับหลักสูตรนานาชาติ ก็คือการจัดประสบการณ์ในโรงเรียนแพทย์เสมือนจริง (virtual medical schools) [4] โดยมหาวิทยาลัยนานาชาติหลายแห่งได้ร่วมมือกันสร้าง

โรงเรียนแพทย์เสมือนจริง เพื่อทุ่มเทให้กับการขยายการเรียนการสอนในเรื่องนี้ รูปแบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ โครงการการศึกษาสำหรับประชาชนทุกคนที่จะเข้าถึงได้ [People's Open Access Education Initiative: Peoples-uni (<http://www.peoples-uni.org/>; accessed 17 February 2011)] ได้สร้างหลักสูตรทางเว็บ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักสูตรหลังปริญญาที่มีราคาแพง

องค์ประกอบของหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยเสมือนจริงอาจประกอบด้วย

- ห้องสมุดเสมือนจริง ที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงแหล่งค้นคว้า เครื่องมือ และกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทันสมัย และสามารถสืบค้นวารสารทางวิชาการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับนานาชาติ (เช่น หัวข้อต่าง ๆ)
- บริการ “ถามผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ทางออนไลน์ และสามารถถามคำถามผู้เชี่ยวชาญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากประเทศต่าง ๆ ได้
- ธนาคารของกรณีผู้ป่วยเสมือนจริงที่เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเน้นเรื่องอันตรายด้านจริยธรรม การเปิดเผยข้อมูล และการขอโทษ
- วิธีการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และเคารพในศักยภาพของผู้ป่วย
- การจัดทำธนาคารเครื่องมือประเมินผล (assessment bank) ที่ประกอบด้วยหัวข้อที่ใช้ประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [ตัวอย่างเช่น ธนาคารเครื่องมือประเมินผลนักศึกษาของฮ่องกง (the Hong Kong International Consortium for Sharing Student Assessment Banks) เป็นกลุ่มของโรงเรียนแพทย์ระดับนานาชาติที่ได้รวบรวมหัวข้อ แบบประเมิน ทั้งประเมินระหว่างการดำเนินงาน (formative) และประเมินผลลัพธ์ (summative) ในทุกแง่มุมสำหรับหลักสูตรโรงเรียนแพทย์]

ผู้เชี่ยวชาญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และนักพัฒนาการศึกษาที่มีจำนวนน้อย และบุคคลเหล่านี้อยู่ห่างกัน และปฏิบัติงานแยกกัน นี่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างนวัตกรรม และการพัฒนา จึงมักส่งผลให้มีการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น รวมถึงการใช้ทรัพยากร และการคิดกิจกรรมการเรียน การมีกลุ่มคิดเรื่องวิธีการให้การศึกษาเรื่องนี้ในระดับนานาชาติอาจสร้างความมั่นใจได้ว่า สามารถพัฒนาศักยภาพของการศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ และสามารถขยายการอบรมไปได้ทั่วโลก นี่เป็นหนทางที่ประเทศพัฒนาแล้วจะได้แลกเปลี่ยนทรัพยากรกับประเทศกำลังพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002, 24:125-129.
2. World Health Organization, *Working together for Health*, The World Health Report 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf; accessed 15 June 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Supl.): S22-S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.



Note

[illegible]



Note

[illegible]



Note

[illegible]



Note

[illegible]



Note

[illegible]



Note

[illegible]

“เรื่อง Patient safety มีความซับซ้อนมากกว่าคำพูดว่าดูแลคนไข้ให้ปลอดภัย เพราะเบื้องหลังความปลอดภัยนั้นมีบุคคล ระบบ และกลไกต่างๆ อีกมากมายที่เป็นองค์ประกอบ ถ้าได้มีการเรียนการสอนให้นักศึกษาเข้าใจการทำงานเป็นทีม ตระหนักถึงความเสี่ยงที่สำคัญ ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระบบต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง รวมถึงทักษะการสื่อสาร การดูแลรักษาที่คำนึงถึงคนไข้เป็นศูนย์กลาง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องราวการเรียนการสอน ที่บรรจุอยู่ใน WHO Patient Safety Curriculum Guide ที่เชิญชวนสถาบันการศึกษาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษา เพื่อสร้างให้เขาเหล่านั้นก้าวออกไปเป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่ใส่ใจให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างแท้จริง”

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย

ประธานกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Based on the WHO Multi-professional **Patient Safety Curriculum Guide**,

URL <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html>

© World Health Organization, 2011. All rights reserved.

ISBN 978-616-8024-00-3



9 786168 024003