

# คู่มือหลักสูตร ความปลอดภัยของผู้ป่วย ขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย)

เล่ม

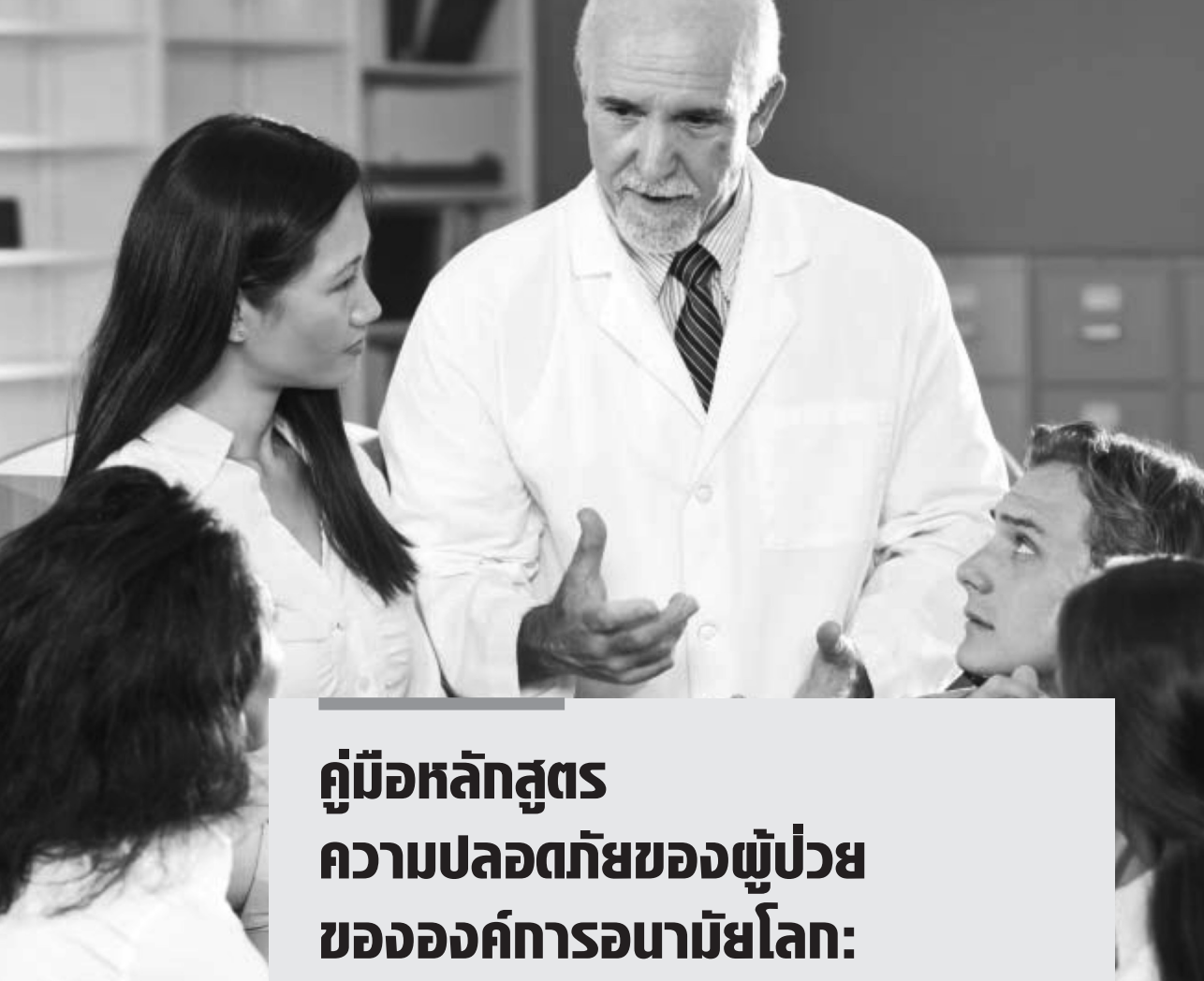
**3**

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร  
คำจำกัดความของแนวคิดที่สำคัญ  
ความหมายของสัญลักษณ์  
บทนำ  
หัวข้อที่ 1-4



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)





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

เล่ม **3** ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร  
คำจำกัดความของแนวคิดที่สำคัญ  
ความหมายของสัญลักษณ์  
บทนำ  
หัวข้อที่ 1-4

**คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก:  
ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 3**

**บรรณาธิการ**

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนियม

รศ.ดร.นิตย ทัศนियม

**บรรณาธิการร่วม**

ดร.นพ.บดีนทร์ ทรัพย์สมบูรณ์

ดร.ภญ.จิตติมา ต่วงเงิน

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 3.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
(องค์การมหาชน), 2558.

190 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 978-616-8024-01-0

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



## คำนำ

เสียงสะท้อนที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้รับจากสถานพยาบาลต่าง ๆ คือต้องการผู้จบการศึกษาที่มีความรู้และทักษะในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยที่เพียงพอในการที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมงานสหสาขาวิชาชีพของสถานพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องปลูกฝังและเสริมสร้างไว้ตั้งแต่เริ่มแรกที่สุดที่เป็นไปได้

ด้วยตระหนักในความสำคัญดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประมวลองค์ความรู้ กรณีศึกษา และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยขึ้น เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ นำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ เป็นสิ่งที่ช่วยให้สถาบันการศึกษาสามารถเริ่มต้นจัดการศึกษาในเรื่องนี้ได้ง่ายขึ้น

สถาบันขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนในการแปลและเรียบเรียงคู่มือฉบับนี้เป็นภาษาไทย ซึ่งในระหว่างกระบวนการดังกล่าว ได้เกิดการตั้งประเด็นคำถาม ค้นหาคำตอบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันไปด้วย

สถาบันหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการศึกษาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลต่าง ๆ เป็นทรัพยากรพื้นฐานสำหรับการต่อยอด

นวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสร้าง  
ประสบการณ์การเรียนรู้อย่างได้ผล 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 และเป็นหัวใจใจของประชาชน

การพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยอันนำมาซึ่งประโยชน์และคุณค่าสำคัญในระบบบริการสุขภาพนั้น ควรเริ่มปลูกฝังแนวคิดและความสำคัญเรื่อง Patient Safety ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มต้นของการศึกษาให้มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลาของการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรและเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าวค่อนข้างน้อยและไม่เป็นระบบ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (องค์การมหาชน) มีวิสัยทัศน์มุ่งหวังให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นหัวใจใจของสังคม 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 เพื่อเผยแพร่และนำมาประยุกต์ใช้ในการบูรณาการการเรียนการสอน 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 เกษัชกร และพยาบาล ร่วมประชุมครั้งแรกเมื่อ เดือนธันวาคม 2556 เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละสถาบันการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมในครั้งแรกจำนวน 39 สถาบันการศึกษา (แพทย์ 25 ทันตแพทย์ 1 เกษัชกร 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 ของสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการที่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าว เป็นหลักสูตรปกติ

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

SHAPE: มีการเผยแพร่คู่มือหลักสูตรให้กับสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อนำไปศึกษา ประยุกต์ และบูรณาการในการเรียนการสอนอย่างอิสระตามบริบทของแต่ละสถาบัน ในเบื้องต้นมีสถาบันการศึกษาได้ทดลองออกแบบการนำไปประยุกต์ใช้ถึง 98 สถาบัน และจะมีการติดตามการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงต่อไป รวมถึงมีการวางแนวทางการออกแบบ 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 โดยสรรพ.พร้อมเป็นผู้ประสานงานกลางในการขับเคลื่อนบูรณาการให้เกิดการเรียนรู้การสอนในสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของระบบสาธารณสุขให้เรียนรู้และเข้าใจรวมถึงตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยให้มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นหัวใจไว้วางใจของประชาชนตลอดไป

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รองผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



---

# คำชี้แจงวิธีการแปล

## ผู้อ่านเป้าหมาย

การแปลได้คำนึงถึงผู้อ่านเป็นสำคัญ เดิมเข้าใจว่ามีแต่กลุ่มนักวิชาการและนักศึกษา แต่จากการประชุมมีความเห็นว่าควรให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับอ่านเข้าใจได้ด้วย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม จึงแปลเป็นภาษาไทยให้มากที่สุด (ดูการแปลคำศัพท์ในภาคผนวกที่ 3) แต่บางคำแปลแล้วอาจสงสัยคำเดิม จึงวงเล็บคำเดิมไว้ด้วย

## 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

ทีมงานมีเจตนาารมณ์ให้ผู้ใช้เข้าถึงเนื้อหาและมุ่งเน้นการนำไปใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย สร้างคุณภาพให้ระบบสุขภาพของประเทศ และมีความเป็นหนึ่งเดียวโดยรวมมือกัน

ทีมงานตั้งใจให้เนื้อหาและคำแปลถูกต้อง และไม่ให้มีที่พิมพ์ผิด จึงช่วยกันตรวจแก้ไขหลายรอบ หากมีการใช้ภาษาที่มีข้อขัดแย้งหรือมีที่ผิดพลาด ขอให้ผู้อ่านให้ข้อเสนอแนะมาตามอีเมลข้างล่าง เพื่อนำไปปรับปรุงในการพิมพ์ครั้งต่อไป และใคร่ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

### เป้าหมายในอนาคต

1. เป็นหนังสือที่มีชีวิต มีการปรับปรุงเพิ่มเติมที่เป็นบริบทของคนไทยเข้าไป
2. หวังว่าจะเป็นบรรทัดฐานของการแปลคำต่างๆที่จะใช้ต่อไป



### ผู้แปลและเรียบเรียง

รศ.ดร.นิตย์ ทศนิยม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รศ.นพ.สมพันธ์ ทศนิยม 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
<b>ภาคผนวก</b>	<b>37</b>
<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
<b>คำกล่าวขอบคุณ</b>	<b>81</b>

## 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	ความปลอดภัยของผู้ป่วยและหัตถการที่รุกราน	599
หัวข้อที่ 11	การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา	631



---

# คำจำกัดความของแนวคิดที่สำคัญ

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกสำหรับการจัดกลุ่มระดับนานาชาติ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (v.1.1) รายงานทางด้านเทคนิคฉบับสุดท้าย 2009

1. **Adverse reaction:** อาการไม่พึงประสงค์ เป็นผลเสียที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาด เป็นผลมาจากการดูแลที่เหมาะสม ตามกระบวนการที่ถูกต้อง ภายใต้บริบทที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
2. **Agent:** สาร วัตถุ หรือระบบ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามมา
3. **Attributes:** คุณภาพ คุณสมบัติ หรือลักษณะของบางคน หรือบางสิ่ง
4. **Circumstance:** สถานการณ์หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเหตุการณ์, agent, หรือบุคคลหนึ่งๆ
5. **Class:** กลุ่มหรือชุดของสิ่งที่คล้ายกัน
6. **Classification:** เป็นการจัดแนวคิดให้เป็นกลุ่มและกลุ่มย่อยๆ เชื่อมโยงกันเพื่อที่จะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างกัน
7. **Concept:** แนวคิด
8. **Contributing factor:** สถานการณ์ การกระทำ หรืออิทธิพล ที่คิดว่าเป็นส่วนหนึ่งของจุดกำเนิด หรือมีส่วนที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ หรือช่วยเพิ่มความเสียหายของอุบัติการณ์หนึ่ง
9. **Degree of harm:** ความรุนแรงและระยะเวลาของการบาดเจ็บ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาในอุบัติการณ์หนึ่ง
10. **Detection:** การกระทำหรือสถานการณ์ที่ทำให้มีการค้นพบอุบัติการณ์หนึ่ง

11. **Disability:** การสูญเสียของโครงสร้าง หรือการทำงานของร่างกายไม่ว่าชนิดใดๆ ทำให้การทำกิจกรรมมีขีดจำกัด และ/หรือ จำกัดการเข้าร่วมสังคม ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับอันตรายที่เกิดในอดีตหรือปัจจุบัน
12. **Disease:** การทำงานที่ผิดปกติทางด้านสรีรวิทยาหรือจิตวิทยา
13. **Error:** ความผิดพลาด/ล้มเหลวที่จะทำตามแผนที่ได้วางไว้ หรือการนำแผนที่ถูกต้องไปใช้
14. **Event:** บางสิ่งที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
15. **Harm:** อันตรายต่อโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย และ/หรือ ผลลัพธ์ที่แยงลงที่เกิดขึ้น Harm ยังหมายรวมถึง โรค การบาดเจ็บ การทรมานทุกขั้รมาณ ความพิการ และการเสียชีวิต
16. **Harmful incident (adverse event):** เป็นอุบัติการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย
17. **Hazard:** สถานการณ์, agent, หรือการกระทำ ที่มีศักยภาพที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ
18. **Health:** เป็นสภาพที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และการอยู่ในสังคม ไม่เพียงแต่ไม่เป็นโรคหรือทุพพลภาพ
19. **Health care:** บริการที่บุคคลหรือชุมชนได้รับ เพื่อส่งเสริม ชำรงไว้ ติดตาม หรือฟื้นฟูสุขภาพ
20. **Health care-associated harm:** เป็นอันตรายที่เกิดขึ้นจาก หรือเกี่ยวข้องกับแผน หรือการกระทำในระหว่างการให้การบริการสุขภาพ ซึ่งมีไ้มาจากโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นมาก่อน
21. **Incident characteristics:** เป็นคุณลักษณะที่ถูกคัดเลือกมาของอุบัติการณ์หนึ่ง
22. **Incident type:** เป็นคำอธิบายสำหรับการจัดกลุ่มอุบัติการณ์ ที่มีธรรมชาติหรือลักษณะที่คล้ายหรือร่วมกัน
23. **Injury:** การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจาก agent หรืออุบัติการณ์
24. **Mitigating factor:** การกระทำหรือสถานการณ์ ที่ป้องกันหรือลดการเกิดอุบัติการณ์ ที่จะทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย
25. **Near miss:** อุบัติการณ์ที่ยังไปไม่ถึงผู้ป่วย (สถานการณ์เกือบพลาด)

26. **No harm incident:** เป็นอุบัติการณ์ที่ถึงผู้ป่วย แต่ไม่เกิดผลเสียขึ้นกับผู้ป่วย
27. **Patient:** ผู้ที่ได้รับการบริการสุขภาพ (ผู้ป่วย)
28. **Patient characteristics:** คุณลักษณะที่คัดเลือกมาของผู้ป่วย
29. **Patient outcome:** ผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ที่มาจากทั้งหมดหรือบางส่วน ของอุบัติการณ์
30. **Patient safety:** การลดความเสี่ยงของอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพ ให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุด ที่จะยอมรับได้
31. **Patient safety incident:** เป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ที่อาจจะทำให้เกิดหรือเกิดขึ้นแล้วของอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
32. **Preventable:** เป็นการยอมรับได้ของชุมชนที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง
33. **Reportable circumstance:** สถานการณ์ที่มีศักยภาพที่จะเกิดอันตราย แต่ยังไม่เกิดขึ้น
34. **Risk:** โอกาสที่อุบัติการณ์จะเกิดขึ้น
35. **Safety:** การลดลงของความเสี่ยงของอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ ให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุด ที่จะยอมรับได้
36. **Semantic relationship:** เป็นวิถีทางที่สิ่งต่างๆ (เช่น กลุ่ม หรือ แนวคิด) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทางด้านความหมาย
37. **Side-effect:** ผลข้างเคียงที่ทราบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา
38. **Suffering:** ประสบการณ์ที่รู้สึกไม่สบาย
39. **Violation:** การฝ่าฝืน เป็นการตั้งใจกระทำ ต่างไปจากกระบวนการปฏิบัติ มาตรฐาน หรือกฎเกณฑ์

---

แหล่งข้อมูล: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; accessed 11 March 2011).

## คำจำกัดความที่มาจากแหล่งอื่น

1. **Health care-associated infection:** การติดเชื้อที่ไม่ได้เกิดขึ้นหรืออยู่ในระยะพักตัวของโรค ในขณะที่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล เป็นการติดเชื้อที่มักแสดงอาการหลังจากคืนที่สามของการนอนโรงพยาบาล
2. **Patient safety culture:** วัฒนธรรมที่แสดงถึงลักษณะสำคัญ 5 ประการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพพยายามจะให้มีการปฏิบัติ ตามระบบการจัดการความปลอดภัยอย่างเข้มแข็ง ได้แก่ (1) วัฒนธรรมที่ผู้ดูแล (ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารด้านหน้า แพทย์ และผู้บริหาร) ยอมรับในความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยของตนเอง เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยม (2) วัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเหนือเรื่องเงิน และเป้าหมายของการปฏิบัติงาน (3) วัฒนธรรมที่ส่งเสริมและให้รางวัลในการค้นพบ การสื่อสาร และการหาทางแก้ปัญหาในเรื่องความปลอดภัย (4) วัฒนธรรมที่ให้องค์กรเรียนรู้จากความผิดพลาด (5) วัฒนธรรมที่จัดหาทรัพยากร โครงสร้าง และการตรวจสอบอย่างเหมาะสม ที่จะทำให้ระบบความปลอดภัยที่มีคุณภาพคงอยู่ได้

## เอกสารอ้างอิง


1. National Audit Office. Department of Health. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.



---

# ความหมายของสัญลักษณ์

สไลด์ที่ 

หัวข้อที่ → 

กลุ่ม 

บรรยาย 

แบบฝึกหัดสถานการณ์จำลอง 

ดีวีดี 

หนังสือ 



---

# บทนำของหัวข้อในคู่มือหลักสูตร

## การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลักสูตรที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ออกแบบมาอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับนักศึกษาด้านสุขภาพ และให้ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ และผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางของการบริการและการเรียนรู้ และการให้บริการสุขภาพ เนื้อหาความรู้พื้นฐานและความรู้ประยุกต์ และการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่กำหนดขึ้นในหัวข้อต่างๆ นี้ เพื่อต้องการให้นักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ รู้จักคิดหาวิธีที่จะนำแนวคิดและหลักการความปลอดภัยของผู้ป่วยนำไปสู่การปฏิบัติงานประจำวัน

ผู้ป่วยและชุมชนต่างๆ ของทุกประเทศ ส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ตามต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระบบการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริการสุขภาพของเขาได้อย่างเต็มที่ และยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการพูดคุยถึงวิถีทางที่ดีที่สุดในการให้การบริการสุขภาพ ในปัจจุบันการให้บริการทางสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงให้ผู้ใช้บริการสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการดูแล รูปแบบของการดูแลที่มุ่งเน้นเรื่องโรคเป็นการตอกย้ำถึงบทบาทนี้ของผู้ให้บริการสุขภาพและการจัดการขององค์กร โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมิได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาถึงความเหมาะสม ผู้ป่วยควรเป็นศูนย์กลางของการดูแล มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ของการดูแลเท่านั้น

มีหลักฐานชัดเจนที่ยืนยันว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยหากได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม เราควรลดความสนใจที่จะรักษาแต่โรค และมาเริ่มสนใจการรักษาผู้ป่วยให้รอบด้าน ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้ความสนใจกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เพื่อที่จะมองหาและได้รับ

ข้อมูลอย่างครบถ้วน ให้ความเคารพในความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมและศาสนา เพื่อจะได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อที่จะให้มีความซื่อสัตย์จริงใจเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น หรือเมื่อมีการดูแลที่น้อยเกินไป และเพื่อที่จะเน้นการให้บริการในการป้องกันให้มากขึ้น และลดอันตรายหรือความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด

### **มุมมองของชุมชน**

มุมมองของชุมชนต่อการบริการสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ในเรื่องของการดูแลตลอดวงจรชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตที่ดีขึ้นแม้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ และรับมือจัดการกับวาระสุดท้ายของชีวิต สภาพแวดล้อมของการบริการสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนไป (รูปแบบใหม่ของการดูแลรักษา ทั้งภาวะเจ็บป่วยและเรื้อรัง การขยายตัวอย่างต่อเนื่องของหลักฐานเชิงประจักษ์ และนวัตกรรมทางเทคโนโลยี การดูแลที่ซับซ้อนที่ให้โดยกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และความสัมพันธ์ที่มีขึ้นระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล) เป็นตัวที่สร้างอุปสงค์ใหม่ หลักสูตรนี้ได้ตระหนักถึงสภาพแวดล้อมที่กำลังเปลี่ยนไปนี้ และมีจุดมุ่งหมายที่จะครอบคลุมความหลากหลายของผู้ป่วย ในสถานการณ์และในสถานบริการที่ผู้ปฏิบัติการรักษาที่มีความหลากหลายเช่นกัน

## **ทำไมนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพจำเป็นต้องเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย**

การค้นพบทางวิทยาศาสตร์ของการบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน นำไปสู่ผลการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษากันในประเทศต่างๆ ได้แสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาด้วยกับผลดี ผลที่สำคัญขององค์ความรู้นี้คือ การพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นมาเป็นสาขาเฉพาะทางอีกสาขาหนึ่ง ความปลอดภัยของผู้ป่วยมิใช่เป็นศาสตร์ในตัวเองเหมือนกับสาขาเดิมอื่นๆ แต่เป็นสาขาที่ควรรวมเข้าไปในทุกส่วนของบริการสุขภาพ

ในฐานะของผู้ให้บริการในคลินิก และผู้นำทางด้านการบริการสุขภาพในอนาคต นักศึกษาจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย รวม

ทั้งต้องรู้ว่าระบบมีผลกระทบอย่างไร ต่อคุณภาพและความปลอดภัยของ การบริการสุขภาพ และต้องรู้ว่าการสื่อสารที่ไม่ดีสามารถนำไปสู่เหตุการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์ได้ นักศึกษาจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับความ ทำทายเหล่านี้ และเรียนรู้ถึงวิธีที่จะพัฒนากลยุทธ์ที่จะป้องกัน และตอบ สอนต่อความผิดพลาด และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงต้องเรียนรู้วิธีการที่จะ ประเมินผล เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นในระยะยาว

โปรแกรมความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก มี เป้าหมายที่จะปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วโลก ความปลอดภัย ของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของทุกๆ คน ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ ผู้จัดการ พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่โรงครัว ผู้บริหาร ผู้บริโภค และนักการเมือง สำหรับนักศึกษาผู้ซึ่งจะกลายเป็นผู้นำการบริการสุขภาพ ในอนาคต มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะ ใน การนำหลักการและแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ คู่มือหลักสูตร นี้ได้เตรียมให้นักศึกษาได้ความรู้ที่จำเป็นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่นเดียวกับอธิบายทักษะและพฤติกรรมที่จำเป็น ที่จะช่วยให้นักศึกษานำ ไปใช้ในการประกอบวิชาชีพได้อย่างปลอดภัย

เวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้แก่นักศึกษาเรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย ควรเริ่มตั้งแต่เข้าโปรแกรมของการฝึกอบรม นักศึกษาจำเป็นต้อง มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามทักษะและพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย ทันทีก้าวเข้ามายังโรงพยาบาล คลินิก หรือบ้านผู้ป่วย หาก เป็นไปได้นักศึกษาจำเป็นต้องมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วย ในสภาพแวดล้อมจำลองก่อนจะออกไปปฏิบัติในโลกแห่งความ เป็นจริง

การเน้นให้นักศึกษามาสสนใจในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน โดยให้มอง ถึงความเป็นปัจเจกชนของผู้ป่วย และฝึกปฏิบัติโดยนำความรู้และทักษะที่ เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมาใช้ นักศึกษาสามารถเป็นแบบอย่างให้กับคนอื่น ๆ ในระบบการบริการสุขภาพได้ นักศึกษาดำเนินการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ เริ่มเข้ามาในระบบ มักจะมาด้วยความมุ่งมั่นปรารถนาเป็นอย่างมาก แต่ อย่างไรก็ตามจากความ เป็นจริงของระบบการบริการสุขภาพ บางครั้งทำให้ การมองโลกในแง่ดีหดหายไป เราต้องการให้นักศึกษายังคงมองโลกในแง่ดี

ไว้ และเชื่อว่านักศึกษาสามารถสร้างความแตกต่างได้ ทั้งในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนและต่อระบบการบริการสุขภาพ

## วิธีการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย: การจัดการอุปสรรค

การเรียนของนักศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับผู้สอนที่ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การอธิบายแนวคิดทางเทคนิค การสาธิตทักษะ และการปลูกฝังทัศนคติ ทั้งหมดนี้มีความสำคัญต่อการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ครูผู้สอนความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้วิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นพื้นฐาน (ช่วยในการเรียนเป็นกลุ่ม) การเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นพื้นฐาน (การแสดงบทบาทสมมติ และการเล่นเกมส์) และการสอนโดยวิธีการบรรยายเป็นพื้นฐาน (การบรรยายแบบสอน/แบบปฏิสัมพันธ์) เช่นเดียวกับผู้สอนที่ให้อาจารย์ (mentoring) และเป็นผู้ฝึกสอนอย่างใกล้ชิด (coaching) (เป็นบทบาทต้นแบบ)

ผู้ป่วยตัดสินใจให้ผู้ให้บริการเป็นอย่างไร ไม่เพียงแค่มองว่ามีความรู้มากแค่ไหน แต่มองจากการกระทำของเขาด้วย ในขณะที่นักศึกษาก้าวเข้าสู่สภาพแวดล้อมทางคลินิกและการปฏิบัติงาน ความท้าทายคือการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทั่วไปมาใช้ในผู้ป่วยแต่ละคน ในการที่จะทำเช่นนั้น นักศึกษาจะต้องก้าวไปมากกว่าได้จากการเรียนรู้ มาสู่จะนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้ได้อย่างไร สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับนักศึกษาคือ การได้ลงมือปฏิบัติ การทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย เช่น ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย หาข้อมูลเกี่ยวกับยา และรู้จักถามคำถาม เป็นต้น ทางที่ดีที่สุดสำหรับนักศึกษาที่จะเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ การได้ลงมือปฏิบัติจริง หรือการฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมจำลอง นักศึกษาต้องการผู้เชี่ยวชาญที่จะมาคอยดูแลการปฏิบัติงานทางคลินิก มากกว่าการบรรยายทฤษฎีพื้นฐาน เมื่อครูผู้สอนสังเกตการปฏิบัติงานของนักศึกษาและให้คำแนะนำป้อนกลับ นักศึกษาก็จะปรับปรุงการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และท้ายที่สุดก็จะมีทักษะหลายๆ ด้านที่สำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การได้รับคำแนะนำจากครูผู้ให้อาจารย์ และการถูกฝึกสอนอย่างใกล้ชิด มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

โดยธรรมชาติของนักศึกษา มักคัดลอกและเลียนแบบพฤติกรรมของครูผู้สอน และผู้ปฏิบัติงานอาวุโส วิธีทางที่ต้นแบบประพฤติปฏิบัติจะมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวของนักศึกษาเมื่อจบการศึกษาไปแล้ว นักศึกษาส่วนใหญ่เข้ามาเรียนด้วยความใฝ่ฝันอันสูงส่ง ด้วยความต้องการเป็นผู้ให้การดูแลรักษา ต้องการแสดงความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ ต้องการเป็นคนที่มีความสามารถ และมีจริยธรรมในวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่นักศึกษาเห็นได้บ่อยๆ คือ การดูแลที่เร่งรีบ ความไม่สุภาพต่อเพื่อนร่วมงาน ความสนใจแต่ในวิชาชีพของตนเอง ในที่สุดความใฝ่ฝันอันสูงส่งของนักศึกษาก็จะค่อยๆ ลดลง เพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน

การศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและคู่มือหลักสูตรนี้ ได้ตระหนักถึงอิทธิพลและปัจจัยเหล่านี้ที่มีอยู่ในบางสถานที่ เราเชื่อว่าอิทธิพลที่มีผลลบเหล่านี้ สามารถทำให้เบาบางลงได้ และสามารถลดผลกระทบต่างๆ ลงให้มากที่สุดได้ โดยการพูดคุยกับนักศึกษาถึงวัฒนธรรมการปฏิบัติงานที่มีอยู่ทั่วไป และผลกระทบของวัฒนธรรมนั้นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การที่ได้ตระหนักถึงอุปสรรคต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพูดถึงเรื่องเหล่านี้ จะทำให้นักศึกษาเข้าใจได้ถึงปัญหาของระบบ (ซึ่งตรงข้ามกับการมองว่าคนในระบบเป็นปัญหา) และทำให้เขามองเห็นว่าการแก้ไขที่ระบบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นนั้นเป็นไปได้ และเป็นเป้าหมายที่คุ้มค่างับความเพียรพยายาม อุปสรรคต่างๆ ในแต่ละประเทศไม่เหมือนกันและแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม หรือแม้กระทั่งตามสถานบริการต่างๆ ภายในพื้นที่หนึ่ง อุปสรรคที่เป็นปัญหาเฉพาะของประเทศหนึ่ง ซึ่งอาจมีทั้งแง่กฎหมายและกฎระเบียบที่กำกับระบบสุขภาพ กฎหมายเหล่านี้ อาจทำให้การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยบางเรื่องไม่สามารถนำมาใช้ได้ วัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีวิธีการจัดการที่ต่างกันในเรื่อง ลำดับชั้น การปกครอง ความผิดพลาด และวิธีการแก้ไขความขัดแย้ง การที่นักศึกษากลับแสดงความคิดเห็นของตนเองได้เพียงใด เมื่ออยู่ต่อหน้าครูผู้สอนและ/หรือแพทย์อาวุโส นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความพร้อมของวัฒนธรรมทางวิชาชีพ ที่พร้อมจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ในบางสังคม แนวคิดความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สามารถปรับใช้ได้กับวัฒนธรรมปกติของที่นี่ได้ง่ายๆ อุปสรรคเหล่านี้จะได้มีการกล่าวถึงมากขึ้นในส่วนหลังของหัวข้อนี้ (ดูส่วนที่เป็นเรื่อง-การเผชิญหน้ากับโลกแห่งความเป็นจริง-การช่วยให้ นักศึกษาเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย)

นักศึกษาจะเห็นอุปสรรคมากขึ้นเมื่อเข้ามาในสถานที่ฝึกประกอบวิชาชีพและสถานที่ทำการรักษาพยาบาล อุปสรรคเหล่านี้มักจะสัมพันธ์กับครูผู้สอน/ผู้ฝึกหัดอาวุโส หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่สามารถปรับตัวได้กับการท้าทายของการดูแลใหม่ หรือผู้ที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่จะมาถึงตัวเขา พฤติกรรมของเขาเหล่านั้นสามารถที่จะเปลี่ยนนักศึกษาผู้มีพลังที่จะขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กลายเป็นคนที่เฉื่อยชาเอาตามตำราที่เรียนมา การที่ผู้ให้บริการสุขภาพต่างๆ (พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ แพทย์ และอื่นๆ) ยังคงวัฒนธรรมเดิมของตนในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดการใช้วิธีแบบไซโลในการบริการสุขภาพ (คำว่าไซโลยืมมาจากบริบททางการเกษตรกรรมที่แต่ละไซโลแยกเก็บผลผลิตทางเกษตรที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่ง ความล้มเหลวของการสื่อสารระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ สามารถนำไปสู่ความผิดพลาดในการบริการสุขภาพ การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นที่มของสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยในการลดความผิดพลาดต่างๆ ช่วยให้มีการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างกันมากขึ้น และส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานร่วมกันที่ดีขึ้น

เมื่อครูผู้สอนและผู้ฝึกหัดคุ้นเคยกับหลักสูตรนี้แล้ว เขาก็จะตระหนักได้อย่างรวดเร็วว่าสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนมา อาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในการปฏิบัติงานจริง ผู้ให้บริการสุขภาพบางคนอาจรู้สึกว่าการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้แก่ศึกษาด้านการบริการสุขภาพ ไม่น่าจะประสบความสำเร็จ เพราะมีอุปสรรคมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องกับ แต่เมื่ออุปสรรคถูกกล่าวถึงและนำมาอภิปรายกัน ก็จะเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่น่ากลัวนัก แม้แต่ในการอภิปรายระหว่างกลุ่มของนักศึกษา ความเป็นจริงและอุปสรรคสามารถนำมาบอกกันและสอนกันได้ อย่างน้อยที่สุดมันทำให้เกิดการวิจารณ์ระบบอย่างสร้างสรรค์ และเป็นเวลาที่จะสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ได้กระทำไป



## หัวข้อในคู่มือหลักสูตรเกี่ยวข้องกับอย่างไรกับการปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

ตาราง B.I.1 แสดงถึงวิธีการนำหัวข้อในคู่มือหลักสูตรนี้ไปรวมเข้ากับการบริการสุขภาพ โดยใช้การทำความสะอาดมือเป็นตัวอย่าง หลักการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลายๆ เรื่อง สามารถนำมาใช้กับการบริการสุขภาพในแง่ต่างๆ ได้ ดังเช่น การปฏิบัติงานเป็นทีม ความปลอดภัยของการใช้ยา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เป็นต้น เราใช้ตัวอย่างนี้เพราะการลดลงของการแพร่เชื้อให้เหลือน้อยที่สุด สามารถเกิดขึ้นได้โดยที่ผู้ให้บริการสุขภาพล้างมือให้ถูกวิธีและให้ถูกเวลา การทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงการบรรลุความสำเร็จในเรื่องนี้ได้ง่ายๆ แต่อย่างไรก็ตามการรณรงค์นี้บร้อย่นับพันครั้งที่สอนบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เจ้าหน้าที่นักศึกษา และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในเรื่องของมาตรฐาน และการควบคุมการแพร่เชื้อตามหลักสากล เราก็พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ และอัตราการติดเชื้อที่ได้รับจากการบริการสุขภาพก็ยังคงเพิ่มขึ้นทั่วโลก แต่ละหัวข้อของหลักสูตรบรรจุไปด้วยเรื่องสำคัญ ที่นักศึกษาสาขาสุขภาพควรได้ในด้านนั้นๆ เมื่อรวมทุกหัวข้อเข้าด้วยกันแล้วจะทำให้ได้ความรู้ที่เป็นพื้นฐาน และเป็นการเตรียมนักศึกษาสาขาสุขภาพให้มีเทคนิคการทำความสะอาดมือที่ถูกต้องตลอดไป รวมถึงบอกถึงวิธีการการปรับปรุงระบบต่างๆ ในวงกว้างได้เช่นกัน

### หัวข้อในคู่มือหลักสูตรและความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในขณะที่หัวข้อทั้งหมดเป็นแต่ละหัวข้อแยกกัน ตาราง B.I.1 แสดงให้เห็นถึงหัวข้อทั้งหมดมีความจำเป็นอย่างไร ในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยใช้การทำความสะอาดมือเป็นตัวอย่าง เราจะแสดงให้เห็นว่า การเรียนจากแต่ละหัวข้อมีความจำเป็นอย่างไร ในการทำให้ประสบความสำเร็จในการบริการสุขภาพที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืน

ตาราง B.I.1. หัวข้อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างไร: ตัวอย่างจากการทำความเข้าใจความสะอาดมือ

<b>ปัญหาด้าน: การลดการแพร่กระจายเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด</b>	<b>หัวข้อคู่มือหลักสูตรและความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ</b>
<p>ปัญหาที่มีสาเหตุจากการควบคุมการติดเชื้อที่ไม่ดี</p>	<p><b>หัวข้อที่ 1 “ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร”</b> อธิบายถึงหลักฐานของอันตรายและความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในขณะที่นักศึกษาเรียนเกี่ยวกับสาขาความปลอดภัยของผู้ป่วย และบทบาทของเขาในการที่จะทำให้อุบัติการณ์และผลกระทบของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เหลือน้อยที่สุด เขาควรที่จะให้การชื่นชมในความสำเร็จของพฤติกรรมของตนเอง ในเรื่องการใช้เทคนิคการทำความสะอาดมือที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>
<p>ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ รู้ว่าการติดเชื้อเป็นปัญหา แต่เป็นเพียงการรู้ไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ คนมักจะใช้วิธีการทำความสะอาดมือเพียงระยะหนึ่ง แล้วต่อมาก็ลืม</p>	<p><b>หัวข้อที่ 2 “ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย”</b> หัวข้อนี้อธิบายถึงคนเราปฏิบัติงานกันอย่างไร ทำไมเขาถึงทำอย่างนั้น และทำไมถึงทำผิดพลาด การทำความเข้าใจถึงปัจจัยด้านมนุษย์จะช่วยทำให้มองเห็นโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด และช่วยนักศึกษาได้เรียนรู้ถึงวิธีการหลีกเลี่ยง หรือลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด การเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาด และการวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจในบริบทของการปฏิบัติงานของเขา การที่บอกผู้คนที่พยายามให้มากขึ้น (ในการทำความสะอาดมือให้ถูกวิธี) จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้เลย เขาต้องเห็นการปฏิบัติของเขาเอง ในบริบทสภาพแวดล้อมที่เขาทำอยู่และเครื่องมือที่เขาใช้ เมื่อผู้ปฏิบัติงานเชื่อว่าการติดเชื้อของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติของเขา ก็มีความเป็นไปได้มากที่เขาจะเปลี่ยนการปฏิบัติของเขา และใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐานตามมา</p>

## ปัญหาด้าน: การลดการแพร่กระจายเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด

## หัวข้อคู่มือหลักสูตรและความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ

ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต้องการที่จะทำตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม แต่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การทำความสะอาดมือเป็นไปได้

### หัวข้อที่ 3 “การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย”

หัวข้อนี้แสดงให้เห็นถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย ที่ประกอบไปด้วยหลายขั้นตอนและมีความสัมพันธ์กันที่หลากหลาย ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับว่า ผู้ให้บริการสุขภาพจะให้การรักษาถูกทางหรือไม่ และขึ้นอยู่กับระบบของการบริการสุขภาพในที่นั้นๆ นักศึกษาจำเป็นที่จะต้องรู้ว่าการบริการสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยการปฏิบัติงานเป็นทีม นักศึกษาจำเป็นที่จะต้องเข้าใจว่า การทำความสะอาดมือมิใช่เป็นทางเลือกพิเศษ (ที่จะทำหรือไม่ทำก็ได้) แต่เป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องทำในการดูแลผู้ป่วย บทเรียนความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญอันหนึ่งคือ การเข้าใจว่าการกระทำของคนแต่ละคน และองค์ประกอบของการดูแลแต่ละคน ได้มารวมกันเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจก่อให้เกิดทั้งผลดี (ผู้ป่วยอาการดีขึ้น) หรือผลเสีย (ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์) เมื่อนักศึกษาเข้าใจว่าการกระทำของคนหนึ่งในทีมสามารถช่วยให้ค้นพบเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยได้ เขาจะเข้าใจอย่างรวดเร็วถึงการปฏิบัติงานในบริบทที่แตกต่างไป และนั่นคือบริบทความปลอดภัยของผู้ป่วย

ไม่มีสารที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม หรือไม่มีสารทำความสะอาดอื่น สำหรับทำความสะอาดมือ เพราะเสมือนประจำตึกลิ้มสัง

### หัวข้อที่ 4 “การเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ”

หัวข้อนี้อธิบายความสำคัญของการปฏิบัติงานเป็นทีมของผู้ให้บริการสุขภาพ หากไม่มีสารทำความสะอาดที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เป็นหน้าที่ของทุกคนในทีมที่จะแจ้งไปยังบุคคลที่เหมาะสมเพื่อมิให้ใช้ การบ่นเพียงอย่างเดียวว่ามีคนลิ้มสังไม่ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น การปฏิบัติงานอย่างมีสติ มองหาโอกาสที่จะช่วยผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน เป็นส่วนสำคัญที่จะเป็นมืออาชีพ และเป็นลูกทีม เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักมีสาเหตุมาจากขั้นตอนที่ง่าย ๆ ที่ดูเหมือนว่าไม่สำคัญ ดังเช่น การทำความสะอาดมือ ไม่มีแผ่นบันทึกการให้ยา หรือแพทย์มาดูแลทำการเตือนบางคนที่สั่งสารมาทำความสะอาดมือมิใช่เป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ (หยาบหยาบ) แต่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้

**ปัญหาด้าน: การลดการแพร่กระจายเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด**      **หัวข้อคู่มือหลักสูตรและความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ**

ศัลยแพทย์ออกจากห้องผ่าตัดไปชั่วคราว เพื่อรับสายโทรศัพท์มือถือ และกลับมาทำการผ่าตัดต่อไป โดยใส่ถุงมือเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่แผลหลังการผ่าตัด

**หัวข้อที่ 5 “การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อป้องกันอันตราย”**

หัวข้อนี้แสดงให้เห็นการตำหนิคนมิได้ช่วยอะไร และหากคนกลัวการถูกกล่าวหาว่าละเลยหรือกลัวการถูกตำหนิ ก็จะไม่มีการรายงานหรือเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบเมื่อเกิดความผิดพลาด เพื่อหาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลังของความผิดพลาด และเพื่อที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าจะไม่เกิดการซ้ำผิดซ้ำ จากการตรวจสอบสาเหตุของการติดเชื้อ อาจแสดงให้เห็นว่า ศัลยแพทย์ออกจากห้องผ่าตัด และเมื่อกลับมาไม่ใช้วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม การตำหนิคนเพียงอย่างเดียวจะไม่ช่วยอะไรเลย การวิเคราะห์ต่อมาอาจพบว่าศัลยแพทย์และคนอื่นๆในทีมละเลยแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ เพราะไม่คิดว่าการติดเชื้อจะเป็นปัญหา เมื่อไม่มีข้อมูล เขาจึงอยู่กับความมั่นใจที่ผิดๆ

ผู้ป่วยข้างต้นที่แผลติดเชื้อ เขียนจดหมายร้องเรียนไปยังโรงพยาบาล เล่าถึงการดูแลที่ได้รับ

**หัวข้อที่ 6 “การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก”**

หัวข้อนี้แสดงให้เห็นนักศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการมีระบบเพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดการร้องเรียนจะช่วยแพทย์หรือผู้จัดการทราบถึงปัญหา จดหมายร้องเรียนของผู้ป่วยถึงการติดเชื้อของเขาอาจเป็นจดหมายฉบับที่ 10 แล้วในหนึ่งเดือน ซึ่งอาจจะช่วยบอกทางโรงพยาบาลได้ว่าน่าจะมีปัญหาในการควบคุมการติดเชื้อ การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นวิธีการที่เป็นระบบของการรวบรวมข้อมูล ในเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแล

โรงพยาบาลตัดสินใจว่า มีปัญหาการติดเชื้อในห้องผ่าตัดห้องหนึ่ง โดยเฉพาะ และต้องการที่จะรู้ถึงปัญหาให้มากขึ้น

**หัวข้อที่ 7 “การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล”**

หัวข้อนี้ให้ตัวอย่างของวิธีการวัดและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น นักศึกษาจำเป็นต้องรู้ถึงวิธีการวัดกระบวนการให้การดูแล เพื่อประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้นได้หรือไม่

**ปัญหาด้าน: การลดการแพร่กระจายเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด**

**หัวข้อคู่มือหลักสูตรและความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ**

โรงพยาบาลรู้ว่าห้องผ่าตัดห้องหนึ่งมีการติดเชื้อมากกว่าห้องอื่นๆ การร้องเรียนของผู้ป่วยและปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงมือสื่อ

**หัวข้อที่ 8 “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล”**  
หัวข้อนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารอย่างซื่อสัตย์กับผู้ป่วย หลังจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และความสำคัญของการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่ผู้ป่วย ถึงเรื่องการดูแลและการรักษา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ความเชื่อมั่นของชุมชนคงอยู่ต่อไป

โรงพยาบาลตัดสินใจว่าการติดเชื้อเป็นปัญหาขึ้นมาโดยเฉพาะทุกคนควรถูกเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของการยอมรับวิธีการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐาน

**หัวข้อที่ 9 “การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ”**  
หัวข้อนี้อธิบายถึงชนิดหลักๆ และสาเหตุของการติดเชื้อ และยังครอบคลุมถึงขั้นตอน และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการติดเชื้อให้มากที่สุด

โรงพยาบาลตัดสินใจที่จะทบทวนการควบคุมการติดเชื้อของห้องผ่าตัด เนื่องจากการติดเชื้อในห้องผ่าตัดเป็นเปอร์เซ็นต์ที่สำคัญของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รายงานโดยทีมงาน

**หัวข้อที่ 10 “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุกราน”**  
หัวข้อนี้ได้แสดงให้เห็นให้นักศึกษาเห็นว่า ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดหรือถูกทำหัตถการที่รุกราน มีโอกาสติดเชื้อได้สูงหรือได้รับการรักษาพยาบาลที่ผิด การเข้าใจถึงความล้มเหลวที่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่ไม่ดี การขาดความเป็นผู้นำ ความไม่สนใจอย่างเพียงพอถึงกระบวนการ การไม่ยอมรับปฏิบัติตามแนวทาง และงานที่มากเกินไป จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

บันทึกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมถูกทบทวนโดยใช้วิธีปรับปรุงคุณภาพ (โดยถามว่า “เกิดอะไรขึ้น” แทนที่จะถามว่า “ใครทำ”) ในการค้นหาวิธีการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ทีมงานเรียนรู้ว่าการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการป้องกันที่เหมาะสมช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ แต่การปฏิบัตินี้ต้องได้ประวัติการได้ยาอื่นๆ ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาขึ้น

**หัวข้อที่ 11 “การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา”**  
เป็นหัวข้อที่มีความสำคัญเพราะการใช้ยามิด เป็นสาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสัดส่วนที่สำคัญ ระดับของความผิดพลาดของการใช้ยาสูงมาก นักศึกษาจำเป็นต้องมองหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาด และรู้ขั้นตอนที่จะลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ความปลอดภัยของการใช้ยาทำให้นักศึกษาเข้าใจโอกาสของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และเขาควรพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเมื่อสั่งยาจ่ายยา บริหารยา และติดตามผลของการให้ยา

## การเผชิญกับโลกแห่งความเป็นจริง: การช่วยนักศึกษาให้เป็นผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

สิ่งที่ท้าทายที่สำคัญสิ่งหนึ่งของการปฏิรูปความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การยอมรับในเรื่องแนวทางใหม่ของการดูแล การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นเรื่องยากสำหรับองค์กรและผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งคุ้นเคยกับวิธีการรักษาแบบเดิม เขาอาจไม่เห็นความผิดพลาดของการดูแลที่ให้ไป และอาจไม่คิดว่าเขาจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง เขาอาจรู้สึกว่าคุณคุกคามหรือท้าทายจากคนปฏิบัติงานที่อายุน้อยกว่าที่เห็นและปฏิบัติงานต่างไป ในสถานการณ์เช่นนี้ หากนักศึกษาไม่ถูกฝึกสอนอย่างใกล้ชิดให้มองเชิงบวก และให้โอกาสที่จะอภิปรายประสบการณ์ จะส่งผลให้การเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในโปรแกรมการฝึกอบรมไม่ได้ผล

นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วว่า สมาชิกของผู้ให้บริการสุขภาพที่เขาปฏิบัติงานด้วยมีพฤติกรรมเป็นอย่างไร และรู้ว่าเขาถูกคาดหวังอะไร เนื่องจากการเป็นผู้เริ่มต้นใหม่ นักศึกษาหวังที่จะปรับตัวให้เข้าได้อย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ บ่อยครั้งที่นักศึกษาสาขาสุขภาพต้องขึ้นอยู่กับผู้สอนและผู้นิเทศ ในการได้รับการสนับสนุนในเรื่องข่าวสาร และเรื่องการประชุมวิชาชีพ

สำหรับนักศึกษาการที่จะให้ผู้สอนและผู้นิเทศคงความมั่นใจถือเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง ความก้าวหน้าของนักศึกษาขึ้นอยู่กับงานที่ตีจากครูของเขา ซึ่งขึ้นอยู่กับทำให้ความเห็นย้อนกลับทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และในส่วนของ การประเมินสมรรถนะและความตั้งใจของเขา ทั้งทางจิตวิสัยและวัตถุวิสัย (subjective และ objective) ความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยผู้ให้บริการสุขภาพที่จะกล่าวถึงความผิดพลาดและเรียนรู้จากสิ่งนั้น แต่นักศึกษาอาจเกรงกลัวถึงการเปิดเผยความผิดพลาดของเขาเองหรือของบุคลากรอาวุโส ผู้สอนหรือผู้นิเทศอาจมีผลกลับมาที่ตัวเองหรือคนอื่นที่เกี่ยวข้อง การที่ต้องขึ้นอยู่กับผู้สอนและผู้นิเทศในสถานปฏิบัติงานมากเกินไปในการเรียนการสอนและการประเมิน ส่งผลให้นักศึกษาปกปิดความผิดของตนเองและปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย แม้จะรู้ว่าตัวเองยังไม่มีสมรรถนะที่จะปฏิบัติงานนั้น นักศึกษาอาจจะลังเลที่จะกล่าวถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือแสดงความเห็นถึงความกังวลเกี่ยวกับประเด็นทาง

จริยธรรมกับเจ้าหน้าที่อาวุโส เขาอาจกลัวถูกรายงานว่าทำไม่ดี หรือเป็นคน  
ที่ “ขาดความตั้งใจ” หรือ “มีทัศนคติที่ไม่ดี” นักศึกษาอาจมีความหวาดกลัว  
โดยที่คิดไปเอง หรือเคยมีประสบการณ์ว่า การพูดออกไปเพื่อผู้ป่วยหรือการ  
เปิดเผยความจริง อาจนำไปสู่การรายงานที่ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อโอกาสการ  
จ้างงานลดลง และ/หรือ ลดโอกาสที่จะเข้าถึงการได้ฝึกอบรมขั้นสูงต่อไป

การอภิปรายเรื่องความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยาก  
สำหรับผู้ที่ให้บริการสุขภาพไม่ว่าในวัฒนธรรมใด การเปิดใจที่จะเรียนรู้จาก  
ความผิดพลาดมักขึ้นอยู่กับบุคลิกของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอาวุโสที่  
เกี่ยวข้อง ในบางวัฒนธรรมและบางองค์กร การเปิดเผยเรื่องความผิดพลาด  
อาจเป็นเรื่องใหม่ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากสำหรับอาจารย์ในกรณีเช่นนี้ อาจ  
เป็นการเหมาะที่จะให้นักศึกษาพูดถึงความผิดพลาดในช่วงโมงเรียนของ  
นักศึกษา ในบางแห่งการอภิปรายนี้จัดขึ้นเป็นการประชุมแบบปิด และใน  
บางสถาบันการศึกษาที่ก้าวหน้า ทีมอาจพูดถึงความผิดได้อย่างเปิดเผย  
และมองหาหนทางที่จะแก้ไขข้อผิดพลาด แต่ท้ายที่สุด ในทุกวัฒนธรรมก็  
ต้องมีการเผชิญหน้ากับความทุกข์ทรมานของมนุษย์ที่มีสาเหตุมาจากความ  
ผิดพลาด เมื่อได้เห็นความทุกข์ทรมานเหล่านั้น ผู้ให้บริการสุขภาพไม่ว่าจะ  
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คลินิก และชุมชน ก็ยากที่จะคงการปฏิบัติงานใน  
แบบเดิม หลายคนนำวิธีการต่าง ๆ ที่จะปรับเรื่องการปกครองโดยลำดับชั้น  
และการให้บริการการดูแลผู้ป่วย วิธีการใหม่บางวิธีมองว่าทีมเป็นเครื่องมือ  
หลักของการให้บริการสุขภาพ จึงพยายามปรับการปกครองโดยลำดับ  
ชั้นให้ลดลง ให้เป็นแนวราบมากขึ้น ซึ่งหมายถึงทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยมีส่วน  
ช่วยได้เช่นกัน

อาจเป็นการช่วยนักศึกษาหากเขาสามารถเข้าใจได้ว่า ทำไมความ  
คาดหวังและทัศนคติของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอาวุโสและอาจารย์  
ดูเหมือนจะไม่เข้ากันกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่นักศึกษาได้  
เรียนมา การบริการสุขภาพไม่ได้ถูกออกแบบให้มีเรื่องความปลอดภัยของ  
ผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้น การบริการสุขภาพมีการพัฒนาเมื่อเวลาผ่านไป การปฏิบัติ  
ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผ่านมาเป็นผลมาจากสิ่งที่ปฏิบัติกันมา  
จนเป็นธรรมเนียม มากกว่าจะเป็นข้อที่ควรพิจารณาให้ชัดเจนในเรื่องความ  
ปลอดภัยของผู้ป่วย ทัศนคติจำนวนมากมายของการบริการสุขภาพถูกฝัง

รากลึกในวัฒนธรรมของวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งเริ่มต้นมีขึ้นเมื่อโครงสร้างการปกครองตามลำดับชั้นเข้าไปอยู่ทั่วไปในสังคมนั้น การบริการสุขภาพเป็นวิชาชีพที่ลืขิตมาเพื่อชีวิตของผู้คน และผู้รักษาในคลินิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ เป็นผู้ที่ถูกพิจารณาว่าเป็นผู้ที่ทำสิ่งที่ถูกต้องโดยตลอด ภายใต้กรอบแนวคิดเช่นนี้ผู้ให้บริการสุขภาพถูกมองว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำผิดได้ การฝึกรอบที่ผ่านการเป็นแพทย์ฝึกหัดมาก่อน และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ไม่ว่าดีหรือร้าย) เป็นส่วนที่มาจากทักษะของบุคลากรวิชาชีพไม่ใช่มาจากทีม เขาไม่ต้องรับผิดชอบตอคนอื่น ๆ นอกจากตัวเขาเอง ในบางแห่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาฟรี ถูกมองว่าเป็นสิ่งของสำหรับการเรียนรู้ แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นมากแล้ว วัฒนธรรมเก่าก็ยังคงหลงเหลืออยู่ และทำหน้าที่หล่อหลอมทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ได้รับการฝึกรอบมาจากสภาพแวดล้อมของวัฒนธรรมนั้น

สังคมสมัยใหม่ต้องการบริการที่มีความปลอดภัยและมีคุณภาพ ซึ่งให้โดยผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในวัฒนธรรมที่มีความปลอดภัย วัฒนธรรมที่มีความปลอดภัยเริ่มแทรกซึมเข้าไปยังที่ปฏิบัติงานการบริการสุขภาพต่างๆ ทั่วโลก และนักศึกษา ก็จะต้องประสบกับทั้งทัศนคติเดิมที่ปฏิบัติกันมา และทัศนคติที่สะท้อนให้เห็นถึงความปลอดภัย สิ่งที่ทำหายสำหรับนักศึกษาไม่ว่าจะวัฒนธรรมใด ประเทศใด และสาขาใดคือ การปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้ว่าคนรอบข้างจะไม่ปฏิบัติตาม นับเป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง ที่จะสามารถแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างวิธีการดูแลแบบเก่าบางประการที่มีผลทางลบในการดูแลผู้ป่วย กับการปฏิบัติแนวใหม่บางประการที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเรื่องที่สำคัญอีกเช่นกันที่จะต้องยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมนี้ อาจก่อให้เกิดความเครียดกับนักศึกษาหรือผู้เข้ารับการฝึกรอบที่ชินกับการปฏิบัติโดยใส่ใจความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว แต่ผู้อาวุโสที่เกี่ยวข้องโดยตรงทั้งหลายยังไม่ตระหนัก หรือยังไม่ชอบถึงวิธีการใหม่นี้ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่นักศึกษาจะต้องพูดกับผู้นิเทศก่อนที่จะเริ่มนำวิธีการใหม่นี้มาใช้

เราไม่ได้คาดหวังให้นักศึกษาที่จะนำตัวเอง หรือนำความก้าวหน้าในวิชาชีพของเขา ไปเสี่ยงกับการที่เขาสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงระบบ แต่



เราให้กำลังใจนักศึกษาที่จะคิดถึงวิธีการที่ได้รับจากการฝึกอบรม และยังมีมุมมองเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปในเวลาเดียวกัน ตาราง B.1.2 ด้านล่างให้กรอบการปฏิบัติงาน เพื่อให้ความคิดบางประการแก่นักศึกษาในการจัดการความขัดแย้งที่อาจประสบ ในขณะที่เขาได้รับมอบหมายงานในที่ปฏิบัติงานเพื่อการฝึกอบรม

### ตาราง B.1.2. การจัดการความขัดแย้ง: วิธีเก่าและวิธีใหม่

ด้านหรือคุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
ลำดับชั้นในระบบสุขภาพ: การทำความสะอาดมือ	ผู้ให้บริการสุขภาพอาวูโส ไม่ล้างมือระหว่างดูแลผู้ป่วยแต่ละคน	นักศึกษาไม่พูดอะไรและยอมตามกับการปฏิบัติเดิมที่ไม่เพียงพอและเลียนแบบผู้อาวูโสท่านนั้น	(1) มองหาความกระฉ่างในเรื่องของ “เมื่อใดและอย่างไร” ของการทำความสะอาดมือ กับผู้ให้บริการทางคลินิกหรือผู้อาวูโสท่านอื่น (2) ไม่พูดอะไร แต่ทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง (3) พูดบางสิ่งด้วยการให้ความเคารพแก่ผู้รักษาทางคลินิก และทำความสะอาดมือที่ถูกต้องต่อไป
ลำดับชั้นในระบบสุขภาพ: ที่ห้องผ่าตัด	ศัลยแพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเช็ดตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้ถูกต้อง หรือ ยืนยันผู้ป่วยให้ถูกคน ศัลยแพทย์ไม่พอใจกับการเช็ดความถูกต้องก่อนผ่าตัด โดยเชื่อว่าเป็นการเสียเวลา และสร้างแรงกดดันให้กับทีมว่าควรรีบทำ	นำวิธีการของศัลยแพทย์ อาวูโสมาใช้ และไม่ได้มีส่วนร่วมในการเช็ด โดยมองว่าเป็นงานที่ต่ำต้อย	(1) ช่วยทีมงานอย่างเข้มแข็งที่จะเช็ดให้ครบถ้วน ตามแนวปฏิบัติ

ด้านหรือคุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
ลำดับชั้นในระบบสุขภาพ: การให้ยา	นักศึกษาตระหนักว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาเพนนิซิลินอย่างรุนแรงและสังเกตว่าพยาบาลอาวุโสกำลังให้ยาเพนนิซิลิน	ไม่พูดอะไร เพราะกลัวจะถูกมองว่าไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของผู้อาวุโส โดยคิดว่าพยาบาลท่านนั้นควรรู้ว่ากำลังทำอะไร	(1) แสดงข้อวิตกกังวลทันทีเกี่ยวกับเรื่องการแพ้กับพยาบาลท่านนั้น นักศึกษามองว่าฉันเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่จะช่วยเหลือได้ และเป็นความรับผิดชอบของนักศึกษาที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
การใช้อำนาจในการสั่งการ: การให้ความยินยอม	นักศึกษาถูกบอกให้เป็นผู้ไปขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อการรักษา โดยที่นักศึกษายังไม่เคยทำมาก่อน	ยอมรับทำโดยไม่ให้อาจารย์อาวุโสรู้ว่ายังไม่มีความรู้เรื่องการรักษา โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างคลุมเครือและผิวเผินเพียงเพื่อแค่ว่าจะให้เซ็นยินยอมเท่านั้น	(1) ปฏิเสธงานนั้น และเสนอแนะให้ผู้ให้บริการทางคลินิกที่รู้เรื่องการรักษานั้น ซึ่งเป็นผู้ที่เหมาะสมที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย (2) ยอมรับปฏิบัติงานนั้น แต่บอกก่อนว่ายังไม่มีความรู้ในการรักษานั้น และต้องการการสอนก่อน และขอเชิญให้ผู้อื่นเทศทำแทนท่านหนึ่งมาช่วย หรือให้คำแนะนำ

ด้านหรือ คุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
การใช้อำนาจ ในการสั่ง การ: บทบาท ของผู้ป่วยใน การดูแล	ผู้ป่วยมักจะถูกทะเลาะ ขณะทำการตรวจผู้ป่วย ในตึก และไม่ได้มีส่วน ร่วมในการอภิปรายใน การดูแล	ยอมรับสถานการณ์นั้น และไม่ทำอะไร โดย คิดว่าเป็นวิถีทางที่ ปฏิบัติกันมา ยอมรับ กับพฤติกรรมที่จะไม่นำ ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วม	(1) เป็นผู้นำในการทักทายผู้ป่วย “สวัสดีครับ คุณรูอิซ (Ruiz) เรากำลังมาดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ในเช้าวันนี้ครับ คุณรู้สึกเป็น อย่างไรบ้างครับวันนี้” (2) หากมีแรงกดดันเรื่องเวลาที่ จะต้องรีบไปปฏิบัติงานอื่น ต่อ ควรอธิบายกับผู้ป่วยและ ครอบครัวว่า “ผมจะกลับมาคุย ด้วยภายหลังที่ผมเดินตรวจ คนอื่นๆ เสร็จแล้วครับ” (3) ศึกษาความกังวลของผู้ป่วย ก่อนที่มาตรวจผู้ป่วย และนำ มาปรึกษากับผู้ให้บริการทาง คลินิกผู้อาวุโสในขณะที่ทำการ ดูแลข้างเตียง เช่น “คุณรูอิซ ไม่ต้องการทำการผ่าตัด การ ผ่าตัดเป็นทางเลือกสำหรับเขา หรือครับ” (4) เชิญชวนและสร้างกำลังใจให้ ผู้ป่วยพูดออกมาในขณะที่ กำลังตรวจ (5) ถามผู้สังเกตว่า เขาคิดว่าการที่ ให้ผู้ป่วยและญาติพูดมีคุณค่า หรือไม่ในขณะที่ทำการดูแล ข้างเตียง เพื่อช่วยให้การดูแล มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

ด้านหรือ คุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
ผู้ให้บริการ สุขภาพทำ อะไรไม่เคย ผิด: ชั่วโมง ปฏิบัติงาน	เจ้าหน้าที่อ่อนอาวุโส คนหนึ่งกล่าวขึ้นมาด้วย ภาคภูมิใจว่า เขาปฏิบัติ งานมา 36 ชั่วโมงแล้ว	ชื่นชมกับความทรหด อดทน และความตั้งใจ ในการปฏิบัติงานของเขา	(1) ถามผู้ร่วมปฏิบัติงานท่านอื่นๆ ว่ารู้สึกอย่างไร และเป็นการ ฉลาดหรือไม่ หรือเป็นความ รับผิดชอบที่ดีหรือไม่ ที่ยังคง ปฏิบัติงานอยู่ (2) ถามถึงกำหนดเวลาเลิกเป็น เวลาใด และเขาวางแผนที่จะ ขับรถกลับบ้านอย่างไร เขา รู้สึกปลอดภัยหรือไม่ที่จะขับรถ (3) ให้ข้อเสนอแนะบางประการที่ คิดว่ามีส่วนช่วย เช่น “มีใคร ช่วยถือวิทยุตามตัวแทนท่าน หรือไม่ เพื่อท่านจะได้กลับบ้าน และได้พักผ่อนบ้าง” หรือ “ผม ไม่คิดว่าผู้ปฏิบัติงานท่านอื่นๆ จะยอมให้ท่านปฏิบัติงานนาน เกินเช่นนั้น ท่านควรที่จะร้อง เรียนเกี่ยวกับการจัดเวร”
ผู้ให้บริการ สุขภาพทำ อะไรไม่เคย ผิด: ทัศนคติ ต่อความผิด พลาด	ความผิดพลาดเกิดขึ้น เพราะคนขาดความรู้ และขาดจริยธรรม ผู้ให้บริการสุขภาพที่ดี ยอมไม่ทำผิด	ยอมรับวัฒนธรรมที่ กล่าวถึงผู้ให้บริการ สุขภาพที่ทำให้ผิดว่า “เลว” หรือ “ไม่มีความ สามารถ” พยายามให้ มากขึ้นที่หลีกเลี่ยงการ ทำผิด หากตัวเองทำผิด ก็ปิดเงียบและตำหนิผู้อื่น หรือสิ่งอื่นว่าเป็นต้นเหตุ ให้ผิด มองแต่ความผิด ที่คนอื่นทำและบอากับ ตัวเองว่า ฉันจะไม่ยอม ทำผิดแบบไร้เหตุผล เช่นนั้น	(1) ทำความเข้าใจว่าทุกคน สามารถทำผิดพลาดได้ในบาง ขณะ และสาเหตุของความผิด พลาดมาจากหลายปัจจัย และ เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ซ่อนเร้น ซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ใน ขณะที่เกิดความผิดนั้น ควร ดูแลผู้ป่วย ดูแลตัวเองและ เพื่อนร่วมงานในกรณีที่เกิด ความผิดพลาดขึ้นมา และ พยายามที่จะกระตุ้นให้เกิดการ เรียนรู้จากความผิดพลาดนั้น

ด้านหรือคุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
ผู้ให้บริการสุขภาพทำอะไรไม่เคยผิด: การทำผิดพลาด	ผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสท่านหนึ่งทำผิดพลาดและบอกกับผู้ป่วยว่า เป็นอาการแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่อื่นๆ ไม่พูดถึงเรื่องนี้ ในเรื่องความผิดพลาดนี้ ในการประชุมทบทวนการปฏิบัติงาน	ยอมรับถึงวิธีการจัดการกับความผิดพลาด โดยให้เหตุผลว่า เป็นปัญหาของตัวผู้ป่วยเองมากกว่าที่จะเป็นจากการดูแล และเรียนรู้อย่างรวดเร็วว่า ผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสจะไม่ยอมเปิดเผยการทำผิดแก่ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน และเลียนแบบพฤติกรรมนั้น	(1) พูดกับผู้นำทีมถึงเรื่องการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยและถามว่า โรงพยาบาลหรือคลินิกแห่งนี้ มีนโยบายที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ (2) ถามผู้ป่วยว่าต้องการได้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่ในการดูแลรักษา หากผู้ป่วยต้องการจะได้ให้ข้อเสนอแก่แพทย์ผู้ดูแลว่า ผู้ป่วยต้องการได้ข้อมูลเพิ่มเติม (3) บอกผู้นำทีมหรือผู้นำทีมเมื่อมีคนทำผิด และถามว่าความผิดที่คล้ายๆ กันนี้ จะมีวิธีการหลีกเลี่ยงได้หรือไม่ในอนาคต (4) กรอกแบบฟอร์มการเกิดเหตุการณ์ (หากเหมาะสม)
ผู้ให้บริการสุขภาพทำอะไรไม่เคยผิด: ผู้รู้ทุกสิ่งทุกอย่าง	ผู้ให้บริการสุขภาพทำตัวเหมือน “เป็นพระเจ้า” และดูถูกผู้ให้บริการที่อ่อนอาวุโสและผู้ป่วย	ปรารถนาที่จะเป็นอย่างคนนี้ และชื่นชมว่าทำไมทุกคนถึงยอมรับเขา	(1) ตระหนักถึงการสมมุติเอาเองของทัศนคตินี้ และปรับพฤติกรรมโดยทำตามผู้ที่ปฏิบัติงานเป็นทีม ที่แบ่งปันความรู้และมีความรับผิดชอบ

ด้านหรือ คุณลักษณะ	ตัวอย่าง	วิธีเก่า	วิธีใหม่
ตำหนิ/ น่าละอาย	ผู้ให้บริการสุขภาพที่ ทำผิดถูกล้อเลียน และ ทำให้ขายหน้าโดย ผู้อื่นเทศของเขา  โรงพยาบาลลงโทษ ผู้ทำผิด	ไม่พูดอะไร และทำ พฤติกรรมแบบนั้นกับ ผู้ให้บริการท่านอื่นๆ ที่พูดเชิงลบเกี่ยวกับ ผู้ให้บริการสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับความผิด ความผิดพลาด	(1) ให้กำลังใจและทำความเข้าใจ กับเพื่อนร่วมงาน ที่เกี่ยวข้อง กับอุบัติการณ์นั้น (2) พูดกับเพื่อนร่วมงาน และ ผู้อื่นเทศถึงวิธีการที่จะเข้าใจ ความผิดพลาดมากกว่าที่จะ ตำหนิคนที่ทำผิด (3) มุ่งความสนใจไปที่ความผิด แล้วถามว่า “มันเกิดอะไร ขึ้น” มากกว่า “ใครเป็นคนทำ” พยายามที่จะให้เกิดอภิปราย กันภายในทีม ถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้อง
การปฏิบัติ งานเป็น ทีม: ทีมของ ฉันเป็นทีม พยาบาล (หรือเป็นทีม ผดุงครรภ์/ เภสัชกร/ ทันตแพทย์/ แพทย์)	นักศึกษาและแพทย์ อ่อนอาวุโสมักจะนับ คนในวิชาชีพเดียวกัน เท่านั้นว่าเป็นทีมเดียวกัน  แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยใน ตึกปฏิบัติงานโดยไม่มี สมาชิกจากสาขาอื่นมา ร่วมด้วย	เปลี่ยนพฤติกรรมให้ เข้ากับผู้ดูแลในตึกที่ เหลือ และบอกตัวเองว่า สมาชิกของทีมมีเพียง คนวิชาชีพเดียวกัน เท่านั้น	(1) โปรดระลึกว่าทีมดูแลในมุมมอง ของผู้ป่วยคือ ทุกคนที่มาดูแล และรักษาผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำตึก และคนปฏิบัติงานอื่นๆ เช่น เดียวกับตัวผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวที่อยู่ในทีมด้วย (2) เสนอแนะให้สมาชิกอื่นในทีม เข้าร่วมสนทนาในการดูแลและ รักษาผู้ป่วยอยู่เสมอ (3) กล่าวชื่นชมและสร้างประโยชน์ ของการปฏิบัติงานเป็นทีม สหวิชาชีพให้สูงสุด

## เรื่องเล่าของผู้ป่วย

การใช้เรื่องเล่าในการบริการสุขภาพเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากที่ใช้ในการเรียนการสอนและการฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพมาหลายรุ่นแล้ว ยกตัวอย่างเช่น เรื่องเล่าเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานที่มีพรสวรรค์และปฏิบัติงานด้วยยาก เรื่องเล่าเกี่ยวกับครูผู้สอนและผู้นิเทศทั้งดีและไม่ดี และเรื่องเล่าข้อคิดมีประโยชน์ที่เอาตัวรอดได้ในการปฏิบัติงานในเวรต่างๆ เรื่องเล่าเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากมุมมองของนักศึกษาสุขภาพ เรื่องเล่าที่ขาดหายไปจากกล่องเครื่องมือนี้คือ เรื่องของผู้ป่วย (ประสบการณ์ของผู้ป่วย) ซึ่งเป็นเรื่องเตือนใจได้เป็นอย่างดีว่า ผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญของทีมบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน และผู้ป่วยก็มีบางสิ่งที่จะมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ให้แก่เรา เรื่องเล่าของผู้ป่วยที่อยู่ในแต่ละหัวข้อของการเรียนการสอนนี้ ออกแบบให้เห็นความสำคัญของหัวข้อในเรื่องมุมมองของผู้ป่วย และทำให้หลักสูตรมีชีวิต โดยการให้ตัวอย่างที่เป็นจริงถึงสิ่งที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ ในการให้บริการสุขภาพที่ขาดการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ชื่อของผู้ป่วยถูกสมมุติขึ้นมาในเรื่องเล่าของผู้ป่วย ยกเว้นที่ได้รับอนุญาตจากครอบครัว

เช่นในกรณีของคาโรไลน์ แอนเดอร์สัน เรื่องจริงของผู้ป่วยเหล่านี้มาจากกรอบการปฏิบัติงานการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย (APSEF) ปี ค.ศ. 2005





# หัวข้อที่ 1

## ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร

### เรื่องของคาโรไลน์

วันที่ 10 เมษายน ค.ศ. 2001 คาโรไลน์ (Caroline) อายุ 37 ปี เข้าโรงพยาบาลประจำเมือง (city hospital) แห่งหนึ่งเพื่อคลอดบุตรคนที่ 3 โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใดๆ โดยมีแพทย์ ก. เป็นสูติแพทย์ และแพทย์ ข. วิชาญแพทย์เป็นผู้ฉีดยาสลบเข้าไขสันหลังทางสายยางบริเวณเหนือชั้นดูรา (epidural catheter) วันที่ 11 เมษายน คาโรไลน์รายงานว่ารู้สึกปวดมากที่บริเวณกระดูกสันหลัง โดยเมื่อคืนก่อนที่จะเอาสายยางบริเวณเหนือชั้นดูราออก สายยางนี้ไปชนกับบางอย่างโดยบังเอิญ ในระหว่างนี้คาโรไลน์รายงานอาการปวดและตึงหลังบริเวณเอวไปหลายครั้ง แพทย์ ข. ได้มาตรวจและให้การวินิจฉัยว่าอาการปวดเกิดจากกล้ามเนื้ออักเสบ อาการปวดยังคงอยู่และเริ่มมีอาการเดินเอียง (limping) ต่อมาวันที่ 17 เมษายน คาโรไลน์ได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน

7 วันต่อมา ขณะที่พักผ่อนอยู่ที่บ้าน คาโรไลน์โทรศัพท์ถึงแพทย์ ก. แจ้งว่าเธอมีไข้ หนาวสั่น เจ็บหลังเป็นอย่างมาก และปวดศีรษะ วันที่ 24 เมษายน แพทย์ ค. ซึ่งเป็นแพทย์ประจำหน่วยแพทย์ของท้องถิ่น ได้มาตรวจคาโรไลน์และบุตรของเธอ และแนะนำว่าทั้งคู่ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำเขต (district hospital) เพื่อรักษาอาการปวดหลังของเธอและรักษาลูกที่มีอาการตัวเหลือง

แพทย์ ง. เป็นแพทย์โรงพยาบาลประจำเขตบ้านที่กว่า การปวดหลังของคาโรไลน์อยู่ที่ตำแหน่งของข้อกระดูกก้นกบข้อที่ 1 (S1) มากกว่าที่ตำแหน่งที่แทงสายเหนือชั้นดูรา วันที่ 26 เมษายน อาการตัวเหลืองของลูกดีขึ้น แต่คาโรไลน์ก็ยังไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ จ. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ยอมรับว่าเขาลืมมาตรวจเธอ แพทย์ ฉ. ซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านได้มาตรวจคาโรไลน์ และให้การวินิจฉัยว่าเธอมีอาการอักเสบของ

กระดูกก้นกบ (sacroiliitis) แพทย์ ฉ. ให้เธอกลับบ้านโดยสั่งยาอ็อกซีโคโดน (oxycodone) พาราเซตามอล และไดโคลฟีแนค (diclofenac) ให้ไปรับประทาน และแจ้งผลการวินิจฉัยไปยังแพทย์ ก. ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำคลอด

ยาช่วยลดอาการปวดของคารโไลน์ลงได้ จนกระทั่งวันที่ 2 พฤษภาคม เธอมีอาการเลวลง วันที่ 3 พฤษภาคม สามีของเธอจึงพาเธอไปยังโรงพยาบาลท้องถิ่น (local country hospital) ในสภาพที่มีอาการทรุดลงมากและไม่นานนักหลังจากที่เธอถึงโรงพยาบาล เธอเริ่มมีอาการชัก และพูดติดขัด ไม่ชัด (mumbling incoherently) แพทย์ ค. ได้บันทึกในประวัติว่า “สงสัยใช้ยาเสพติด (opiate) มากเกินไป และมีการอักเสบของก้นกบ” อาการของเธอเข้าขั้นวิกฤต และเธอก็ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำเขตทันที

เมื่อถึงโรงพยาบาลประจำเขต คาร์โไลน์ไม่ตอบสนองและจำเป็นต้องใส่ท่อหายใจ ม่านตาของเธอขยาย และไม่มีการหดตัวตอบสนองต่อแสง อาการของเธอไม่ดีขึ้น และในวันที่ 4 พฤษภาคม เธอถูกส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลประจำเมืองอีกแห่งหนึ่ง (second city hospital) เมื่อเวลา 13.30 น. ของวันเสาร์ที่ 5 พฤษภาคม เธอได้รับการยืนยันว่าสมองไม่ทำงานแล้ว และการช่วยชีวิตก็ยุติลง

จากการตรวจศพพบหนองที่ตุรารัชนบนและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ตั้งแต่ระดับเอวขึ้นไปถึงระดับฐานของสมอง ซึ่งผลจากการเพาะเชื้อ พบเชื้อสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส ที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน (methicillin-resistant Staphylococcus aureus: MRSA) และพบการเปลี่ยนแปลงของตับ หัวใจ และม้าม ที่สอดคล้องกับการติดเชื้อในกระแสเลือด

จากการชันสูตรทางนิติเวชสรุปได้ว่า คาร์โไลน์ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการอักเสบมาก่อนหน้านั้น และการอภิปรายถึงสาเหตุการเสียชีวิตของทางนิติเวช มีประเด็นที่สำคัญที่เน้นอยู่ในคู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย ฉบับสหวิชาชีพนี้

### อภิปราย

ข้อสังเกตของประวัติผู้ป่วยรายนี้ที่เห็นชัดแล้วชัดเล่าคือ การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดรายละเอียด ความเกี่ยวข้องของอาการทางคลินิก และขาดการบันทึกอาการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ วิชาญญีแพทย์ (แพทย์ ข.) เป็นคนที่รู้สึกห่วงเป็นอย่างมากกับอาการปวดของคาร์โไลน์ จึงได้เข้าห้องสมุดเพื่อศึกษาค้นคว้า แต่ก็ไม่ได้บันทึกอะไรไว้ในเวชระเบียน และก็ไม่ได้สื่อสารกับคาร์โไลน์ถึงสิ่งที่เขาคิด ว่าอาการปวดอาจเป็นจากเส้นประสาทอักเสบ และไม่ได้หาสาเหตุให้ครบถ้วนก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และมีข้อสงสัยว่าแพทย์ ข. ไม่ได้ล้างมืออย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อนที่จะ

แทงเข็มเข้าเหนือชั้นดูรา มุมมองของผู้เชี่ยวชาญอิสระมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดว่า แบทที่เรียกที่เป็นสาเหตุของฝีหนองน่าจะมาจากเจ้าหน้าที่หรือจากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

เห็นได้ชัดว่าคาโรไลน์ได้รับการดูแลโดยแพทย์อื่นๆ อีกหลายท่านหลังจากออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เธอไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยที่เธอไม่ได้รับคำแนะนำถึงความจำเป็นที่จะต้องไปพบแพทย์อีก หากอาการปวดหลังของเธอเลวลง และไม่มีจดหมายส่งต่อหรือโทรศัพท์แจ้งไปยังแพทย์ประจำหน่วยแพทย์ของท้องถิ่น (แพทย์ ค.)

ทางนิติเวชมีความเห็นว่า แพทย์แต่ละท่านที่ตรวจคาโรไลน์หลังจากที่เธอกลับบ้านไปแล้ว มิได้ไตร่ตรองให้รอบคอบในการวินิจฉัย และมีความเชื่อที่ผิดๆ ว่า ปัญหาของเธอคงจะตรวจพบได้โดยแพทย์ท่านอื่นตามระบบ แพทย์ ค. ตรวจเธออย่างคร่าวๆ เพราะรู้ว่าเธอจะได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำเขต แพทย์ผู้รับเธอไว้ในโรงพยาบาล (แพทย์ ง.) คิดว่าโอกาสที่คาโรไลน์จะเป็นฝีหนองที่ชั้นเหนือดูรามีเพียง 30% แต่มิได้ลงบันทึกนี้ไว้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนอยู่แล้วสำหรับแพทย์ท่านอื่นๆ ประเด็นสำคัญที่ยอมรับไม่ได้ในการปฏิบัติทางแพทย์คือ การที่แพทย์ จ. รับว่าจะไปตรวจคาโรไลน์ แต่ล้มไปตรวจเธอ

แพทย์คนสุดท้ายที่ตรวจคาโรไลน์ที่โรงพยาบาลประจำเขตเป็นแพทย์ประจำบ้าน (แพทย์ ฉ.) ซึ่งให้เธอกลับบ้านโดยให้ยาแก้ปวดอย่างแรง และไม่ได้ส่งตรวจหาสาเหตุให้ครบถ้วนตามที่ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่า เธอมีการอักเสบของก้นกบ ซึ่งคิดว่าอาจมาจากหลังผ่าตัด หรืออาจมาจากการติดเชื้อที่จุดนั้น สำหรับประเด็นการให้ยาอย่างปลอดภัย แพทย์ ฉ. ได้เขียนบันทึกให้คาโรไลน์อย่างคร่าวๆ และคลุมเครือโดยแนะนำให้เธอเพิ่มยาออกซีโคโดน ไฮโดรคลอไรด์ (oxycodone hydrochloride) หากมีอาการปวดมากขึ้น และให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง มีการบันทึกของแพทย์ ฉ. ที่บันทึกในกระดาษแผ่นหนึ่ง ซึ่งมีในรายละเอียดของการตรวจร่างกาย และความเป็นไปได้ที่จะต้องมีการตรวจด้วยแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging: MRI) แต่ไม่พบหลักฐานดังกล่าว

ในทางนิติเวชเชื่อว่า แพทย์ผู้ที่ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมดในการดูแลคาโรไลน์คือ สุตติแพทย์ของเธอ (แพทย์ ก.) คาโรไลน์ได้โทรหาแพทย์ท่านนี้ถึง 3 ครั้งหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายหลังการคลอด ซึ่งเธอได้รายงานถึงความเจ็บปวดของเธอยังมีอยู่ แต่แพทย์ ก. มิได้ตระหนักว่าเธอมีปัญหาอะไรที่รุนแรง

ตั้งแต่วันที่เธอคลอดบุตรจนถึงวันที่เธอเสียชีวิตใน 25 วันต่อมา คาโรไลน์ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ถึง 4 แห่ง มีความจำเป็นที่เห็นได้ชัดว่า เธอควรได้รับ

การดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมโดยทีมแพทย์และพยาบาล และมีการส่งต่อจากแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ความล้มเหลวในการเขียนบันทึกให้ครบถ้วน ทั้งในการวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยแยกโรค การตรวจหาสาเหตุ การสรุปรายงานการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการส่งต่อ นำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้าของการเป็นฝีหนองที่คุกคามชีวิต และนำไปสู่การเสียชีวิตของคาโรไลน์

แหล่งข้อมูล: การพิจารณาคดีของการเสียชีวิตของคาโรไลน์ บาร์บารา แอนเดอร์สัน (Caroline Barbara Anderson) แผนกนิติเวชของศาล เวสต์มีด ซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย 9 มีนาคม 2004 [ศาสตราจารย์ เมอร์รีลิน วอลตัน (Merrilyn Walton) ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากครอบครัวของคาโรไลน์ อนุญาตให้ใช้ประวัติของเธอในการสอนนักศึกษาด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว]

## บทนำ-ทำไมความปลอดภัยของผู้ป่วยถึงเกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

มีหลักฐานเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อย ได้รับผลเสียจากการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้คุณภาพอย่างถาวร ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และบางรายถึงกับเสียชีวิต ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา เราได้เรียนรู้ว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้โดยไม่ตั้งใจที่จะทำร้ายผู้ป่วย แต่เกิดขึ้นเนื่องจากความซับซ้อนของระบบการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งความสำเร็จของการรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นกับปัจจัยต่างๆ มากมาย ซึ่งนอกเหนือจากสมรรถนะของผู้ดูแลแต่ละคน

เมื่อผู้ให้บริการประกอบไปด้วยบุคลากรหลายฝ่าย (แพทย์ ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร และบุคลากรอื่นๆ) จึงเป็นการยากที่จะมั่นใจถึงการดูแลที่ปลอดภัยได้ หากระบบไม่ได้ออกแบบมาเพื่อให้แลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างครบถ้วนและทันเวลา ในระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยด้วยกัน

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญของทุกประเทศที่ให้ บริการ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการของภาครัฐหรือภาคเอกชน ความล้มเหลวของการตรวจสอบว่าผู้ป่วยถูกคนหรือไม่ หรือการให้ยาปฏิชีวนะโดยไม่ถามถึงโรคเดิมที่เป็นอยู่ หรือการให้ยาหลายตัวโดยมิได้สนใจว่าอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยไม่เพียง

แต่ได้รับผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีผิดๆ ผู้ป่วยยังอาจได้รับผลเสียจากการสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างผู้ให้การดูแลด้วยกัน หรือได้รับการรักษาที่เข้าไปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนาสมควรที่จะได้รับ ความสนใจเป็นพิเศษ ด้วยระบบโครงสร้างและเครื่องมือที่ยังไม่พร้อม คุณภาพของยาและการจัดหาที่ยังเชื่อถือไม่ได้ ความล้มเหลวของการควบคุมการติดเชื้อและการจัดการกับของเสีย พฤติกรรมการให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานเพราะขาดแรงกระตุ้นหรือขาดทักษะ และการขาดแคลนงบประมาณสำหรับการบริการทางสาธารณสุข ทำให้มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเด็นสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้แก่ การติดเชื้อที่ได้รับจากการบริการสุขภาพ (health care-associated infection: HCAI) การได้รับอันตรายจากความผิดพลาดของการผ่าตัดและการวางยาสลบ ความปลอดภัยในการใช้ยา อันตรายจากเครื่องมือทางการแพทย์ การฉีดยาและการให้เลือดที่ไม่ปลอดภัย และการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดที่ไม่ปลอดภัย ความท้าทายในเรื่องของ HCAI ยังคงมีอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งดูเหมือนว่าจะไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อ เรื่องนี้เป็นผลมาจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและการสุขาภิบาลที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีเรื่องพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยังไม่ดีพอ และผู้ป่วยมีปัญห การขาดสารอาหารและการติดเชื้ออื่นๆ และ/หรือ โรคต่างๆ ที่มีส่วนเสริมให้อัตราความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาหลายๆ แห่งพบว่า ความเสี่ยงในการติดเชื้อแผลผ่าตัดในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นอย่างมาก โดยในโรงพยาบาลและประเทศต่างๆ มีอัตราการระหว่าง 19%-31% [1] องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าตัวเลขจากรายงานการใช้จ่ายที่ไม่ปลอดภัยที่มีประมาณ 25% ของการใช้จ่ายในประเทศที่กำลังพัฒนาน่าจะไม่ตรงกับความจริง องค์การอนามัยโลกจึงได้ทำการสำรวจจาก 20 ประเทศ พบการใช้จ่ายปลอมมีถึง 60% ในประเทศที่กำลังพัฒนา และ 40% ในประเทศที่พัฒนาแล้ว [2] การศึกษาขององค์การอนามัยโลกอีกเรื่องหนึ่ง พบว่าเครื่องมือทางการแพทย์ของประเทศที่กำลังพัฒนาไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งใช้ไม่ได้หรือใช้ได้เพียงบางส่วน [3] ในบางประเทศประมาณ 40% ของเตียงผู้ป่วย

ตั้งอยู่ในอาคารที่สร้างขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์อื่น จึงทำให้การป้องกันรังสีและการควบคุมการติดเชื้อทำได้ยาก ส่งผลให้การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวต่ำกว่าหรือไม่ได้มาตรฐาน [4] แม้ว่าจะมีข้อจำกัดของข้อมูลและเป็นเพียงการประมาณการถึงขนาดปัญหาของประเทศที่กำลังพัฒนา การให้การศึกษ และการฝึกอบรมในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่ผู้ให้บริการสุขภาพยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

ความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วเป็นวิชาที่มีเนื้อหากว้าง สามารถผสมผสานไปกับเทคโนโลยีที่ทันสมัย ดังเช่น การส่งยาทางคอมพิวเตอร์ การออกแบบคลินิกและห้องตรวจผู้ป่วยนอกใหม่ รวมถึงการทำความสะอาดมือที่ถูกรวบรวม และวิธีการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ในหลายหลักสูตรที่สอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ได้กล่าวถึงเรื่องงบประมาณ แต่จะให้ความสำคัญกับพันธะสัญญาของแต่ละคนที่จะปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัย ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนสามารถปรับปรุงการดูแลให้ปลอดภัยมากขึ้นได้ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วยทำที่ที่แสดงความเคารพ การตรวจสอบวิธีการปฏิบัติการต่างๆ การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับคนอื่นในทีม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายพร้อมกับลดผลเสียแก่ผู้ป่วย การรายงานและการวิเคราะห์ความผิดพลาดทำให้สามารถระบุปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุ การเข้าใจปัจจัยที่นำไปสู่ความผิดพลาดเป็นเรื่องสำคัญ ที่จะช่วยให้คิดถึงวิธีการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปป้องกันความผิดพลาดนั้น

### คำสำคัญ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย ทฤษฎีระบบ การดำเนิน วัฒนธรรมการดำเนิน ความล้มเหลวของระบบ วิธีการเข้าถึงคน การฝ่าฝืน รูปแบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ระหว่างสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

## วัตถุประสงค์ของการเรียน

นักศึกษาควรเข้าใจถึงสาขาวิชาความปลอดภัยของผู้ป่วย และบทบาทของความปลอดภัยของผู้ป่วยในการลดอุบัติการณ์ และผลกระทบ ต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เหลือน้อยที่สุด เช่นเดียวกันก็ต้องเข้าใจวิธีการแก้ไข เพื่อการคืนสภาพให้มากที่สุดจากเหตุการณ์เหล่านั้น

### ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

ความรู้และทักษะเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุมหลายด้าน รวมถึงการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างกันที่ถูกต้อง แม่นยำและทันเวลา ความปลอดภัยในการใช้ยา การทำความสะอาดมือ และทักษะในการทำหัตถการและการผ่าตัด หัวข้อในคู่มือหลักสูตรนี้ถูกคัดเลือกบนพื้นฐานของหลักฐานว่ามีความเกี่ยวข้องและมีประสิทธิภาพ ในหัวข้อนี้เราได้เสนอภาพรวมของเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีสถานการณ์ที่ช่วยให้เรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นในบางเรื่อง ตัวอย่างเช่น เรื่อง “เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ (sentinel event)” ซึ่งได้อภิปรายอย่างละเอียดเกี่ยวกับความหมายและความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้ในหัวข้อที่ 5 (การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย) และหัวข้อที่ 6 (การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก)

### เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

- ผลเสียที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดในการรักษา และความล้มเหลวของระบบ
- บทเรียนที่เกี่ยวกับความผิดพลาด และระบบที่ล้มเหลวจากภาคอุตสาหกรรมอื่น
- ประวัติศาสตร์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และรากฐานของวัฒนธรรมการตำหนิ
- ความแตกต่างระหว่างความล้มเหลวของระบบ การฝ่าฝืนกฎ และความผิดพลาด
- รูปแบบของความปลอดภัยของผู้ป่วย

## เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้ 4

นักศึกษาต้องประยุกต์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ในทํากิจกรรมของวิชาชีพ ต้องแสดงสมรรถนะที่จะตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีต่อการให้การดูแลที่ปลอดภัย

## ผลลัพธ์ที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดในการดูแลและความล้มเหลวของระบบ 5

แม้ว่าเป็นที่ทราบกันดีว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมานานแล้ว [5-12] แต่ระดับความเข้มข้นของการให้ความสำคัญ และการจัดการกับปัญหานี้มีความแตกต่างกันมากในแต่ละระบบบริการ และแต่ละวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่บกพร่องและความเข้าใจไม่เพียงพอถึงขอบเขตของผลเสียที่เกิดขึ้น และความเข้าใจว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียใดๆ อาจนำมาใช้อธิบายว่าทำไมการให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงใช้เวลานานมาก นอกจากนี้ความผิดพลาดที่เกิดกับผู้ป่วยคนหนึ่ง ณ เวลาหนึ่ง เป็นเรื่องที่ถูกปฏิบัติซึ่งอยู่ที่หน่วยหนึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก ความผิดพลาดและความล้มเหลวของระบบก็ไม่ได้เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือที่เดียวกัน ที่จะทำให้มองเห็นขนาดที่แท้จริงของความผิดพลาดในระบบนั้น

การเก็บรวบรวมและการตีพิมพ์ข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยังไม่มีการดำเนินการเป็นประจำในทุกโรงพยาบาลและคลินิก แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาเป็นจำนวนไม่น้อย [11, 13, 14] ที่วิเคราะห์ข้อมูลของผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันได้ มีการศึกษาที่สำคัญเรื่องหนึ่งโดย ลีป และคณะ (Leape et al) [14] พบว่ามากกว่าสองในสามของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นป้องกันได้ และ 28% เกิดจากการปล่อยปละละเลยของผู้ให้บริการสุขภาพ และอีก 42% เกิดจากสาเหตุอื่น ลีป และคณะจึงสรุปว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับอันตรายนั้นเป็นผลมาจากการจัดการทางการแพทย์ที่ไม่ดีพอ และการดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เบท และคณะ (Bates et al) [15] พบว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อย และอาการที่รุนแรงนั้นมักป้องกันได้ เขายังพบว่า การให้ยาทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยในอัตรา 6.5 รายต่อผู้ป่วย 100 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการเรียนการสอน



ในสหรัฐอเมริกา แม้ว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความผิดพลาดในการสั่งยาและการจัดยา แต่มีอีกจำนวนไม่น้อยที่เกิดขึ้นขณะให้ยา ผู้รายงานวิจัยนี้แนะนำกลวิธีในการป้องกันว่า ควรมุ่งเป้าไปที่ทั้งสองระยะของกระบวนการจัดยาให้แก่ผู้ป่วย งานวิจัยนี้ได้ข้อมูลมาจากการรายงานของพยาบาลและเภสัชกร และการทบทวนบันทึกประจำวัน ตัวเลขนี้ยังเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะแพทย์จำนวนมากไม่ได้รายงานความผิดพลาดในการให้ยา

มีการศึกษาหลายรายงานยืนยันว่า ความผิดพลาดในการบริการสุขภาพสามารถป้องกันได้ และค่าใช้จ่ายที่รวมกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนับเป็นจำนวนที่สูงมาก ประเทศออสเตรเลีย [16] ความผิดพลาดที่ทำให้มีการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นมีจำนวน 18,000 ราย และเกิดทุพพลภาพมากกว่า 50,000 ราย ในสหรัฐอเมริกา [17] ในแต่ละปีพบความผิดพลาดจากการบริการสุขภาพ ที่ทำให้เสียชีวิตที่ไม่จำเป็นไม่น้อยกว่า 44,000 ราย (และอาจมากถึง 98,000 ราย) และการบาดเจ็บจำนวนหนึ่งล้านครั้ง

ในปี ค.ศ. 2002 ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้บรรลุข้อตกลงในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องลดผลเสีย และความทุพพลภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และความสำคัญของผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจที่จะเกิดขึ้น หากความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในบางประเทศ การเพิ่มระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง การติดเชื่อที่ได้รับจากโรงพยาบาล การสูญเสียรายได้ ความพิการและค่าใช้จ่ายทางการรักษา ทำให้มีค่าใช้จ่ายในแต่ละปีสูงถึงระหว่าง 6-29 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ [17,18]

ขนาดของผลเสียของการรักษาถูกเปิดเผยจากการตีพิมพ์ของประเทศต่างๆ ดังแสดงในตาราง B.1.1 การศึกษาเหล่านี้ยืนยันว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ และแสดงอัตราของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของ 4 ประเทศ

**ตาราง B.1.1. ข้อมูลแสดงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยในประเทศออสเตรเลีย เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา**

การศึกษา	ปีที่เก็บข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	อัตราของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (%)
1. สหรัฐอเมริกา การศึกษาการปฏิบัติงานของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด	1984	30195	1133	3.8
2. สหรัฐอเมริกา การศึกษาของรัฐยูทาห์-โคโรลาโด	1992	14565	475	3.2
3. สหรัฐอเมริกา การศึกษาของรัฐยูทาห์-โคโรลาโด <sup>a</sup>	1992	14565	787	5.4
4. ออสเตรเลีย การศึกษาคุณภาพในการบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย	1992	14179	2353	16.6
5. ออสเตรเลีย การศึกษาคุณภาพในการบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย <sup>b</sup>	1992	14179	1499	10.6
6. สหราชอาณาจักร	1999-2000	1014	119	11.7
7. เดนมาร์ก	1998	1097	176	9.0

แหล่งข้อมูล: World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5. 2001, EB 109/9 [19].

<sup>a</sup> ปรับโดยใช้วิธีการเดียวกันกับ การศึกษาคุณภาพในการบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย (เพื่อให้เกิดการประสานกันของความแตกต่างกัน 4 วิธีของการศึกษา 2 เรื่องนี้)

<sup>b</sup> ปรับโดยใช้วิธีการเดียวกันกับ การศึกษาของรัฐยูทาห์-โคโรลาโด (เพื่อให้เกิดการประสานกันของความแตกต่างกัน 4 วิธีของการศึกษา 2 เรื่องนี้)

การศึกษาที่ 3 และ 5 นำเสนอข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรงมากที่สุด ของการศึกษาของรัฐยูทาห์-โคโรลาโดกับการศึกษาคุณภาพในการบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย

การศึกษาดังแสดงในตาราง B.1.1 เป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อนำมาคำนวณขนาดของผลเสียที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการรักษา [20-23] ตั้งแต่นั้นมา แคนาดา อังกฤษ และนิวซีแลนด์ ก็ได้ตีพิมพ์ข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เช่นเดียวกันนี้ [24] ในขณะที่อัตราของผลเสียนี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศที่รายงาน แต่ก็มีข้อที่เห็นพ้องกันว่า ผลเสียที่เกิดขึ้นควรได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่เป็นเรื่องที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แต่การรายงานการสูญเสียชีวิตในสื่อต่าง ๆ ก็ไม่ได้แสดงให้เห็นภาพส่วนใหญ่ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง แต่เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้อ่อนแอลง เช่น แผลติดเชื้อ แผลกดทับ และการผ่าตัดหลังที่ล้มเหลว [24] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ [25]

เพื่อเป็นการช่วยจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงมีการจัดแบ่งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามระดับความรุนแรง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่สุดที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือถึงกับเสียชีวิตจะเรียกว่า “เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ (sentinel events)” ในบางประเทศเรียกว่า “เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรปล่อยให้เกิดขึ้น” ในปัจจุบันหลาย ๆ ประเทศได้วางระบบการรายงานและการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และบางประเทศได้ทำเป็นข้อบังคับให้ทำการวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis: RCA) ร่วมกับการทำรายงานของเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษของแต่ละความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เหตุผลของการจัดกลุ่มความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า เหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดที่มีโอกาสเกิดซ้ำได้ จะถูกวิเคราะห์โดยใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพ และเพื่อให้แน่ใจว่าสาเหตุของปัญหาถูกเปิดเผย และมีขั้นตอนในการป้องกันเหตุการณ์ที่คล้ายกันนี้ รายละเอียดของวิธีการนี้อยู่ในหัวข้อที่ 7

ตาราง B.1.2. บางเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รายงานจากประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา [19]

ชนิดของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	สหรัฐอเมริกา (ร้อยละของ เหตุการณ์ทั้งหมด 1579 ครั้ง)	ออสเตรเลีย (ร้อยละของ เหตุการณ์ทั้งหมด 175 ครั้ง)
การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยภายใน หรือ 72 ชม. หลังออกจากโรงพยาบาล	29	13
การผ่าตัดผิดคนผิดข้าง	29	47
การให้ยาผิดที่ทำให้เสียชีวิต	3	7
การถูกข่มขืน/ การถูกทำร้ายร่างกาย/ การถูก ฆาตกรรมในผู้ป่วย	8	N/A
การให้เลือดผิดกลุ่ม	6	1
มารดาเสียชีวิตจากการคลอด	3	12
การลักพาเด็กทารก/ การส่งเด็กผิดครอบครัว	1	-
เครื่องมือตกค้างหลังผ่าตัด	1	21
การเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันของเด็กที่คลอดครบ กำหนด	-	N/A
เด็กเกิดใหม่ที่มีอาการตัวเหลืองอย่างรุนแรง	-	N/A
การตรวจอวัยวะภายในด้วยรังสีนานเกินไป	-	N/A
การที่มีก๊าซอุดตันในเส้นเลือด	N/A	-

แหล่งข้อมูล: Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 2007 [24].

N/A หมายถึงว่า กลุ่มนั้นไม่ได้อยู่ในรายการที่เป็นทางการ ที่จะต้องมีการรายงานเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ ของประเทศนั้นๆ

## ความสูญเสียด้านมนุษยและด้านเศรษฐกิจ (Human and economic costs)

มีความสูญเสียด้านมนุษยและด้านเศรษฐกิจจำนวนมากไม่น้อยที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มูลนิธิความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลียได้ประมาณค่าการเรียกร้อง และเบี้ยประกันภัยของบริษัทประกัน สำหรับการกระทำผิดในการรักษาของรัฐออสเตรเลียในปี ค.ศ.1997-1998 สูงถึง 18 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย [26] หน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติสหราชอาณาจักรจ่ายเงินประมาณ 450 ล้านปอนด์ในแต่ละปีสำหรับกรณีปล่อยปละละเลยการบริการในคลินิก [14] ในเดือนธันวาคม ค.ศ.1999 องค์กรเพื่อการวิจัยและคุณภาพบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) รายงานว่า การป้องกันความผิดพลาดจากการรักษาของแพทย์สามารถประหยัดเงินได้ถึง 8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และในปีเดียวกัน (ค.ศ.1999) สถาบันทางการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) ได้เขียนรายงานเรื่อง “การทำผิดเป็นธรรมชาติของมนุษย์ (To err is human)” ประมาณการผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการรักษาเฉพาะที่อยู่ในโรงพยาบาล มีจำนวนระหว่าง 44,000-98,000 รายในแต่ละปี ซึ่งส่งผลให้ความผิดพลาดในการรักษาขึ้นมาเป็นอันดับที่แปดของการเสียชีวิตของประเทศสหรัฐอเมริกา และประมาณค่าความสูญเสียของความผิดพลาดที่ป้องกันได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมในแต่ละปีสูงถึง 17 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ

ความสูญเสียของมนุษย์ที่นำมาซึ่งความเจ็บปวดและความทรมาน ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง หรือความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งยังไม่ได้นำมาคำนวณ ในขณะที่ยังคงมีการถกเถียง [27-31] ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ถึงวิธีการที่ใช้ในการคิดอัตราของการบาดเจ็บ และค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ แต่หลายประเทศได้ยอมรับแล้วว่าความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญลำดับต้นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการทบทวนและการปฏิรูป

## บทเรียนเกี่ยวกับความผิดพลาดและความล้มเหลวของระบบจากภาคอุตสาหกรรมอื่น



ความหายนะทางด้านเทคโนโลยีที่มีขนาดใหญ่ในช่วงทศวรรษ 1980 เช่น ยานอวกาศ เรือเฟอร์รี่ ฐานขุดเจาะน้ำมันกลางทะเล เครื่องขยายแรงรถไฟ โรงงานผลิตนิวเคลียร์ และโรงงานเคมี นำไปสู่การพัฒนากรอบการปฏิบัติงานขององค์กรเพื่อให้ที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย และมีวัฒนธรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยมากขึ้น หลักการสำคัญภายใต้ความพยายามที่จะปรับปรุงความปลอดภัยของอุตสาหกรรมเหล่านี้ มาจากการที่พบว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ไม่ใช่ปัจจัยเดียวโดดๆ ปัจจัยเฉพาะในแต่ละสถานการณ์ สภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่ซ่อนเร้นอยู่ในองค์กร และการตัดสินใจในการจัดการ มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวเสมอจากการวิเคราะห์ความหายนะพบว่า องค์กรที่ซับซ้อนมากมีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดของระบบได้มากกว่า

เทอร์เนอร์ (Turner) นักสังคมวิทยาผู้ศึกษาความล้มเหลวขององค์กรในช่วงทศวรรษ 1970 เป็นคนแรกที่ขึ้นชมการแกะรอย “ห่วงโซ่ของเหตุการณ์” (chain of events) ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะทำให้เข้าใจสาเหตุที่แฝงอยู่ภายใต้การเกิดอุบัติเหตุ [32,33] งานของรีสัน (Reason) ในเรื่องทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) ของความผิดพลาดที่ซ่อนเร้นและความผิดพลาดที่ชัดเจน และความเสี่ยงที่พบร่วมกับอุบัติเหตุขององค์กร พัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องนี้ [34,35] รีสันวิเคราะห์ลักษณะการเกิดความหายนะของเหตุการณ์ใหญ่ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 1980 ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ความผิดพลาดที่ซ่อนเร้นของมนุษย์มีความสำคัญมากกว่าความล้มเหลวทางเทคนิค แม้ว่าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ชิ้นส่วนจะพบความผิดปกติ รีสันก็ยังสังเกตว่าการกระทำของมนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาผลลัพธ์ที่เลวร้ายนั้นได้

การวิเคราะห์ความหายนะที่เกิดขึ้นที่โรงงานพลังงานนิวเคลียร์เซอร์โนบีล ประเทศรัสเซีย [36] พบว่าเกิดขึ้นจากความผิดพลาดขององค์กรและการฝ่าฝืนแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งถูกมองว่าเป็นลักษณะเฉพาะที่แสดงถึง “วัฒนธรรมความปลอดภัยที่ไม่ดี” [37] ณ โรงงานเซอร์โนบีล บทเรียนที่ได้รับจากการสืบสวนกรณีเซอร์โนบีล พบว่าวัฒนธรรมที่มีอยู่ทั่วไปขององค์กร

คือ การยอมรับให้มีการฝ่าฝืนกฎและวิธีการปฏิบัติ เหตุการณ์ลักษณะเช่นเดียวกันนี้เกิดขึ้นก่อนการระเบิดของยานอวกาศ “แชลเลนเจอร์” [38] การสืบสวนสาเหตุพบว่าการระเบิดเกิดจากการฝ่าฝืนกฎที่กระทำจนเป็นเรื่องปกติมากกว่าจะเป็นข้อบกพร่อง ขณะกรรมการสอบสวนพบว่ามีความผิดพลาดในการออกแบบยานและการสื่อสารที่ไม่ดี เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการระเบิด วอห์น (Vaughan) วิเคราะห์การเกิดระเบิดของยานแชลเลนเจอร์ และอธิบายว่า การฝ่าฝืนกฎเป็นผลผลิตของการเจรจาต่อรองอย่างต่อเนื่องของบรรดาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาข้อสรุปในสภาพแวดล้อมที่ไม่สมบูรณ์ด้วยความรู้ที่ไม่ครบถ้วน วอห์นเสนอว่ากระบวนการระบุปัจจัยเสี่ยงและการเจรจาต่อรอง นำไปสู่การยอมรับว่าความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ปกติธรรมดา

### ตาราง B.1.3. การระเบิดของยานอวกาศแชลเลนเจอร์

#### การฝ่าฝืนนำไปสู่การระเบิดของยานอวกาศแชลเลนเจอร์

เป็นเวลาเกือบหนึ่งปีก่อนที่ยานอวกาศแชลเลนเจอร์จะออกปฏิบัติการเป็นครั้งสุดท้าย วิศวกรกำลังอธิบายถึงการออกแบบข้อต่อที่มีข้อบกพร่อง จึงมีความพยายามที่จะออกแบบใหม่ แต่เจ้าหน้าที่จากนาซา (NASA) และบริษัทไทโธคอล (Thiokol) (บริษัทผู้ออกและสร้างจรวดส่งยานอวกาศ) ได้รับรองว่าจรวดส่งยานชนิดนี้มีความปลอดภัยที่จะบิน (ดู: McConnell M. Challenger: a major malfunction. London. Simon & Schuster, 1987:7). ยานอวกาศแชลเลนเจอร์ปฏิบัติการสำเร็จลุล่วงมาแล้วเก้าครั้งก่อนที่จะมาระเบิดในครั้งนี้

ริสัน [39] ใช้บทเรียนจากภาคอุตสาหกรรมนี้ เพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในสภาพแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพ เขากล่าวว่าวิธีการแก้ปัญหาเชิงระบบ (ซึ่งตรงกันข้ามกับวิธีการแก้ปัญหาในระดับบุคคลที่ใช้การตำหนิ) จะเป็นการสร้างวัฒนธรรมการดูแลรักษาที่ปลอดภัยให้มากขึ้น เพราะเป็นการง่ายที่จะเปลี่ยนสภาพการปฏิบัติงานมากกว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมคน เพื่อที่จะแสดงถึงวิธีการแก้ปัญหาเชิงระบบ เขาใช้ตัวอย่างจากภาคอุตสาหกรรมอื่น เพื่อที่จะแสดงประโยชน์ของระบบการป้องกันที่เป็นโครงสร้างอยู่ภายใน

อุปกรณ์ป้องกัน และเครื่องกีดขวาง เมื่อระบบล้มเหลวคำถามแรกที่ต้องถามคือ ทำไมจึงเกิด มากกว่าถามว่า ใครเป็นคนทำให้เกิด ตัวอย่างเช่น อุปกรณ์ป้องกันได้ล้มเหลว วิศวกรได้สร้างรูปแบบสวิสชีส (the Swiss cheese model) [40] เพื่อที่จะอธิบายความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละชั้นของระบบที่สามารถนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ / การทำผิด / อุบัติการณ์

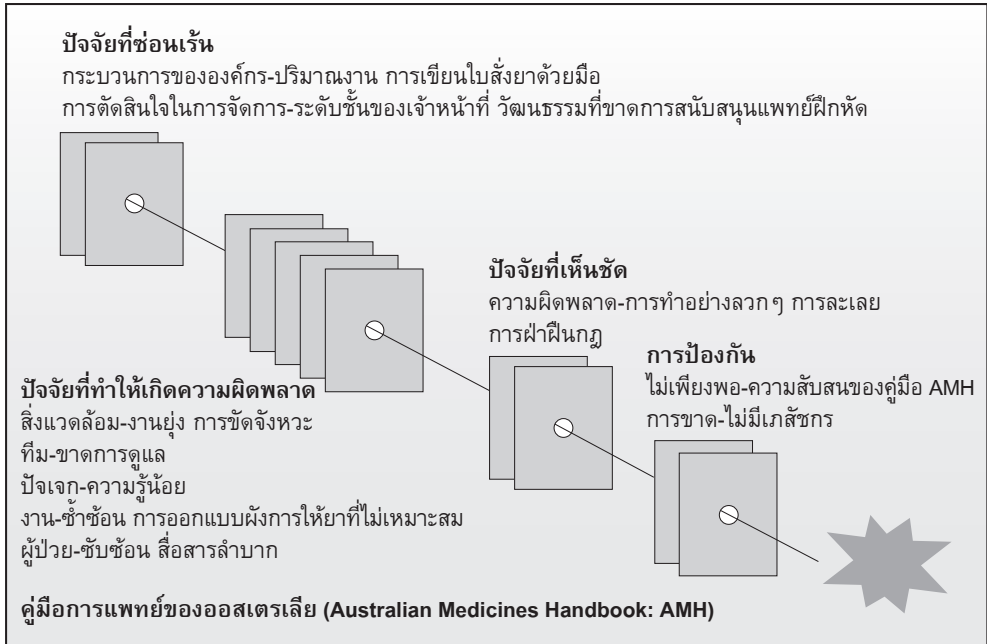
รูปแบบสวิสชีสของวิศวกรที่แสดงในรูปข้างล่าง [รูป B.1.1] แสดงให้เห็นปัจจัยชนิดต่างๆ (ปัจจัยซ่อนเร้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดพลาด ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และการป้องกัน) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ผังแสดงได้แสดงให้เห็นว่า ความผิดพลาดในลำดับชั้นใดชั้นหนึ่งขององค์กรนั้น ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ผลลัพธ์ที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นในโลกแห่งความเป็นจริง มักเกิดจากความผิดพลาดในหลายๆ ลำดับชั้น (เช่น การฝ่าฝืนกฎ ทรัพยากรไม่พอเพียง การนิเทศไม่พอเพียง และการขาดประสบการณ์) เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งที่ปัจจัยต่างๆ มาประจวบเหมาะก็จะเปิดโอกาสให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น หากแพทย์อาวุโสน้อยที่ได้รับการนิเทศอย่างเหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม ความผิดพลาดของการให้ยากก็สามารถหลีกเลี่ยงได้

เพื่อที่จะรับมือกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ณ จุดสุดท้าย (ณ ปลายแหลมของรูปแบบ) วิศวกรได้เรียกร้องให้ใช้หลักการ “การป้องกันเชิงลึก (defence in-depth)” [41] ตามลำดับชั้นของการป้องกันที่สามารถใช้อย่างได้ผล (ได้แก่ ความเข้าใจ ความตระหนัก การให้สัญญาณและแจ้งเตือน การฟื้นฟูระบบ เครื่องกีดขวางเพื่อความปลอดภัย การควบคุม การกำจัด การอพยพคนออก การหลบหนี และการช่วยเหลือ) ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในลำดับชั้นต่างๆ องค์กรถูกออกแบบมาเพื่อจัดการกับความผิดพลาดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงช่วยลดเงื่อนไขที่ซ่อนเร้นที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาด หรือนำไปสู่ความผิดพลาดที่เป็นอันตรายได้



## รูป B.1.1. รูปแบบสวิสชีส: ขั้นตอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์



แหล่งข้อมูล: Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (Adapted from Reason's model of accident causation) [41].

## ประวัติความเป็นมาของเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและต้นตอของวัฒนธรรมการตำหนิ

ธรรมเนียมในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขความล้มเหลวและความผิดพลาดในการบริการสุขภาพที่ผ่านมา มีพื้นฐานมาจากวิธีการมองปัญหาเชิงบุคคล วิธีการคือ หากคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยคนนั้น ในเวลานั้น และถือว่าเขาเป็นผู้รับผิดชอบต่อความผิดนั้น “การตำหนิ” เป็นวิธีการที่ใช้กันโดยทั่วไปเพื่อแก้ปัญหาในการบริการสุขภาพ จนเกิดเป็น “วัฒนธรรมการตำหนิ” ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 มีรายงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากของวัฒนธรรมการตำหนิในวารสารสุขภาพต่างๆ [42] สิ่งเหล่านี้ อาจมาจากความคิดว่า การปรับปรุงเชิงระบบไม่สามารถทำได้ หากตราบไคที่เน้นการตำหนิผู้กระทำผิด การยินดีให้มีการตำหนิผู้กระทำผิดเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการจัดการกับความเสี่ยง และการปรับปรุงการดูแลของระบบบริการสุขภาพ

[40,43-46] ตัวอย่างเช่น หากพบว่าผู้ป่วยคนหนึ่งได้รับยาผิดและทนทุกข์ทรมานจากการแพ้นั้น เราก็จะมองหาว่าใครเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษา เภสัชกร พยาบาล หรือแพทย์ ที่สั่งยา จ่ายยา หรือให้ยาผิด และผู้นั้นก็จะถูกตำหนิ บุคคลนั้นจะได้รับความอับอาย บุคคลนั้นอาจได้รับการฝึกอบรมเพื่อแก้ไข หรือถูกสัมภาษณ์จากสาขาวิชาชีพนั้น หรือถูกปรามว่าอย่าทำผิดอีก เรารู้ดีว่าการที่พยายามให้ผู้ปฏิบัติงานพยายามให้มากขึ้นอีกนั้นไม่มีประโยชน์ นโยบายและวิธีปฏิบัติควรได้รับการแก้ไขเปลี่ยนแปลงด้วย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดอาการแพ้ยาของผู้ป่วยแม้กระนั้นก็ตาม จุดเน้นก็ยังอยู่ที่ระดับบุคคล แทนที่จะพิจารณาว่าระบบล้มเหลวได้อย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการให้ยาผิดขึ้นมาอีก

### ทำไมเราจึงตำหนิ

ความต้องการที่จะหาคำตอบว่าทำไมเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จึงเกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องแปลก ธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการที่จะตำหนิผู้อื่น และเป็นการตอบสนองของความพอใจของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ หากพบมีใครสักคนถูกตำหนิ นักจิตวิทยาสังคมได้ศึกษาว่าบุคคลตัดสินใจอย่างไรในการหาสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และอธิบายโดยใช้ทฤษฎีด้านคุณลักษณะ (attribution theory) ว่าเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการเข้าใจโลกภายนอก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ก็จะพยายามหาคำตอบถึงสาเหตุโดยอัตโนมัติ

จุดศูนย์กลางของความจำเป็นของเราต่อการตำหนิคือ ความเชื่อว่าการลงโทษเป็นการส่งสัญญาณที่แรงมากไปยังคนอื่นว่าความผิดนั้นยอมรับไม่ได้ และคนที่ทำผิดนั้นสมควรได้รับการลงโทษ ปัญหาของสมมุติฐานนี้มาจากความเชื่อที่ว่า ผู้กระทำผิดเลือกที่จะทำผิดมากกว่าที่จะหาวิธีการที่ถูกต้องมาใช้ กล่าวคือคนนั้นตั้งใจที่จะทำผิด เพราะว่าแต่ละคนผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว และ/หรือมีสถานภาพในวิชาชีพ/ในองค์กร เราคิดว่าเขา “ควรรู้ดีมากกว่านี้” [47] ความคิดของเราเกี่ยวกับความรับผิดชอบของคน ทำให้เรามองหาคนที่ทำผิด บุคลากรวิชาชีพได้รับการปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อกระทำของตน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงเป็นการง่ายกว่าสำหรับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องโดยตรงใน

การรักษาที่จะหาคนมารับผิดชอบตามกฎหมายเมื่อมีการปฏิบัติที่ผิด และ  
ง่ายกว่าการพิจารณาในระดับการจัดการ [47]

ในปี ค.ศ.1984 เปรอร์โรว์ (Perrow) [48] เป็นคนแรกๆ ที่เขียน  
เกี่ยวกับความจำเป็นที่ควรหยุด “การชี้นิ้ว” ไปที่คน เมื่อเขาสังเกตว่า  
60-80% ของความล้มเหลวของระบบมีส่วนมาจาก “ความผิดพลาดของ  
ผู้ปฏิบัติ (operator error)” [5] ในช่วงเวลานั้นวัฒนธรรมที่แพร่หลายในการ  
ตอบสนองต่อความผิดพลาด คือ การลงโทษคนที่กระทำผิดมากกว่าที่จะ  
กล่าวถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบที่มีส่วนทำให้เกิดความผิดพลาด เบื้อง  
ลึกที่อยู่ภายใต้การปฏิบัตินี้คือความเชื่อว่า คนได้รับการฝึกอบรมเพื่อการ  
ปฏิบัติงานมาแล้ว ความล้มเหลวในการปฏิบัติงานจึงเกี่ยวข้องกับความ  
ล้มเหลวของการกระทำของคนๆ นั้น จึงสมควรจะถูกลงโทษ เปรอร์โรว์เชื่อ  
ว่าการแยกส่วนของสังคมและเทคนิค (social-technical breakdown) เป็น  
ผลตามธรรมชาติที่เกิดจากระบบเทคโนโลยีที่ซับซ้อน [31] การศึกษาอื่นๆ  
[49] ได้เพิ่มเติมทฤษฎีนี้โดยเน้นไปที่บทบาทของปัจจัยมนุษย์ทั้งในระดับ  
ปัจเจกและระดับสถาบัน

ริสัน [40] ได้เพิ่มเติมจากงานของเปรอร์โรว์ [48] และเทอร์เนอร์  
[33] โดยให้เหตุผลเพิ่มเติมสองประการในเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์  
ประการแรก การกระทำของมนุษย์ส่วนใหญ่ถูกจำกัดและถูกควบคุมโดย  
ปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของเขา ตัวอย่างเช่น นักศึกษาพยาบาล  
ต้องทำตามนโยบายและวิธีการที่เจ้าหน้าที่พยาบาลพัฒนาขึ้นมา ประการ  
ที่สอง คนไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกระทำที่เขาไม่ได้ตั้งใจจะทำได้ ตัวอย่าง  
เช่น นักศึกษาทันตกรรมที่ต้องการให้ผู้ช่วยเข็นยินยอมเพื่อการผ่าตัด อาจ  
ไม่รู้กฎในการเข็นยินยอม นักศึกษาพยาบาลคนหนึ่งอาจไม่เข้าใจถึง  
ความจำเป็นในการตรวจสอบก่อนการทำหัตถการว่าเข็นยินยอมถูกเข็น  
หรือยัง หรือผู้ช่วยอาจบอกแก่นักศึกษาว่าไม่เข้าใจเข็นยินยอมที่เข็นไป  
และนักศึกษาไม่ได้บอกเรื่องนี้แก่แพทย์

ความผิดพลาดเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากตัวบุคคล จากงาน จาก  
สถานการณ์ และองค์กร ตัวอย่างเช่น หากนักศึกษาทันตกรรม นักศึกษา  
แพทย์ หรือนักศึกษาพยาบาล เดินเข้ามาในห้องปราศจากเชื้อ โดยไม่ได้  
ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้อง อาจเป็นเพราะนักศึกษายังไม่เคยเรียนรู้วิธีที่ถูกต้อง

หรือไม่เคยเห็นคนอื่นที่ทำถูกต้องมาก่อน หรืออาจเป็นไปได้ว่าสารทำความ สะอาดมือหมด และนักศึกษารีบมากเพราะเป็นกรณีฉุกเฉิน ด้วยการได้ รับการฝึกทักษะ การมีประสบการณ์ และความตั้งใจที่จะทำของผู้ปฏิบัติ สถานการณ์นี้ก็จะสามารถถูกปรับปรุงแก้ไขได้ง่ายกว่าการแก้ไขที่ตัวบุคคล ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าห้องผ่าตัดจนกว่าจะล้างมือ ได้ถูกวิธี เมื่อนั้นการติดเชื้อก็จะลดลง

วิธีสั้นเตือนให้ต่อต้าน การคิดอย่างชาญฉลาดหลังเหตุการณ์ที่เรียกว่า “อคติจากการมองย้อนเหตุการณ์” (“hindsight bias”) เพราะว่าคนส่วนใหญ่ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดที่รุนแรงนั้น มักไม่ได้ตั้งใจที่จะทำผิด และทำใน สิ่งที่ดูเหมือนว่าถูกต้องแล้วในขณะนั้น โดยที่ผู้คนเหล่านั้นอาจจะรู้ทำไม่ถึง การณ์ของผลที่ตามมาจากการกระทำของพวกเขา [35]

ในปัจจุบัน ผู้จัดการส่วนใหญ่ของโรงงานอุตสาหกรรมที่ใช้เทคโนโลยี ขั้นสูงที่มีความซับซ้อนมาก ตระหนักแล้วว่าวัฒนธรรมการตำหนิไม่ได้ช่วย ทำให้เรื่องความปลอดภัยได้รับการแก้ไข [50] ในขณะที่ระบบบริการ สุขภาพเริ่มที่จะตระหนักถึงปัญหานี้ แต่ก็ยังคงใช้วิธีการมองปัญหาในระดับ บ้างเจก นั่นคือการชี้นิ้วหาคนผิด และการปกปิดความผิดพลาดยังคงมีอยู่ ทั่วไป ยังไม่ไปสู่วัฒนธรรมเปิดซึ่งมีกระบวนการที่จะหาความล้มเหลวหรือ การหาความชำรุดของ “แนวป้องกัน” ที่มีอยู่ องค์กรที่ให้ความสำคัญในเรื่อง ความปลอดภัยจะวางระบบตรวจสอบทุกด้านในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น รวมทั้งการออกแบบเครื่องมือ วิธีการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม และปัจจัยอื่นๆ ขององค์กร [51]

## การฝ่าฝืน

การใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงระบบในการวิเคราะห์ความผิดพลาดและ ความล้มเหลว มิได้หมายความว่าไม่มีวัฒนธรรมของการตำหนิ ในทุกๆ วัฒนธรรมผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละคนต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของ ตนเอง ต้องมีความรู้และปฏิบัติงานตามจริยธรรม ในการเรียนเรื่องการ คิดอย่างเป็นระบบ นักศึกษาควรัฐศึกษาที่ประทับใจว่าตนได้รับความไว้วางใจ ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ เขาต้องปฏิบัติอย่างมีความรับผิดชอบ และ เป็นการปฏิบัติที่ต้องถูกตรวจสอบ [44] ส่วนที่ยากคือ ผู้ให้บริการสุขภาพ

ส่วนมากไม่ทำตามกฎเกณฑ์เป็นประจำทุกวัน เช่น การทำความสะอาดมือที่ถูกวิธี หรือปล่อยให้ผู้อาวุโสหน่อยและผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเองโดยไม่ได้รับการดูแลนิเทศที่เหมาะสม นักศึกษาอาจเห็นการกระทำที่ลดขั้นตอนของผู้ให้บริการสุขภาพในหอผู้ป่วย และคิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกที่ทำได้ พฤติกรรมการปฏิบัติงานเช่นนั้นยอมรับไม่ได้ รัสสันได้ศึกษาบทบาทของการฝ่าฝืนของระบบและได้เห็นว่า นอกจากวิธีการวิเคราะห์เชิงระบบในการจัดการกับความผิดพลาดแล้ว เรายังต้องการผู้ควบคุม (regulators) ที่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการออกกฎที่เหมาะสม การมีทรัพยากร และเครื่องมือที่จะลงโทษต่อผู้ปฏิบัติที่มีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย [40]

รัสสันให้คำจำกัดความของการฝ่าฝืนว่าเป็นการกระทำที่เบี่ยงเบนไปจากแนวปฏิบัติของการทำหัตถการที่ปลอดภัย จากมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ [40] เขาเชื่อมโยงกลุ่มของการฝ่าฝืนที่ทำเป็นประจำ และการฝ่าฝืนที่ให้เข้ากับความต้องการของตนเองว่าเป็นกลุ่มที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล และกลุ่มของการฝ่าฝืนเมื่อจำเป็นว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดความล้มเหลวขององค์กร

### การฝ่าฝืนที่ทำเป็นประจำ

บุคลากรวิชาชีพที่ไม่ล้างมือเมื่อเปลี่ยนไปตรวจผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง เพราะเขารู้สึกว่าเขายุ่งมาก เป็นตัวอย่างหนึ่งของการฝ่าฝืนที่ทำเป็นประจำ รัสสันกล่าวว่า การฝ่าฝืนชนิดนี้พบได้ทั่วไปและมักทนกันได้ ตัวอย่างอื่น ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่น้อยเกินไประหว่างเจ้าหน้าที่ในการส่งเวร การไม่ทำตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์ และการไม่ไปทำหน้าที่เมื่อถูกตามตัว

### การฝ่าฝืนที่ปรับให้เข้ากับความต้องการ

บุคลากรวิชาชีพอาวุโสให้นักศึกษาทำหัตถการโดยไม่มาให้คำแนะนำ เพราะอยู่กับผู้ป่วยส่วนตัวของเขา เป็นตัวอย่างหนึ่งของการฝ่าฝืนที่ปรับให้เข้ากับความต้องการ กลุ่มนี้เกี่ยวข้องกับการฝ่าฝืนที่มีแรงจูงใจจากเป้าหมายส่วนบุคคล เช่น ความโลภหรือความรู้สึกพอใจที่จะทำอะไรที่เสี่ยง การทำการรักษาโดยการทดลอง และการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น

## การฝ่าฝืนเมื่อจำเป็น

พยาบาลและแพทย์ที่มีเวลาน้อยรู้ดีว่าได้ข้ามขั้นตอนที่สำคัญในการให้ยา (หรือสั่งยา) หรือผดุงครรภ์ไม่ได้บันทึกความก้าวหน้าของการคลอด เพราะมีข้อจำกัดเรื่องเวลา เหล่านี้เป็นตัวอย่างการฝ่าฝืนที่จำเป็น เมื่อคนๆ หนึ่งได้ทำบางอย่างที่เราถือว่าเป็นอันตรายหรืออาจก่อให้เกิดผลเสีย นั่นไม่ได้หมายความว่าเราตั้งใจที่จะทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี แต่ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อหน้าที่ที่รับผิดชอบในวิชาชีพ และโครงสร้างที่อ่อนแอในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่ได้ทำตามหลักวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ดีที่จะทำให้พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนนั้นงอกงาม

โดยการนำวิธีคิดอย่างเป็นระบบมาใช้พิจารณาความผิดพลาดและความล้มเหลว เราสามารถแน่ใจได้ว่าเมื่อเหตุการณ์เกิดขึ้น เราจะไม่รีบไปตำหนิใครที่หน้าจะทำความผิดนั้นมากที่สุด ด้วยการวิเคราะห์เชิงระบบทำให้เราสามารถตรวจตราระบบการดูแลได้ทั้งระบบ เพื่อหาว่าเกิดอะไรขึ้น มากกว่าจะหาว่าใครเป็นผู้กระทำ การทำการตรวจสอบถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดเหตุการณ์อย่างถี่ถ้วนแล้วนั้น จะถือเป็นการประเมิน เช่นเดียวกันกับการค้นหาผู้ที่ต้องรับผิดชอบ

## รูปแบบของความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเร่งด่วนในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยถูกหยิบยกขึ้นมาเมื่อสิบปีที่ผ่านมา เมื่อสถาบันทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาจัดการประชุมโต๊ะกลมระดับชาติในเรื่องคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ นับตั้งแต่นั้นมา การถกเถียงและการอภิปรายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงได้แพร่ไปทั่วโลก ซึ่งได้รับข้อมูลมาจากการเรียนรู้จากบทเรียนของภาคอุตสาหกรรมอื่น การนำวิธีการปรับปรุงคุณภาพมาใช้วัดและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาเครื่องมือและกลวิธีที่จะลดความผิดพลาดและความล้มเหลวให้น้อยที่สุด ความรู้เหล่านี้ทำให้ศาสตร์ด้านความปลอดภัยเข้มแข็งขึ้นในบริบทของการให้บริการดูแลผู้ป่วย ความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงการดูแลโดยกระบวนการดูแลถูกออกแบบใหม่ ได้รับการยอมรับจากองค์กรอนามัยโลกและตัวแทนของประเทศต่างๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่

การเกิดขึ้นของสาขาวิชาชีพความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องขอบคุณ ศาสตร์สาขาอื่นๆ เช่น สาขาจิตวิทยาด้านการรู้คิด จิตวิทยาทางองค์กร วิศวกรรมศาสตร์ และสังคมวิทยา การนำความรู้ทางทฤษฎีของสาขาต่างๆ เหล่านี้มาใช้ ทำให้สามารถสร้างแผนการฝึกอบรมระดับหลังปริญญา ใน เรื่องการศึกษาคุณภาพและความปลอดภัย และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโปรแกรมทั้งก่อนเข้าสู่วิชาชีพ และเมื่อเข้าสู่วิชาชีพแล้วสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ

การนำหลักการและแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าสู่ที่ ปฏิบัติงาน ไม่ได้ต้องการให้ผู้ให้บริการต้องมีคุณสมบัติที่เป็นทางการในเรื่อง ของคุณภาพและความปลอดภัย แต่ต้องการให้นำไปพัฒนาทักษะและคำนี้ ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกๆ สถานการณ์ โดยตระหนักเสมอว่าสิ่ง ต่างๆ สามารถผิดพลาดได้ ผู้ให้บริการสุขภาพควรสร้างนิสัยการแบ่งปัน ประสบการณ์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในปัจจุบันมีการเน้นมากขึ้นถึงการ เป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม เช่นเดียวกับเรียนรู้การสื่อสารที่ถูกต้อง และในเวลาที่เหมาะสมในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย การฝึกอบรมที่จะ มาเป็นสมาชิกของทีมที่ยอดเยี่ยมเริ่มต้นในโรงเรียนของสาขาวิชาชีพนั้นๆ การเรียนรู้ถึงวิธีการที่จะแสดงบทบาทเป็นตัวสำรอง และชื่นชมมุมมองของ คนอื่นเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานเป็นทีม

ผู้นำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ให้คำจำกัดความ ความปลอดภัยของผู้ป่วยดังนี้ “เป็นสาขาวิชาในภาคบริการสุขภาพที่นำวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์ด้านความปลอดภัยมาใช้ เพื่อให้ได้ระบบการให้บริการ สุขภาพที่เชื่อถือได้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ สุขภาพที่ลดอุบัติเหตุ ลดผลกระทบ และเพิ่มการกลับสู่สภาพเดิม จาก เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์” [52]

คำจำกัดความนี้ทำให้เห็นขอบเขตของรูปแบบแนวคิดของ ความปลอดภัยของผู้ป่วย อีมานูเอล และคณะ (Emanuel et al) [47] ได้ออกแบบ รูปแบบที่ง่ายสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยแบ่งระบบการบริการ สุขภาพเป็น 4 ด้าน (domain)

1. ผู้ให้บริการ
2. ผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของบริการนั้น

3. โครงสร้างพื้นฐานของระบบการรักษา (กระบวนการให้บริการ  
สุขภาพ)

4. วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง  
รูปแบบนี้มีลักษณะคล้ายกันกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ [53]



ประกอบด้วยการเข้าใจระบบของการบริการสุขภาพ การตระหนัก  
ถึงการปฏิบัติงานที่ต่างกันของแต่ละหน่วยงานและสิ่งอำนวยความสะดวก  
ความเข้าใจวิธีการปรับปรุง รวมทั้งการก่อให้เกิดและการวัดการเปลี่ยนแปลง  
และความเข้าใจคนที่ปฏิบัติงานในระบบและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล  
และกับองค์กร

## วิธีการนำความคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ในทุกกิจกรรมของการให้บริการ สุขภาพ

โอกาสมีมากมายสำหรับนักศึกษาที่จะนำความรู้เรื่องความปลอดภัย  
ของผู้ป่วย เข้าไปบูรณาการกับการปฏิบัติงานในคลินิกและการปฏิบัติงาน  
ในวิชาชีพของเขา

### การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ทุก ๆ คนรวมทั้งนักศึกษาด้านสุขภาพควรจะสร้างความสัมพันธ์และ  
สื่อสารกับผู้ป่วย ในฐานะที่เขาเป็นปัจเจกชนคนหนึ่ง ที่มีประสบการณ์ของ  
โรคและความเจ็บป่วยของเขาเอง การใช้ความรู้และทักษะตามที่ได้เรียนมา  
เพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ แต่นักศึกษา  
จำเป็นต้องคุยกับผู้ป่วยด้วยว่าเขาต้องการเจ็บป่วยของเขาอย่างไร และมี  
ผลกระทบอย่างไรแก่ตัวเขาเองและครอบครัว การดูแลที่ปลอดภัยและมี  
ประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับการทำที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังถึงประสบการณ์ของการเจ็บ  
ป่วย สภาพแวดล้อมทางสังคมของเขา ทัศนคติของเขาต่อความเสี่ยง และ  
การให้คุณค่าและความชอบต่อการรักษาที่เขาหวังว่าจะได้รับ

นักศึกษาและผู้สอนต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้องว่า นักศึกษา  
ยังไม่มีคุณสมบัติที่สมบูรณ์ที่จะเป็นผู้ให้บริการ เมื่อแนะนำตนเองกับผู้ป่วย  
หรือครอบครัว นักศึกษาควรต้องบอกเสมอว่าฉันเป็น “นักศึกษา” และไม่  
ควรแนะนำตนเองว่าเป็น “ทันตแพทย์น้อย” “พยาบาลน้อย” “หมอน้อย”



“เกสัชกรน้อย” “ผู้ช่วย” หรือ “เพื่อนร่วมงาน” เนื่องจากคำเหล่านี้นำไปสู่ความเข้าใจผิดว่านักศึกษาเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่สมบูรณ์ ความซื่อสัตย์เป็นเรื่องที่สำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาควรจะต้องบอกสถานภาพที่ถูกต้องของตัวเองให้แก่ผู้ป่วย แม้ว่าจะต้องพูดแก้ไขคำแนะนำที่ผู้เฒ่ากล่าวไปแล้ว (เช่นว่าเป็นหมอน้อย)

บางครั้งผู้สอนต้องการแนะนำนักศึกษาในลักษณะที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตัวนักศึกษา โดยมีได้ตระหนักว่าการแนะนำเช่นนั้นไม่ถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดความลำบากใจที่จะต้องแก้ไขคำพูดของผู้สอนในขณะนั้น นักศึกษาควรหาข้อมูลมาก่อนว่าผู้สอนท่านนี้มักจะแนะนำนักศึกษาอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานด้วยกันครั้งแรก นักศึกษาควรต้องอธิบายให้ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของเขาว่า ในความเป็นจริงเขายังเป็นนักศึกษา

### เข้าใจถึงปัจจัยที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลว

นักศึกษาควรมองให้ลึกกว่าเรื่องความผิดพลาดและความล้มเหลวในการดูแล และต้องเข้าใจว่ามีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะทำให้นักศึกษาดังคำถามว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่อยู่ภายใต้ปัญหานี้ และช่วยกระตุ้นให้คนอื่น ๆ คิดพิจารณาความผิดพลาดจากมุมมองเชิงระบบ ตัวอย่างเช่น นักศึกษาสามารถเป็นคนแรกของทีมในที่ประชุมหรือการอภิปรายที่จะถามคำถามขึ้นมาถึงสาเหตุของความผิดพลาดโดยถามว่า “เกิดอะไรขึ้น” มากกว่าที่จะถามว่า “ใครทำ” การถามหว่า “ทำไม” (เพื่อจะได้ถามต่อไปว่าทำไมจึงเกิดขึ้น เมื่อได้รับคำตอบมาแต่ละข้อ) เป็นวิธีการที่จะทำให้การอภิปรายมุ่งประเด็นมายังระบบมากกว่าตัวคนที่เกี่ยวข้อง

## ตาราง B.1.2. ห้า “ทำไม” (The five “whys”)

### ห้า “ทำไม”

ข้อความที่ 1 พยาบาลให้ยาผิด

ทำไม

ข้อความที่ 2 เพราะว่าเธอได้ยินชื่อยาที่แพทย์สั่งผิด

ทำไม

ข้อความที่ 3 เพราะว่าแพทย์เหนื่อยมากและเป็นเวลาที่ยังคืน และพยาบาลไม่ยอมรับกวนให้แพทย์บอกชื่อยาซ้ำอีกครั้ง

ทำไม

ข้อความที่ 4 เพราะเธอรู้ว่าแพทย์เป็นคนเจ้าอารมณ์และอาจจะโกนใส่เธอ

ทำไม

ข้อความที่ 5 เพราะว่าเขาเหนื่อยมากจากการผ่าตัดมาเป็นเวลา 16 ชั่วโมง

ทำไม

เพราะว่า...

### หลีกเลี่ยงการตำหนิเมื่อเกิดความผิดพลาด

เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่นักศึกษาควรจะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแก่เพื่อนร่วมงานจากวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น หากนักศึกษาไม่พูดขึ้นมาถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โอกาสที่จะได้เรียนรู้ก็จะน้อย อย่างไรก็ตามนักศึกษามักไม่ได้เข้าร่วมในการอภิปรายที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้โรงเรียน โรงพยาบาล และคลินิกบางแห่งก็ได้จัดให้มีการประชุมอภิปรายถึงปัญหานี้ สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าแพทย์ต้องการที่จะปกปิดความผิดพลาดของเขา แต่อาจหมายความว่าเขาไม่คุ้นเคยกับกลวิธีการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เขาอาจจะกลัวความผิดตามกฎหมายและวิตกกังวลว่าผู้บริหารจะจัดการเรื่องนี้อย่างไร ด้วยความซื่อสัตย์ที่แน่วแน่ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับ และมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในแวดวงบริการสุขภาพ จึงทำให้มีโอกาสมากขึ้นในการที่จะมาทบทวนการดูแลและปรับปรุงให้ดีขึ้น เพื่อลดความผิดพลาดให้เหลือ

น้อยที่สุด นักศึกษาสามารถถามผู้แทนของเขาว่าโรงพยาบาลนี้มีการจัดประชุม หรือมีเวทีสำหรับคณะกรรมการทบทวนหรือไม่ เช่น การประชุมเรื่องการป่วยและการเสียชีวิต ซึ่งจะทำให้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้รับการทบทวน นักศึกษาไม่ว่าเรียนในระดับชั้นใด ควรเห็นความสำคัญของการรายงานความผิดพลาดของเขาแก่ผู้แทน

### **ฝึกปฏิบัติการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์**

นักศึกษาควรได้เรียนรู้ถึงวิธีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงาน เขาควรตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทของคู่มือ และให้คุณค่าว่ามีความสำคัญมากที่จะต้องปฏิบัติตาม เมื่อนักศึกษาขึ้นชั้นคลินิก นักศึกษาควรรหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางและระเบียบวิธีการปฏิบัติที่ใช้เป็นประจำ แนวทางและระเบียบวิธีการปฏิบัติเหล่านี้ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

### **การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง**

ระบบสุขภาพประกอบด้วยหลายๆ ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน เพื่อให้การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวมีความต่อเนื่อง การทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องผ่านระบบการดูแลอย่างไร เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ทราบว่าจะบอาจเกิดความล้มเหลวได้อย่างไร ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญอาจขาดหายไป เก่าไป หรือไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งนำไปสู่การดูแลที่ไม่เพียงพอหรือเกิดความผิดพลาด ซึ่งทำให้ห่วงลูกโซ่ของการดูแลอย่างต่อเนื่องขาดตอนไป ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดี

### **ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง**

นักศึกษาควรรู้จักรับผิดชอบตนเองให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งของเพื่อน และผู้ร่วมงานอื่นๆ นักศึกษาควรได้รับการสนับสนุนให้มีแพทย์ของตนเอง และควรตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง หากนักศึกษามีความเจ็บป่วย (ทางด้านจิตใจ ดิทยาเสพติด หรือติดสุรา) เขาควรจะได้รับการสนับสนุนให้ไปรับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ

## ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมทุกวัน

การเรียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ดี ต้องอาศัยการสังเกตผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสที่น่านับถือ เช่นเดียวกับต้องฝึกปฏิบัติหาประสบการณ์จากผู้ป่วย สิทธิพิเศษหนึ่งที่นักศึกษาได้รับคือการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยจริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่านักศึกษายังเป็นผู้ต้องเรียนรู้ และอนาคตของการบริการสุขภาพขึ้นกับการฝึกปฏิบัตินี้ นักศึกษาควรระลึกเสมอว่า การที่เรามีโอกาสได้สัมผัสฯ ได้ตรวจ และรักษาผู้ป่วยเป็นสิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยแต่ละคนอนุญาตให้เราทำได้ ในสถานการณ์ส่วนใหญ่ นักศึกษาจะไม่ได้ตรวจผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่เชื่อยินยอมให้ตรวจ นักศึกษาควรขออนุญาตทุกครั้งเมื่อจะมีการสัมผัสร่างกายของผู้ป่วย หรือซักประวัติ ส่วนบุคคล นักศึกษาควรตระหนักเสมอว่าผู้ป่วยอาจถอนคำอนุญาตนี้เมื่อใดก็ได้ หรืออาจจะขอให้นักศึกษาหยุดการกระทำบางอย่างที่กำลังทำอยู่ได้

แม้ว่าจะเป็นการสอนในคลินิก ผู้สอนควรแนะนำผู้ป่วยว่าความร่วมมือของเขาในการเรียนการสอนนั้นเป็นเรื่องสมัครใจ ผู้สอนและนักศึกษาต้องได้รับการยินยอมด้วยวาจา ก่อนที่นักศึกษาจะสัมผัสหรือทำการตรวจ ในการขออนุญาตผู้ป่วย นักศึกษาควรบอกผู้ป่วยด้วยว่า การตรวจนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการเรียนการสอน ตัวอย่างของคำพูดขออนุญาตที่เหมาะสม เช่น “ท่านจะรังเกียจหรือไม่ หากนักศึกษาจะมาขอถามท่านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายท่าน ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน”

มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยทั้งหลายควรทราบ และเข้าใจว่าความร่วมมือของเขาเป็นความสมัครใจ และการตัดสินใจไม่ให้ตรวจนั้นไม่ได้มีผลต่อการดูแลที่เขาควรจะได้รับ การให้ความยินยอมด้วยวาจา น่าจะพอเพียงสำหรับการเรียนการสอน แต่ก็ยังมีบางกรณีที่ต้องมีการเชื่อยินยอม นักศึกษาควรถาม หากสงสัยว่าเรื่องใดควรขอความยินยอมและด้วยวิธีใด

เมื่อนำผู้ป่วยมาเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน เพราะประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นรองจากเรื่องความจำเป็นในการเรียนรู้ของนักศึกษา การดูแลและการรักษาผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นกับการที่นักศึกษามีส่วนเกี่ยวข้อง ควรดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

แนวทางที่ชัดเจนของคู่มือสำหรับผู้สอนและนักศึกษาสาขาสุขภาพ มีไว้สำหรับป้องกันทุกคน หากไม่มีคู่มือของการปฏิบัติ ผู้สอนก็ควรพัฒนานโยบายการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างนักศึกษาและผู้ป่วยที่เขาได้รับอนุญาตให้รักษา การออกแบบคู่มือที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันผู้ป่วย ส่งเสริมมาตรฐานจริยธรรมขั้นสูง และช่วยทุก ๆ คนที่จะหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิด

โรงเรียนส่วนใหญ่ที่สอนผู้ให้บริการสุขภาพตระหนักดีถึงปัญหาของ “หลักสูตรที่ซ่อนเร้น” ในการศึกษาด้านสุขภาพ มีการศึกษาที่แสดงว่านักศึกษาในชั้นคลินิกได้รับแรงกดดันให้ปฏิบัติอย่างผิดจริยธรรม [54] และเขารายงานว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยากมาก นักศึกษาและผู้ได้รับการฝึกอบรมทุกคนมีโอกาสที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ลำบากต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นมากที่ผู้นิเทศทางคลินิกจะชี้ให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามหลักจริยธรรม หรือทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิด ในกรณีเช่นนี้ อาจารย์ทั้งหลายควรเข้ามาช่วย นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นใจมากพอที่จะพูดถึงเรื่องนี้กับผู้นิเทศของเขา และไม่มั่นใจว่าจะทำอย่างไรดี การหยิบยกประเด็นนี้ขึ้นมาในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ความสับสนในบทบาททำให้นักศึกษาเครียดได้ และอาจส่งผลกระทบต่อคุณธรรม และกระบวนการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยง การเรียนรู้วิธีการรายงานเรื่องความปลอดภัยและการดูแลที่ไม่ถูกหลักจริยธรรม เป็นเรื่องพื้นฐานในการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับความสามารถของระบบที่จะสนับสนุนให้มีการรายงาน

นักศึกษาควรตระหนักถึงข้อผูกพันทางกฎหมายและทางจริยธรรม โดยให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรก [12] เรื่องนี้ประกอบด้วยการปฏิบัติที่จะทำตามคำสอนหรือทิศทางการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้อง วิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ (หรืออย่างน้อยที่สุดคือเพื่อให้ได้มุมมองที่ต่างออกไป) คือการให้นักศึกษาพูดอย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัวกับผู้ให้บริการสุขภาพหรืออาจารย์ท่านอื่นที่เป็นผู้รับผิดชอบ ผู้ป่วยไม่ควรมาร่วมในการพูดคุยนี้ นักศึกษาควรได้อธิบายปัญหาและบอกเหตุผลว่าทำไมเขาถึงไม่สามารถที่จะทำตามคำแนะนำได้หรือทิศทางที่บอกได้ หากผู้ปฏิบัติงานในคลินิก

หรืออาจารย์ไม่สนใจต่อประเด็นที่นักศึกษาพูดและยังคงแนะนำให้ทำตามนั้น นักศึกษาควรไตร่ตรองอย่างรอบคอบว่าจะทำต่อหรือถอนตัวออกมาจากสถานการณ์นั้น หากตัดสินใจที่จะทำต่อไป การเซ็นยินยอมของผู้ป่วยต้องได้รับการยืนยัน หากผู้ป่วยไม่เซ็นยินยอม นักศึกษาก็ต้องไม่ทำ

หากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือได้รับยาสลบอยู่ และผู้นิเทศให้นักศึกษาแพทย์หรือนักศึกษายาบาลตรวจผู้ป่วย นักศึกษาคนนั้นควรอธิบายว่าทำไมจึงไม่สามารถที่จะทำได้ นอกจากผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมไว้ก่อนแล้ว อาจเป็นการเหมาะสมที่จะอภิปรายสถานการณ์นี้กับอาจารย์ท่านอื่น หากนักศึกษายังไม่แน่ใจในอาจารย์ท่านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เขาควรเลือกที่จะอภิปรายเรื่องนี้กับอาจารย์อาวุโส

นักศึกษาทุกคนที่รู้สึกว่าเขาได้รับผลกระทบที่ไม่ยุติธรรมจากการที่เขาไม่ทำตามในสิ่งที่เขาคิดว่าไม่ถูกต้อง เขาควรมองหาคำแนะนำจากผู้นิเทศอาวุโส

## ตระหนักถึงบทบาทของเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการให้การดูแลอย่างปลอดภัย

14

เวลาที่นักศึกษาเริ่มต้นเข้ามาสู่สภาพแวดล้อมทางคลินิกหรือที่ปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันไปตลอดหลักสูตรการฝึกอบรม ก่อนที่จะขึ้นชั้นคลินิก นักศึกษาควรที่จะถามคำถามเกี่ยวกับส่วนอื่นของระบบสุขภาพที่มีบริการให้แก่ผู้ป่วย และสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการที่มีอยู่ในการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

*ถามคำถามถึงส่วนอื่นของระบบสุขภาพที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย*

ความสำเร็จของการดูแลและรักษาผู้ป่วยขึ้นกับความเข้าใจระบบสุขภาพทั้งหมดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน หากผู้ป่วยมาจากพื้นที่ที่ไม่มีตู้เย็น การให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปพร้อมกับยาอินซูลินที่ต้องแช่เย็นคงไม่ได้ช่วยผู้ป่วยเลย ความเข้าใจถึงระบบ (หัวข้อที่ 3) จะช่วยให้นักศึกษาชื่นชมในความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องขึ้นอยู่ทุกส่วนจากระบบได้อย่างไร รวมทั้งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและในเวลาที่เหมาะสม → T3

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการที่ใช้ระบุเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

โรงพยาบาลหรือคลินิกส่วนใหญ่มีระบบการรายงานที่ใช้ระบุถึงการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาจะต้องตระหนักรู้เรื่องเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเข้าใจถึงวิธีการจัดการของคลินิกนั้นๆ ว่าดำเนินการอย่างไร หากหน่วยงานดังกล่าวไม่มีระบบการรายงาน นักศึกษาสามารถถามบุคคลที่เหมาะสมว่าเขาจัดการกันอย่างไรอย่างน้อยที่สุดก็เป็นการสร้างความสนใจในเรื่องนี้ขึ้นมา (การรายงานและการจัดการเหตุการณ์อยู่ในหัวข้อที่ 3, 4 และ 6) → T3 T4 T6

## กลวิธีและรูปแบบการสอน

ข้อมูลความชุกที่นำมาใช้ในหัวข้อนี้เป็นข้อมูลที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลของหลายประเทศ ผู้สอนบางท่านอาจต้องการใช้ข้อมูลความชุกจากประเทศของตนเองมาสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากไม่มีข้อมูลระดับประเทศก็อาจนำข้อมูลของท้องถิ่นนั้นๆ มาใช้ ตัวอย่างเช่น มีเครื่องมือที่เรียกว่า เครื่องส่งสัญญาณ (trigger tool) อยู่บนเว็บเป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ที่ออกแบบมาสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพใช้วัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หากไม่มีเครื่องมือวัดสำหรับประเทศหรือสถาบัน ผู้สอนอาจค้นหาข้อมูลด้านใดด้านหนึ่งมาใช้ เช่น อัตราการติดเชื้อ ข้อมูลที่แสดงอัตราการติดเชื้อของประเทศหนึ่งสามารถนำมาใช้ได้ เพื่อแสดงให้เห็นขนาดของการติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ หรืออาจมีรายงานเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพของท่าน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความเหมาะสมสำหรับการสอน

หัวข้อนี้สามารถแบ่งเป็นส่วนๆ ได้ เพื่อที่จะนำเข้าไปบูรณาการกับหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว สามารถนำไปใช้สอนกลุ่มย่อย หรือการบรรยายเพียงอย่างเดียว หากต้องการสอนแบบบรรยายก็มีสไลด์ประกอบการสอนในตอนท้ายของหัวข้อ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำเสนอข้อมูล

ส่วน A ของคู่มือหลักสูตรได้แสดงถึงวิธีการสอนต่างๆ ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการบรรยายเพียงอย่างเดียวมิใช่วิธีที่ดีที่สุด

## การอภิปรายกลุ่มย่อย (small group discussion)

ผู้สอนสามารถใช้วิธีการต่างๆ ที่ระบุไว้ข้างล่างนี้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการอภิปรายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกวิธีหนึ่งคือให้นักศึกษาเตรียมการทำสัมภาษณ์ในหัวข้อเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในหัวข้อนี้ นักศึกษาสามารถใช้หัวข้อและกิจกรรมต่างๆ ที่นำเสนอข้างล่างนี้ในการนำเสนอเนื้อหา ผู้สอนที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกควรทำความเข้าใจกับเนื้อหา เพื่อที่จะสามารถเพิ่มเติมข้อมูลของระบบบริการของพื้นที่และสภาพแวดล้อมทางคลินิกได้

วิธีการสอนเกี่ยวกับผลเสียที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแล และผลเสียที่เกิดจากความล้มเหลวของระบบ

- ใช้ตัวอย่างจากสื่อ (หนังสือพิมพ์และโทรทัศน์)
- ใช้ตัวอย่างที่ปกปิดชื่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลหรือคลินิกของตนเอง
- ใช้กรณีศึกษานามาสรางเส้นทางการรับบริการของโรงพยาบาล
- ใช้กรณีศึกษาเพื่อระดมสมองถึงสิ่งต่างๆ ที่ผิดไป และเวลาที่เหมาะสมที่ป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้น
- เชิญผู้ป่วยที่มีประสบการณ์กับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาพูดคุยกับนักศึกษา

วิธีการสอนความแตกต่างระหว่างความล้มเหลวของระบบ การฝ่าฝืน และความผิดพลาด

- ใช้กรณีศึกษาเพื่อวิเคราะห์ถึงวิธีการต่างๆ ที่จัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- ให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือสังเกตการวิเคราะห์สาเหตุราก
- ให้นักศึกษาอธิบายถึงผลของการที่ไม่ใช้ทีมสหวิชาชีพ

## ชั่วโมงที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การบรรยาย

เชิญผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสที่ได้รับการยอมรับนับถือมาจากสถาบันของท่าน หรือสถาบันอื่นในประเทศ มาพูดถึงความผิดพลาดในการดูแลรักษาในสถานบริการ หากหาใครไม่ได้ ก็ใช้วีดิทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานที่น่านับถือและมีอิทธิพลที่จะพูดถึงเรื่องความผิดพลาด และชี้ให้เห็นว่าระบบ



การดูแลรักษาเกี่ยวข้องกับทุกคนได้อย่างไร หรือใช้คลิปวิดีโอที่กล่าวโดยผู้นำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถหาได้ในอินเทอร์เน็ต การได้ฟังคนอื่นพูดถึงเรื่องความผิดพลาด และมีผลกระทบอย่างไรต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เป็นบทหน้าที่ทรงพลังมากในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาควรถูกกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นต่อการนำเสนอ นั้น แล้วผู้สอนกล่าวถึงข้อมูลต่างๆ ในหัวข้อนี้ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่า อย่างไรก็ตามและทำไมการให้ความสนใจในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติทางคลินิกที่ปลอดภัย

สไลด์เพาเวอร์พอยท์ หรือสไลด์สำหรับเครื่องฉายภาพข้ามศีรษะสามารถนำมาใช้ได้ เริ่มต้นด้วยกรณีศึกษา และให้นักศึกษาระบุบางประเด็นจากกรณีตัวอย่าง ใช้สไลด์ที่ท้ายบทของหัวข้อนี้เพื่อเป็นแนวทาง

วิธีการอื่นที่จะใช้เพื่อนำเสนอเนื้อหาในส่วนอื่นๆ ของหัวข้อนี้ มีดังนี้

*บทเรียนเกี่ยวกับความผิดพลาดและความล้มเหลวของระบบจากภาคอุตสาหกรรมอื่น*

- เชิญมืออาชีพจากสาขาอื่นเช่น วิศวกรรมหรือจิตวิทยา มาพูดเรื่องความล้มเหลวของระบบ วัฒนธรรมความปลอดภัย และบทบาทของการรายงานความผิดพลาด
- เชิญบุคลากรจากอุตสาหกรรมการบิน มาพูดถึงการตอบสนองของภาคอุตสาหกรรมต่อความผิดพลาดของมนุษย์

*ประวัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและแหล่งกำเนิดของวัฒนธรรมการตำหนิ*

- เชิญผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่อาวุโสที่ได้รับการยอมรับนับถือ มาพูดถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการตำหนิ
- เชิญเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเรื่องความปลอดภัยและคุณภาพมาอภิปรายถึงระบบที่มีอยู่ เพื่อที่จะลดความผิดพลาดและการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

## สถานการณ์จำลอง

การสร้างสถานการณ์จำลองต่างๆ เพื่อนำเสนอการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความจำเป็นของการรายงาน และการวิเคราะห์ความผิดพลาด ในแต่ละสถานการณ์ให้นักศึกษาระบุว่าส่วนไหนของระบบล้มเหลว และจะมีวิธีการอย่างไรที่จะป้องกัน และขั้นตอนใดที่ควรทำบ้าง ที่จะป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

### กิจกรรมการเรียนรู้การสอนอื่น ๆ

ยังมีโอกาสอื่นๆ สำหรับนักศึกษาที่จะเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างกิจกรรมข้างล่างนี้ นักศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยอาจทำคนเดียว หรือทำเป็นคู่

- ติดตามผู้ป่วยตลอดเส้นทางของการรับบริการในหน่วยต่างๆ
- ใช้เวลาหนึ่งวันกับผู้ให้บริการสุขภาพที่มาจากสาขาอื่น และศึกษาดูว่าเขามีบทบาทหน้าที่อะไรในสาขาของเขา
- ค้นหาค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วยหรือสภาพของผู้ป่วยจากมุมมองของเขาขณะที่สนทนากับผู้ป่วย
- ถามโรงเรียนของท่านหรือสถานบริการว่า มีกระบวนการหรือทีมสอบสวน และรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ หากเป็นไปได้ให้นักศึกษาขออนุญาตจากผู้นิเทศ เพื่อสังเกตการณ์หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้
- สอบถามโรงเรียนของท่านว่า มีการจัดประชุมเรื่องการป่วยและการเสียชีวิต หรือการประเมินโดยเพื่อนร่วมงานหรือไม่ ซึ่งเป็นโอกาสที่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จะถูกทบทวน และ/หรือ มีการประชุมปรับปรุงคุณภาพหรือไม่
- อภิปรายความผิดพลาดทางคลินิกที่นักศึกษาสังเกตเห็นว่าไม่ใช่วิธีการดำเนิน
- ถามถึงแนวปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่ใช้ในคลินิกที่นักศึกษาฝึกงาน นักศึกษาควรทราบว่าแนวปฏิบัตินี้พัฒนามาอย่างไร เจ้าหน้าที่ทราบวิธีใช้หรือไม่ และเมื่อใดควรจะหลีกเลี่ยงไม่ใช้แนวปฏิบัตินี้

## กรณีศึกษา

กรณีของคาโรไลน์ที่ได้อธิบายไว้ตั้งแต่เริ่มต้นหัวข้อนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแลว่ามีความสำคัญอย่างไร และระบบการดูแลทำให้เกิดความผิดพลาดได้อย่างไร

ตั้งแต่เธอคลอดบุตรจนเสียชีวิตนับเป็นเวลา 25 วัน คาโรไลน์เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลต่างๆ ถึง 4 แห่ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมในการส่งต่อความรับผิดชอบของทีมแพทย์และพยาบาลจากแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ความล้มเหลวของการเขียนบันทึกที่มากพอที่จะทำให้รู้การวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยแยกโรค การตรวจหาสาเหตุ และการเขียนสรุปเมื่อกลับบ้าน และรายงานการส่งต่อ ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยฝีมืองที่คุกคามชีวิต และในที่สุดทำให้คาโรไลน์เสียชีวิต

ให้นักศึกษาอ่านกรณีนี้และระบุว่ามียุทธศาสตร์อะไรบ้างที่เกิดขึ้น ระหว่างการดูแล และการรักษาโรค

### นักศึกษาทันตแพทย์ภายใต้แรงกดดัน

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นเหตุการณ์ที่เป็นลูกโซ่ที่นำไปสู่ผลเสียอย่างไม่ต้องใจ ในกรณีนี้ จำนวนฟันที่ถูกถอด ความใกล้ชิดของฟันที่อยู่กับรากประสาทฟัน และการพลาดโอกาสไปหลายครั้งของเจ้าหน้าที่ในการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ปีเตอร์ (Peter) เพศชายอายุ 63 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูงและโรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน ได้รับการนัดให้ได้รับการอุดฟันหลายซี่ ในตอนเช้าของวันนัดที่คลินิกทันตกรรม เขาได้กินยาลดความดันโลหิตและยาลดการแข็งตัวของเลือดมาตามปกติ

ที่คลินิก นักศึกษาทันตแพทย์หักทากับปีเตอร์และก็ทำการอุดฟัน ต่อมานักศึกษาทันตแพทย์ได้ขออนุญาตจากผู้ันเทศเพื่อที่จะให้ยาชาแก่ปีเตอร์ โดยไม่ได้เช็คสัญญาณชีพก่อนให้ยาชา เขาให้ยา 2% ลิโดเคน (lidocaine) ร่วมกับ 1:100,000 เอพิเนฟริน (epinephrine) จำนวน 2 หลอด และทำการถอนฟันซี่ 2 ซี่บน ปรากฏว่ามีฟันซี่หนึ่งอยู่ใกล้กับรากประสาทและเขาได้ให้ยาหลอดที่สามก่อนที่จะพักเที่ยง

ปีเตอร์กลับมาอีกครั้งในตอนบ่ายเพื่อมารับการอุดฟันต่อ นักศึกษาก็ขออนุญาตผู้นิเทศของเขาที่จะให้ยาชาที่กรามล่าง แต่เช่นเคยเขาไม่ได้เช็คสัญญาณชีพของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ยาชาทั้งหมด 5 หลอด (แต่ละหลอดมี 1.8 มิลลิกรัม) รวมเป็นยาลิโดเคนทั้งหมด 180 มิลลิกรัม และยาเอพิเนเฟริน 0.09 มิลลิกรัม ในเวลา 6 ชั่วโมง เวลาบ่ายสามโมง ปีเตอร์เริ่มรู้สึกอึดอัดไม่สบายตัว หน้าแดง และหายใจแรงลึก ความดันโลหิตเป็น 240/140 มิลลิเมตรปรอทและชีพจร 88 ครั้งต่อนาที นักศึกษาติดต่อกับผู้นิเทศ เขาเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินมารับ ปีเตอร์ถูกนำส่งแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อการรักษาภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูง

### คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่มีส่วนที่ทำให้นักศึกษาทันตแพทย์ไม่ตรวจสอบสัญญาณชีพของปีเตอร์ ไม่ว่า ณ จุดใดของการทำฟันในวันนั้น
- นักศึกษาได้บอกผู้นิเทศหรือไม่ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคปกติใช่หรือไม่ที่ไม่มีการเช็คสัญญาณชีพในคลินิกทันตกรรมนั้น
- ระบบใดที่ควรนำมาใช้ ณ ที่นั้นเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ในอนาคต

---

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

### ความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทขององค์กร

*กรณีนี้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงและผลที่ตามมาของการมองข้ามผลลัพธ์ที่สำคัญ*

แมรี่ (Mary) ตั้งครรภ์ได้ 26 สัปดาห์และเข้ารับการฝากครรภ์ เธอได้รับธาตุเหล็กเพื่อรักษาอาการซีดเล็กน้อยของเธอ ซึ่งทำให้เธอต้องผูกเป็นบางครั้ง อาการท้องผูกได้รับการรักษาโดยการเปลี่ยนชนิดอาหาร นอกจากนี้เธอยังมีปัญหาติดเชือกในช่องคลอดหลายครั้งในขณะที่ตั้งครรภ์แต่ไม่รุนแรง

เมื่อเริ่มต้นสัปดาห์ที่ 27 ของการตั้งครรภ์ อาการท้องป็นของเธอ เริ่มเลวลง เธอจึงโทรหาผดุงครรภ์ของเธอ ผดุงครรภ์ได้ทำการตรวจภายใน และรายงานว่ามีมดลูกของเธอแน่นปานกลาง อยู่ในตำแหน่งกลาง ปากมดลูก ยังคงปิดและวัดได้ 1 เซนติเมตร แต่ผดุงครรภ์ไม่เคยถามแม่ว่ามีอาการท้องป็นมานานเท่าใดแล้ว ผดุงครรภ์ให้การวินิจฉัย และบอกแม่ว่ามดลูกของเธอบีบตัวแบบแบรคซตัน-ฮิกส์ (Braxton-Hicks contractions) และนัดมาตรวจในอีก 2 วัน

แมร์มาตรวจตามนัด และบอกว่าอาการท้องป็นหายแล้ว แต่มีเลือดออกและรู้สึกเหนื่อยมาก ผดุงครรภ์บอกแมร์ว่า เลือดออกเล็กน้อย เป็นอาการปกติภายหลังจากการตรวจภายใน และขอให้เธอพักผ่อนให้มากขึ้น สัปดาห์ต่อมาหลังจากที่แมร์ไปตรวจครั้งสุดท้าย แมร์สังเกตเห็นว่ามีน้ำออกมากทางช่องคลอดมากขึ้น มีอาการท้องป็นเป็นระยะๆ ดังนั้นเธอจึงติดต่อผดุงครรภ์คนเดิมทางโทรศัพท์ และเช่นเคย ผดุงครรภ์ให้ความมั่นใจกับแมร์ว่า อาการท้องป็นของเธอมาจากท้องผูก และการที่น้ำออกมามากทางช่องคลอดเป็นอาการปกติของการตั้งครรภ์ แมร์มีอาการมดลูกบีบตัวมากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และถูกนำส่งโรงพยาบาลแม่และเด็ก เพื่อทำการคลอดก่อนกำหนด และแมร์คลอดลูกก่อนกำหนดออกมาเป็นเพศหญิง

12 ชั่วโมงหลังคลอด เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าปอดบวม โดยพบว่ามี การติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส อกาแลคเวีย (กรุปบี เชื้อสเตรปโตคอคคัส) ทราบจากการใช้ไม้พันสำลีเอาน้ำจากช่องคลอดไปเพาะเชื้อ เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

### คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่มีอยู่ที่ทำให้ผดุงครรภ์ยังคงการวินิจฉัยเดิม
- อะไรคือปัจจัยภายใต้ระบบที่ทำให้แมร์คลอดก่อนกำหนดและทำให้ลูกปอดบวม

---

แหล่งข้อมูล: คุณเทจา แซกเซก (Teja Zaksek) เป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยรายนี้ เธอเป็นผู้บรรยายอาวุโสและหัวหน้าฝ่ายการเรียนและการสอนของแผนกผดุงครรภ์, คณะสุขภาพ มหาวิทยาลัย Ljubljana, Ljubljana, ประเทศสโลวาเนีย

## เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Finkelman A, Kenner C. *Teaching IOM: Implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, 2<sup>nd</sup> ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1<sup>st</sup> ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

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

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, battles JB, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Dockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008: 19-35.

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 (<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579>; accessed 21 February 2011).

*Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2011.

## การประเมินหัวข้อนี้

วิธีการประเมินที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อนี้มีได้หลายวิธี ข้อสอบอัตนัย, MCQ, shortBAQ, CBD และการประเมินตนเอง สมุดบันทึกเหตุการณ์ และบันทึกประจำวัน ก็สามารถนำมาประเมินใช้ได้ ควรกระตุ้นให้นักศึกษาใช้แฟ้มสะสมผลงานในการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ประโยชน์ของแฟ้มสะสมผลงานคือ เมื่อนักศึกษาจบการฝึกอบรม นักศึกษาจะมีข้อมูลกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และอาจจะนำไปใช้ในการสมัครงานและในการปฏิบัติงานของเขาในอนาคต

การประเมินความรู้ในเรื่องผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย บทเรียนจากภาคอุตสาหกรรมอื่น การฝ่าฝืน หลักการไม่ตำหนิ และรูปแบบสำหรับการคิดในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถประเมินได้โดยใช้วิธีการต่อไปนี้

- แฟ้มสะสมผลงาน
- CBD
- OSCE
- การเขียนบันทึกการสังเกตเกี่ยวกับระบบสุขภาพและความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น (โดยทั่วไป)

อาจกำหนดให้นักศึกษาเขียน การสะท้อนคิดเกี่ยวกับหัวข้อนี้ ตัวอย่างเช่น

- ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- การตอบสนองของชุมชนต่อข่าวเรื่องผลเสียและความประมาท เลินเล่อต่อผู้ป่วย
- บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพในการเป็นผู้นำให้นักศึกษารู้จักคิด และบทบาทของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ

การประเมินอาจเป็นแบบระหว่างการศึกษและตอนสิ้นสุดของการศึกษา การให้คะแนนอาจเป็นได้ตั้งแต่แบบ พอใจ/ไม่พอใจ โปรดดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) ถึงชนิดต่างๆ ของการประเมินที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างของวิธีการประเมินมีอยู่ในส่วน B ภาคผนวก 2 ด้วย

## การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยทบทวนถึงการสอนว่าทำไปอย่างไร และจะมีวิธีปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร โปรดดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) ในเรื่องบทสรุปหลักการประเมินที่สำคัญ

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, 2009; 6-7.
2. World Health Organization Fact sheet No275: *Substandard and counterfeit medicines*, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective*. In van Grutting CWG ed. *Medical devices: International perspectives on health and safety*. Elsevier, 1994.
4. Schultz DS, Rafferty MP, *Soviet health care and Perestroika*, *American journal of Public Health*, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638-642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10-110.
7. United States Congress House Sub-Committee on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452-1456.
9. Couch NP et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634-637.



10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123-129.
11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582-589.
12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469-472.
13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815-2820.
14. Leape L et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144-149.
15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29-34.
16. Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774-777.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 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.
18. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
19. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 December 2001, EB 109/9.
20. Davis P et al. *Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
21. 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, 324:270-276.
22. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458-471.
23. Baker GR et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678-1686.
24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
25. Andrews LB et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309-313.
26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (<http://www.apsf.net.au/>; accessed 23 February 2011).
27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors*. Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 December, 1999.
28. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.
29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415-420.
30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812-816.
31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 248:93-95.

32. Turner BA. The organizational and inter organizational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378-397.
33. Turner BA. *Man-made disasters* London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475-484.
35. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.
36. Pidgen N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. International Atomic Energy Agency. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1*. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89-94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. Breaking bad news *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206-207.

44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6-11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163-164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. *Normal accidents: living with high technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents-yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001, 322:709-710.

## สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณี

ศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือ การถามคำถามนักศึกษาเกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพซึ่งจะทำให้สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้ เช่น วัฒนธรรมการตำหนิ ธรรมชาติของความผิดพลาด และวิธีการจัดการแก้ปัญหาของภาคอุตสาหกรรมอื่น

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 1 ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้สอนสามารถถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ได้ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นกรณีที่ดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

ชื่อยาต่างๆ ใช้ตาม *International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances* ขององค์การอนามัยโลก

(<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accessed 24 March 2011)



## หัวข้อที่ 2

# ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย

### การล้มเครื่องดึงถ่างไว้ในช่องท้อง

ประวัติทางการแพทย์ของซูซาน (Suzanne) บันทึกว่าเธอได้รับการผ่าตัดคลอด 4 ครั้งในสิบปี การผ่าครั้งที่ 2 และ 3 ทำที่โรงพยาบาล ข. และครั้งที่ 4 ที่โรงพยาบาล ค. สองเดือนหลังการผ่าครั้งที่ 4 ซูซานมาโรงพยาบาล ค. ด้วยอาการปวดทางทวารหนักอย่างรุนแรง

แพทย์ทำการตรวจทางทวารหนักโดยการวางยาสลบ พบมีเครื่องดึงถ่างที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ที่ปลายทวารหนัก ขนาดยาว 15 เซนติเมตร กว้าง 2 เซนติเมตร ที่มีปลายโค้งที่ส่วนปลาย ซึ่งเป็นชนิดที่ใช้บ่อยในพื้นที่นั้น และน่าจะมาจากโรงพยาบาล ข. แพทย์คิดว่าเกิดจากการล้มเครื่องดึงถ่างไว้ในช่องท้องหลังการผ่าตัดคลอดครั้งใดครั้งหนึ่ง และเคลื่อนย้ายจากในช่องท้องมายังปลายทวารหนัก

ในขณะที่ทำการผ่าตัดคลอดครั้งที่ 4 แพทย์สังเกตเห็นมีพังผืดใหญ่ หรือแผลเป็นในเยื่อหุ้มช่องท้องซึ่งแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดครั้งที่ 3 เมื่อสองปีก่อน ไม่สังเกตเห็นมีแผลเป็นนี้ ในขณะที่ไม่รู้แน่ชัดว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร แต่เป็นไปได้มากที่สุดว่าเครื่องดึงถ่างนี้น่าจะถูกล้มไว้ในระหว่างการผ่าตัดคลอดครั้งที่ 3 ที่ผ่านมาเป็นเวลาสองปีแล้ว

แหล่งข้อมูล: *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000*, New South Wales Government (Australia), 2001:58.

## บทนำ-ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญ

การศึกษาเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์ เป็นการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นมนุษย์กับระบบที่มนุษย์ปฏิสัมพันธ์ด้วย [1] โดยเน้นที่การปรับปรุงประสิทธิภาพ การสร้างสรรค์ การมีผลผลิต และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความผิดพลาด ความล้มเหลวของการนำหลักการปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้เป็นประเด็นหลักในการพิจารณาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในการบริการสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องหลักการของปัจจัยด้านมนุษย์ บุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่เข้าใจพื้นฐานในเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์ก็เหมือนกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านควบคุมการติดเชื้อที่ไม่มีความรู้เรื่องวิชาจุลชีววิทยา

### คำสำคัญ

ปัจจัยด้านมนุษย์ การยศาสตร์ ระบบ สมรรถภาพของมนุษย์

## วัตถุประสงค์ของการเรียน

นักศึกษาควรเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมนุษย์และความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำความรู้นี้มาใช้ในสถานที่ที่ประกอบวิชาชีพ/คลินิก

## ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

### เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

นักศึกษาจำเป็นต้องรู้ความหมายของคำว่า ปัจจัยด้านมนุษย์ และเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมนุษย์กับความปลอดภัยของผู้ป่วย

### เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

นักศึกษาจำเป็นที่จะต้องนำความรู้ในเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ในการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วย กล้อง B.2.1 ข้างล่างนี้ ตีพิมพ์โดยคณะกรรมการความปลอดภัยและคุณภาพในการบริการสุขภาพ ประเทศออสเตรเลีย เป็นคำตอบต่อคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์และความสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพ



## กล่อง B.2.1. คำถามพื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์ในการบริการสุขภาพ

### ปัจจัยด้านมนุษย์ในการบริการสุขภาพ

**คำถาม:** คำว่า “ปัจจัยด้านมนุษย์” หมายถึงอะไร

**คำตอบ:** ปัจจัยด้านมนุษย์นำมาใช้ในทุกๆ ที่ที่มนุษย์ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านมนุษย์ยอมรับธรรมชาติที่มีอยู่ทั่วไปในเรื่องของความผิดพลาดของมนุษย์ วิธีการมองความผิดพลาดของมนุษย์ในแบบเดิม เป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ความสามารถที่สมบูรณ์แบบ (perfectibility)” ที่มีสมมุติฐานว่า หากผู้ปฏิบัติงานใส่ใจมากพอ ปฏิบัติงานหนักพอ และถูกฝึกมากพอ ก็จะสามารถหลีกเลี่ยงความผิดพลาดได้จากประสบการณ์ของเราและจากผู้เชี่ยวชาญนานาชาติกล่าวว่า ทศนคตินี้จะสวนทางกับผลผลิตและใช้ไม่ได้ผล

**คำถาม:** การศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์เกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรบ้าง

**คำตอบ:** ปัจจัยด้านมนุษย์เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งที่ค้นหาการปรับความสัมพันธ์ระหว่างเทคโนโลยีและมนุษย์ให้เข้ากันได้อย่างเหมาะสม มีการนำข้อมูลมาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ความสามารถ ข้อจำกัด และลักษณะอื่นๆ ที่นำมาใช้ในการออกแบบเครื่องมือ เครื่องจักรกล ระบบ หน้าทีรับผิดชอบ งาน และสภาพแวดล้อม เพื่อให้มนุษย์ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และใช้งานได้สะดวกสบาย

**คำถาม:** ทำไมประเด็นปัจจัยด้านมนุษย์จึงมีความสำคัญในการบริการสุขภาพ

**คำตอบ:** ปัจจัยด้านมนุษย์เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการบริการสุขภาพ ในการบริการสุขภาพและภาคอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ ดังเช่น อุตสาหกรรมการบิน ปัจจัยด้านมนุษย์สามารถทำให้เกิดผลที่ร้ายแรงตามมา และบางครั้งถึงกับเสียชีวิตได้ แต่อย่างไรก็ตามระบบการบริการสุขภาพสามารถทำให้ปลอดภัยขึ้นได้ โดยตระหนักถึงความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ และโดยการพัฒนากระบวนการและกลวิธีที่จะเรียนรู้จากความผิด เพื่อที่จะลดการเกิดและผลที่ตามมาให้เหลือน้อยที่สุด

**คำถาม:** เป็นไปได้หรือไม่ที่จะจัดการกับปัจจัยด้านมนุษย์

**คำตอบ:** ได้ การจัดการกับปัจจัยด้านมนุษย์ เกี่ยวข้องกับการนำเทคนิคเชิงรุกมาใช้ เพื่อที่จะลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด และเรียนรู้จากความผิดพลาดและสถานการณ์หุุดหวิด วัฒนธรรมการปฏิบัติงานที่สนับสนุนให้มีการรายงานถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและสถานการณ์หุุดหวิด ทำให้ระบบการบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการปรับปรุง

อุตสาหกรรมการบินเป็นตัวอย่งที่ดี ที่นำเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์เข้ามาร่วมในการปรับปรุงเรื่องความปลอดภัย ตั้งแต่กลางทศวรรษ 1980 อุตสาหกรรมการบินได้ยอมรับว่าความผิดพลาดของมนุษย์เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แทนที่จะเรียกร้องให้มีการปฏิบัติงานอย่างสมบูรณ์แบบตลอดเวลาซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ หรือให้มีการลงโทษที่เปิดเผยต่อสาธารณชนต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้น วงการอุตสาหกรรมนี้จึงออกแบบระบบที่จะลดผลกระทบจากความผิดพลาดของมนุษย์ บันทึกความปลอดภัยทางการบินถือเป็นข้อพิสูจน์ในเรื่องนี้ ในขณะที่มีการบินขึ้นลงประมาณ 10 ล้านครั้งต่อปี แต่มีเครื่องบินตกที่ทำให้ถึงกับเสียชีวิตน้อยกว่า 10 ครั้งของการบินพาณิชย์ทั่วโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1965 เป็นต้นมา และส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา

แหล่งข้อมูล: *Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); accessed 21 February 2011).

## ปัจจัยด้านมนุษย์และการยศาสตร์

คำว่า ปัจจัยด้านมนุษย์และการยศาสตร์ ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนขณะที่ปฏิบัติงาน งานที่กำลังทำ และสถานที่ปฏิบัติงาน คำสองคำนี้สามารถใช้แทนกันได้

การศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์ เป็นวิทยาศาสตร์สาขาหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้ว และใช้กันในหลายสาขา (ดังเช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ฟิสิกส์ และชีวกลศาสตร์) เพื่อทำความเข้าใจการปฏิบัติงานของคนภายใต้สถานการณ์ต่างๆ เราให้คำจำกัดความปัจจัยด้านมนุษย์ว่า *เป็นการศึกษาปัจจัยทั้งหมดที่จะทำให้มนุษย์ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและทำในวิถีทางที่ถูกต้อง*

คำจำกัดความของปัจจัยด้านมนุษย์อีกความหมายหนึ่งคือ เป็นการ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ใช้ ในที่ปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน [1]



### การนำความรู้เรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้





เราสามารถนำความรู้เรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ได้ทุกที่ที่คน ปฏิบัติงาน ในการบริการสุขภาพ ความรู้เรื่องผลของปัจจัยด้านมนุษย์ช่วยให้เราออกแบบกระบวนการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและ ทำได้อย่างถูกต้อง การนำหลักการปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นอย่างมากกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะมีฐานมาจากวิชา วิศวกรรมศาสตร์สาขาปัจจัยด้านมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์พื้นฐานในเรื่อง ความปลอดภัย หลักการเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์สามารถช่วยให้เราแน่ใจได้ว่า เราปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยในการสั่งยาและการจ่ายยา มีการสื่อสารกัน เป็นอย่างดีในทีม และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพอื่นและผู้ป่วย เดิมเคยคิดว่างานเหล่านี้เป็นงานพื้นฐาน แต่ ในปัจจุบันกลายมาเป็นงานที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นผลจากระบบบริการสุขภาพ ที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การบริการสุขภาพส่วนใหญ่ขึ้นกับบุคลากรวิชาชีพในการดูแล ผู้เชี่ยวชาญเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์เชื่อว่าความผิดพลาดสามารถ ลดลงได้โดยเน้นไปที่ตัวผู้ให้บริการ และศึกษาว่ามีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร กับสภาพแวดล้อม การนำหลักการปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้สามารถช่วยให้ ผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

หลักการปัจจัยด้านมนุษย์สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุก สภาพแวดล้อม ภาคอุตสาหกรรม เช่น การบิน การผลิตสินค้า และกองทัพ ได้นำความรู้ปัจจัยด้านมนุษย์มาปรับปรุงระบบและการบริการเป็นเวลา หลายปีมาแล้ว [2]



บทเรียนและตัวอย่างจากภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า การนำหลักการปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้สามารถปรับปรุงกระบวนการ ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น สาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์เกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างคนในระบบและการ กระทำของเขา หลายคนเชื่อว่าความยากของการสื่อสารระหว่างเพื่อน

ร่วมงานเกิดขึ้นเนื่องจากแต่ละคนต้องปฏิบัติงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน งานวิจัยทางวิศวกรรมศาสตร์สาขาปัจจัยด้านมนุษย์แสดงให้เห็นว่า ต้นเหตุ ไม่ได้อยู่ที่ปริมาณของงานที่ต้องทำให้สำเร็จ แต่ขึ้นกับปัจจัยทางธรรมชาติของงานเหล่านั้น ผู้ปฏิบัติมีอาชีพอาจจะสามารถอธิบายขั้นตอนของ หัตถการที่ง่าย ๆ แก่นักศึกษาได้ในขณะที่กำลังปฏิบัติงานนั้นได้ แต่หาก เป็นกรณีที่งานซับซ้อนเขาอาจไม่สามารถที่จะทำเช่นนั้นได้ เพราะต้องใช้สมาธิมากกับงานที่ต้องทำตรงหน้า ความเข้าใจในเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์ และการปฏิบัติตามหลักการปัจจัยด้านมนุษย์เป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับ สาขาความปลอดภัยของผู้ป่วย [3]

ผู้เชี่ยวชาญด้านปัจจัยมนุษย์ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่หลากหลาย ดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น   เรื่องนี้มีความสำคัญมากเพราะเป้าหมาย การออกแบบปัจจัยด้านมนุษย์ที่ดีคือ การรองรับแต่ละคนที่ใช้และมี ปฏิสัมพันธ์กับระบบได้ ซึ่งหมายถึงการคิดออกแบบระบบที่ไม่จำกัดอยู่เพียง ผู้ป่วยซึ่งมีความแปรปรวน ความวิตกกังวลของครอบครัว และผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิกที่สงบเยือกเย็น และที่มีประสบการณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึง ผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่มีประสบการณ์ที่อาจจะมีความเครียด เหนื่อยล้า และ เร่งรีบอีกด้วย



ผู้เชี่ยวชาญด้านปัจจัยด้านมนุษย์ใช้หลักการและแนวทางที่อ้างอิง หลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบ     ที่จะเอื้อ ให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย และให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่น (i) การสั่งยาและการจ่ายยา (ii) การให้ข้อมูลข่าวสาร (iii) การเคลื่อน ย้ายผู้ป่วย (iv) การให้ยาและคำสั่งการรักษาอื่นๆ ทางอิเล็กทรอนิกส์ และ (v) การจัดเตรียมยา หากงานเหล่านี้ถูกออกแบบมาให้ง่ายขึ้นสำหรับผู้ปฏิบัติ งาน เขาก็จะสามารถให้บริการได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น งานเหล่านี้ต้องการ การออกแบบที่ประกอบด้วย ซอฟต์แวร์ (ระบบคอมพิวเตอร์และโปรแกรม สำหรับรับคำสั่ง และโปรแกรมที่ใช้สำหรับการส่งจ่ายยา) ฮาร์ดแวร์ (เครื่อง ให้น้ำเกลือ) ของใช้อื่นๆ (เช่น เข็มแทงเส้นเลือดดำ หลอดจีดยา เตียงผู้ป่วย) และการจัดสถานที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสม รวมทั้งแสงสว่างที่เหมาะสม วิวัฒนาการทางด้านเทคโนโลยีในการบริการสุขภาพ ทำให้เห็นมากขึ้นถึง ความเกี่ยวพันของปัจจัยด้านมนุษย์กับความผิดพลาด เพราะโอกาสที่จะ


เกิดผลเสียเกิดจากการใช้เทคโนโลยี และอุปกรณ์ใหม่ๆ ไม่ถูกต้อง [3] ความรู้ปัจจัยด้านมนุษย์ยังช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบของความเหนื่อยล้า ผู้ให้บริการสุขภาพที่เหนื่อยล้ามีโอกาสที่ความจำจะลดลงชั่วคราว และทำผิดเพราะความเหนื่อยล้า ทำให้การปฏิบัติงานบกพร่อง และทำให้อารมณ์ไม่คงที่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และมีอารมณ์โกรธ [4,5] หากพยาบาลต้องต่อเวลาปฏิบัติงานเพราะมีกำลังคนน้อย เขาก็จะมีอาการอดนอนและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้

ในความหมายที่กว้าง การศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์จะรวมถึงการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของคนกับเครื่องมือ   (รวมทั้งการออกแบบเครื่องมือ) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน เช่น การสื่อสารกัน การปฏิบัติงานเป็นทีม และวัฒนธรรมขององค์กร วิศวกรรมศาสตร์สาขาปัจจัยด้านมนุษย์พยายามมองหาวิธีที่จะระบุ และสนับสนุนความเข้ากันได้ที่ดีที่สุดระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยและปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี และลักษณะการออกแบบทางกายภาพที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานของเขา

สาขานี้ตระหนักดีว่า สถานที่ปฏิบัติงานจำเป็นต้องถูกออกแบบและจัดการให้ความผิดพลาดและผลกระทบของความผิดพลาดเกิดขึ้นน้อยที่สุดในขณะที่เราไม่สามารถกำจัดความผิดพลาดของมนุษย์ให้หมดไปได้ แต่เราสามารถที่จะทำให้เบาบางและจำกัดความเสี่ยงได้




โปรดสังเกตว่าการศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์ มิใช่การศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับมนุษย์ดังที่ชื่อชี้แนะ อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านมนุษย์เป็นการศึกษาที่จะทำความเข้าใจข้อจำกัดของมนุษย์ และการออกแบบที่ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ที่เราใช้ เพื่อให้เข้ากับมนุษย์และกิจกรรมที่มีความหลากหลาย




การที่เรารู้ว่าความอ่อนล้า ความเครียด การสื่อสารที่ไม่ดี การขัดจังหวะ   และความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอ มีความสำคัญและผลกระทบอย่างไรต่อผู้ให้บริการสุขภาพนั้น ช่วยทำให้เราเข้าใจปัจจัยชักจูงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความผิดพลาด แนวคิดพื้นฐานของการศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์ มีความสัมพันธ์กับประเด็นการประมวลผลข้อมูลของมนุษย์ เราได้ข้อมูลข่าวสารมาจากโลกที่อยู่รอบตัวเรา ตีความและทำความเข้าใจ แล้วตอบสนองต่อเรื่องนั้น ความผิดพลาด



สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการนี้ (ดูหัวข้อที่ 5) → 

มนุษย์มิใช่เครื่องจักรกล เครื่องจักรกลที่ถูกบำรุงรักษาให้ดีจะปฏิบัติงานได้ตามที่คาดหวังและเชื่อถือได้ ในความเป็นจริงเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องจักรกลแล้ว มนุษย์นั้นคาดหวังไม่ได้และเชื่อถือไม่ได้ และความสามารถในการประมวลผลข้อมูลมีข้อจำกัด เนื่องจากความสามารถในการจำในการปฏิบัติงานของเรา อย่างไรก็ตามมนุษย์เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ ตระหนักรู้ มีจินตนาการ และยืดหยุ่นในการคิด [6]

มนุษย์ยังถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ซึ่งเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน การถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่ายช่วยให้เราสังเกตว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้น มนุษย์เรามีความสามารถที่ดีมากที่จะรู้และตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างรวดเร็ว และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่และกับข้อมูลใหม่ อย่างไรก็ตามการถูกเบี่ยงเบนความสนใจก็เป็นเหตุทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย เพราะเมื่อเราถูกเบี่ยงเบนความสนใจ เราก็อาจจะไม่ได้สนใจกับสิ่งที่สำคัญที่สุดของงานหรือสถานการณ์นั้น โปรดพิจารณาตัวอย่างที่ให้มานี้ นักศึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่เจาะเลือดผู้ป่วย ในขณะที่กำลังปฏิบัติงานความสะอาดหลังจากที่เจาะเลือดผู้ป่วยเสร็จแล้ว มีผู้ป่วยเตียงข้างๆ กันร้องเรียกขอความช่วยเหลือ นักศึกษาหยุดปฏิบัติงานที่กำลังทำอยู่แล้วไปช่วยผู้ป่วย และลืมติดชื่อผู้ป่วยบนหลอดบรรจุเลือดที่เจาะมา หรืออีกตัวอย่างคือขณะที่เภสัชกรกำลังรับการสั่งยาทางโทรศัพท์ และมีเพื่อนคนหนึ่งถามคำถามแทรกเข้ามาในขณะนั้น ในสถานการณ์เช่นนั้นเภสัชกรอาจได้ยินชื่อยาผิดไป หรือลืมที่จะเช็คชื่อยาและขนาดยา ซึ่งเป็นผลมาจากการถูกเบี่ยงเบนความสนใจ



สมองของเราอาจ “เล่นกล” ต่อเราโดยการรับรู้สถานการณ์ที่ผิดไป ดังนั้นจึงเป็นส่วนที่ทำให้เกิดความผิดพลาด   



จากความจริงที่ว่า แม้ว่าเราจะตั้งใจมากที่สุดแล้ว เราก็สามารถรับรู้สถานการณ์ผิดไปได้ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้การตัดสินใจ และการปฏิบัติของเราผิดพลาดได้ ส่งผลให้ทำผิด “อย่างไรเหตุผล (silly)” โดยไม่ได้ขึ้นกับระดับของประสบการณ์ สติปัญญา แรงจูงใจ หรือการระมัดระวัง เป็นอย่างดี ในบริบทสถานบริการสุขภาพ เราอธิบายสถานการณ์นี้ว่าเป็นความผิดพลาด และความพลาดนี้ก็มีผลที่ตามมาต่อผู้ป่วย   

ที่กล่าวมานี่คือสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยเตือนเรว่า   การทำผิดพลาดไม่ได้แย่ไปกว่าการทำสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรืออาจกล่าวได้อย่างง่ายๆ ว่า ความผิดพลาดเป็นด้านลบของสมอง ริสัน [6] อธิบาย ความผิดพลาด ว่าเป็นความล้มเหลวของการกระทำที่ได้วางแผนไว้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งใจ หรือเป็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่กระทำจริงกับสิ่งที่ควรจะต้องทำ



## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลิกกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

เป็นความสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพควรตระหนักถึงสถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในแง่ของความเป็นมนุษย์ [7] เรื่องนี้มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับนักศึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้อาวุโสหน่อยที่ยังไม่มีประสบการณ์

ปัจจัยส่วนบุคคลหลายๆ ปัจจัยส่งผลต่อการปฏิบัติงานของมนุษย์ จึงทำให้คนๆ หนึ่งมีโอกาสทำผิดได้ สองปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ ความเหนื่อยล้าและความเครียด มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อมโยงความเหนื่อยล้ากับสมรรถภาพที่ลดลง ซึ่งรู้จักกันดีว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย [8] การปฏิบัติงานเป็นเวลานานเป็นเหตุให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง เสมือนการที่มีแอลกอฮอล์ในเลือด 0.05 มิลลิโมล/ลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ห้ามขับขี่ตามกฎหมายในหลายประเทศ [9]  

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความสามารถในการปฏิบัติงานได้รับการยืนยันจากงานวิจัย ในขณะที่ทุกคนทราบดีว่าการมีความเครียดสูงมีผลกระทบต่อการทำงาน แต่เรื่องสำคัญอีกประการที่ควรตระหนักคือ ความเครียดในระดับต่ำก็ทำให้มีผลผลิตน้อย เนื่องจากทำให้เกิดการเบื่องานและปฏิบัติงานด้วยความไม่ตั้งใจ  

อุตสาหกรรมการบินกำหนดให้นักบินแต่ละคนใช้รายการตรวจสอบส่วนบุคคล เพื่อควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเขา-เป็นวิธีการที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพนำมาปรับใช้ได้ง่าย ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพควรพิจารณาที่จะนำกลวิธีการลดความผิดพลาดส่วนบุคคลมาใช้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเขาได้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมแล้ว

คำย่อ IM SAFE (illness, medication, stress, alcohol, fatigue, emotion) ถูกพัฒนา  มาจากอุตสาหกรรมการบิน เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการประเมินตนเอง เพื่อจะทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน (เครื่องมือนี้มีรายละเอียดอยู่ในหัวข้อที่ 5) → 

## การนำความรู้ปัจจัยด้านมนุษย์มาสู่การปฏิบัติ

มีวิธีการที่หลากหลายที่นักศึกษาจะนำความรู้ปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ในการปฏิบัติงานในขณะที่เขาดูแลผู้ป่วย

### การนำความคิดปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ในสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน [10]

นักศึกษาสามารถนำความคิดปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ได้ทันที เมื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมของการสอนในคลินิก นอกจากนี้ข้อคิดที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นข้อคิดที่รู้กันว่าช่วยจำกัดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดของมนุษย์

#### หลีกเลี่ยงการพึ่งความจำ

ในการที่จะทำการสอบให้ได้ดี นักศึกษาจะต้องจำความจริงและข้อมูลต่างๆ มากมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีในเรื่องของการสอบ แต่ในการรักษาผู้ป่วย การใช้ความจำเพียงอย่างเดียวเป็นอันตรายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาผิดชนิดหรือผิดขนาด นักศึกษาควรที่จะมองหารูปภาพหรือผังแสดงของขั้นตอนในกระบวนการหรือวิธีการรักษา การตรวจสอบการกระทำของคนๆ หนึ่ง โดยเปรียบเทียบกับรูปภาพหรือผังแสดงนั้น สามารถลดภาระเรื่องที่จะต้องใช้ความจำ ทำให้นักศึกษามีอิสระที่จะใส่ใจกับงานที่ทำ เช่น การซักประวัติ หรือการให้ยาที่เหมาะสม

เหตุผลหลักข้างต้นชี้ถึงขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย-ช่วยลดการพึ่งพาความจำลงได้ ในทางกลับกันการมีขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานมากเกินไปก็ไม่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีการปรับให้ทันสมัยหรือไม่ได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ นักศึกษาควรถามหาขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานที่ใช้ในสถานที่ที่เขา



ปฏิบัติงาน เพื่อที่เขาจะได้ทำความคุ้นเคย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการตรวจสอบว่าขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานนั้นเป็นฉบับที่ถูกทบทวนล่าสุดเมื่อใด และมีกระบวนการทบทวนอย่างไร เพื่อเป็นการเน้นย้ำจุดสำคัญของการได้มาซึ่งขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนปฏิบัติงานมาตรฐานจะต้องเป็นเอกสารที่มีชีวิต (คือมีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ)

### ทำให้สิ่งต่าง ๆ เห็นได้ง่าย

นักศึกษาจะสังเกตได้ว่าหอผู้ป่วยหรือคลินิกต่าง ๆ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผู้ป่วย (เช่น เครื่องเอกซเรย์ เครื่องให้น้ำเกลือ มีดผ่าตัดอิเล็กทรอนิกส์ สายออกซิเจน) นักศึกษาส่วนมากจำเป็นต้องใช้สิ่งของต่าง ๆ เหล่านี้ และอีกเช่นกัน การใช้รูปภาพและการสังเกตขั้นตอนของการเปิดปิดอุปกรณ์เหล่านี้ และการอ่านคำอธิบายในการใช้จะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะ ตัวอย่างที่ดีอีกเรื่องหนึ่งของการเตือนที่มองเห็นได้ง่าย คือการเตือนด้วยรูปภาพสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในการทำความสะดวกมืออย่างถูกวิธี

### ทบทวนและทำกระบวนการต่าง ๆ ให้ง่ายขึ้น

มีคำกล่าวว่า “เรียบง่ายดีกว่า” ประโยคนี้สามารถนำไปใช้สำหรับการดำเนินชีวิตได้ทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องการบริหารสุขภาพ งานบริการสุขภาพบางเรื่องก็ซับซ้อนมาก จนมีตำรับสำหรับความผิดพลาด ตัวอย่างเช่น การรับและการส่งเวร และกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การรับส่งเวรสามารถทำให้ง่ายขึ้นได้โดยการนำกลวิธีการสื่อสารมาใช้ ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ ใช้ตัวเลขให้น้อยลง และให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยจะทำให้ผิดพลาดลดลง นักศึกษาสามารถทำให้ขั้นตอนการสื่อสารง่ายขึ้นโดยการทวนคำแนะนํา และต้องมั่นใจว่าเขาเข้าใจถึงขั้นตอนปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานที่ใช้กัน หากไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานในการรับส่งเวร นักศึกษาก็สามารถที่จะถามผู้ให้บริการสุขภาพอื่น เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่พยายามจะสื่อสารกันนั้นได้รับแล้วและเข้าใจได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับมั่นใจว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลของเขาได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา

ตัวอย่างอื่นๆ ของกระบวนการที่จะทำให้ง่ายขึ้นมีดังนี้ (i) จำกัดชนิดของยาในการสั่งยา (ii) จำกัดขนาดของยาไม่ให้มีหลากหลายขนาด และ (iii) คงสต็อกของยาที่ใช้บ่อย

### **กำหนดมาตรฐานของกระบวนการและหัตถการที่ใช้บ่อย**

แม้ว่านักศึกษาจะปฏิบัติงานในสถานเดียว แต่อาจสังเกตว่าหน่วยงานแต่ละหน่วยมีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่าหากต้องย้ายหน่วย นักศึกษาจะต้องเรียนรู้ใหม่อีกว่า หน่วยใหม่นั้นเขาทำกันอย่างไร ในสถานบริการสุขภาพที่สามารถกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ให้เป็นมาตรฐาน (ตามความเหมาะสม) ก็จะช่วยให้คนปฏิบัติงานลดการพึ่งพาความจำ และยังช่วยให้งานมีประสิทธิภาพและประหยัดเวลา แบบฟอร์มการจำหน่ายผู้ป่วย รูปแบบการสั่งยา และชนิดของเครื่องมือ สามารถทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ทั้งโรงพยาบาล หรือทั้งภูมิภาคหรือทั้งประเทศได้

### **ใช้รายการตรวจสอบเป็นประจำ**

การใช้รายการตรวจสอบพบว่ามีความสำเร็จในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ เช่น การเดินทาง การไปซื้อของ การอ่านหนังสือเพื่อการสอบ ผลงานวิจัยเมื่อเร็วๆ นี้ของคณะกรรมการวิจัยขององค์การอนามัยโลก ได้พิมพ์ในวารสาร the New England Journal of Medicine ได้รายงานการใช้รายการตรวจสอบเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย จึงเป็นที่มาของการใช้รายการตรวจสอบในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย นักศึกษาควรสร้างนิสัยของการใช้รายการตรวจสอบในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนในการที่จะเลือกหรือให้การรักษา

### **ลดการพึ่งพาการปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน**

มนุษย์เป็นผู้ที่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่ายและเบื่อง่าย หากงานที่ทำไม่มีอะไรน่าตื่นเต้น นักศึกษาควรตื่นตัวอยู่เสมอว่ามีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด หากต้องทำกิจกรรมใดเป็นเวลานาน ในสถานการณ์

เช่นนั้นเราส่วนใหญ่ก็จะสนใจงานที่กำลังทำอยู่น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเราเกิดความเหนื่อยล้า ความพยายามของเราที่จะตั้งใจทำให้ดีก็จะล้มเหลวลงได้ในบางขณะ

## สรุป

โดยสรุป บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์จากภาคอุตสาหกรรมอื่น มีความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างกันระหว่างมนุษย์กับอุปกรณ์ และกับเครื่องจักรกลที่เขาใช้ ความเข้าใจถึงความผิดพลาดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และความหลากหลายของความสามารถและการตอบสนองของคนที่มีต่อสถานการณ์หนึ่ง เป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้รู้วิธีการนำหลักการปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ มาช่วยในการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ

## กลวิธีและรูปแบบการสอน

หัวข้อนี้น่าจะเป็นหัวข้อที่ใหม่มาก ๆ สำหรับคนส่วนใหญ่ น่าจะเป็นความคิดที่ดีที่แยกเรื่องนี้มาสอนต่างหากก่อน หัวข้อนี้ได้เปิดโอกาสให้มีการสอนอย่างมีจินตนาการและสร้างสรรค์ในสภาพแวดล้อมที่เป็นคลินิก และจะเป็นการสอนที่ดีที่สุดหากใช้แบบฝึกหัดในการปฏิบัติมากกว่าการบรรยาย ผู้สอนส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับเรื่องนี้ น่าจะเชิญผู้สอนจากคณะอื่น เช่น จากวิศวกรรมศาสตร์หรือจิตวิทยา สาขาเหล่านี้จะมีผู้เชี่ยวชาญในปัจจัยด้านมนุษย์ที่สามารถบรรยายบทบาทของหลักการปัจจัยด้านมนุษย์

### การบรรยายบทบาททั่วไป

เนื่องจากหัวข้อนี้เป็นความรู้ใหม่สำหรับนักศึกษา จึงเหมาะสมที่จะเชิญผู้เชี่ยวชาญในเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มาบรรยายหลักการพื้นฐานของเรื่องนี้ ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์มักหาได้จากสาขาวิศวกรรมศาสตร์และจิตวิทยา สาขาเหล่านี้ได้รวมการบริการสุขภาพเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในสาขาของเขาด้วย อาจมีผู้ปฏิบัติในคลินิกที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์และได้นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน ควรเชิญบุคคลที่

เหมาะสมที่จะมาบรรยายเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของเรื่องนี้ ใช้กรณีศึกษาของการบริการสุขภาพในการสอนของเขา

### กิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม

ผู้สอนอาจเลือกใช้แบบฝึกหัดที่หาได้ง่ายเพื่อศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์ โดยการนำปัญหาที่พบบ่อยในคลินิกมาเป็นตัวอย่าง ตัวอย่างทั้งที่ดีและไม่ดีที่แสดงให้เห็นหลักการปัจจัยด้านมนุษย์สามารถพบได้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นคลินิกทุกแห่ง นอกจากนี้ผู้สอนอาจถามนักศึกษาให้พิจารณาผลกระทบของปัจจัยด้านมนุษย์ในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับคลินิก เช่น ในชีวิตส่วนตัวของเขา สัมพันธภาพที่โรงเรียน และการปฏิบัติงานในอดีต

#### ตัวอย่าง

1. ให้นักศึกษาตรวจสอบอุปกรณ์ในหน่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลที่เขาปฏิบัติงาน (เช่น หน่วยกายภาพบำบัด หน่วยฉุกเฉิน คลินิก หอผู้ป่วย วิกฤต แผนกรังสี แผนกเภสัชกรรม หน่วยทันตกรรม)

- หน่วยไหนที่มีอุปกรณ์มากที่สุด อันตรายอะไรที่จะเกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์แต่ละชิ้นในการรักษาผู้ป่วยหลายๆ คน อุปกรณ์นี้ถูกบำรุงรักษาเป็นอย่างดีหรือไม่ ปัจจัยด้านมนุษย์มีผลกระทบอย่างไรต่อการใช้อุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- จากอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำรวจพบ ให้พิจารณาในประเด็นดังต่อไปนี้
  - สวิตช์ปิดเปิดหาได้ง่ายหรือไม่
  - อุปกรณ์ใช้ได้ง่ายหรือไม่ และอุปกรณ์ทำงานอย่างไร
  - นักศึกษาที่ชั้นเรียนสูงกว่า อาจารย์ผู้สอน และช่างเทคนิคมีความลำบากในการใช้อุปกรณ์หรือไม่

2. พิจารณาการใช้งานของเสียงเตือน

- บ่อยแค่ไหนที่สัญญาณเตือนต่างๆ ของอุปกรณ์ดับไปเอง
- บ่อยแค่ไหนที่สัญญาณเตือนไม่ได้รับความสนใจ
- อะไรจะเกิดขึ้นเมื่อสัญญาณเตือนถูกปล่อยทิ้งไว้ และรู้หรือไม่ว่าถูกปล่อยไว้นานแค่ไหน
- สัญญาณเตือนเจียบลงด้วยระบบอัตโนมัติหรือมีวิธีการเชิงระบบในการหาสาเหตุ

3. พิจารณาว่าการออกแบบของอุปกรณ์แต่ละชิ้นมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยหรือไม่ ตัวอย่างเช่น การตั้งโปรแกรมการใช้เครื่องให้นำเกลือให้ถูกต้องทำได้ง่ายหรือไม่
  - อันตรายอะไรที่จะเกิดขึ้นกับการมีเครื่องให้นำเกลือที่หลากหลายชนิดในหน่วยงานเดียวกัน/ สถานที่ปฏิบัติงานเดียวกัน
4. ออกแบบรายการตรวจสอบในการกำหนัดการทางคลินิกที่เร่งด่วน ใช้การสอบสวนการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อทบทวนประเด็นปัจจัยด้านมนุษย์ (ดูหัวข้อที่ 5 การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย)

## กรณีศึกษา

*กรณีตัวอย่างดังต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึงความเหนียวแน่นสามารถทำให้ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยลดลง*

### **พยาบาล: เหนื่อยเกินไปที่จะปลอดภัย**

วันอังคารที่ 20 กรกฎาคม ค.ศ. 2004

**ข่าว** อะไรที่เป็นความจริงของแพทย์ก็เป็นความจริงของพยาบาลวิชาชีพ บ่อยครั้งที่คนเหล่านี้ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานานกันเป็นประจำและบ่อยครั้งคาดการณ์จำนวนชั่วโมงไม่ได้ เช่น การอยู่เวรนานมากกว่า 12 ชั่วโมง เป็นต้น ทำให้มีโอกาสทำผิดพลาดได้มากกว่าคนที่ปฏิบัติงานจำนวนชั่วโมงน้อยกว่านั้น

นี่เป็นข้อสรุปของการศึกษาวิจัยที่ได้รับทุนจากรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา ซึ่งตีพิมพ์ลงในวารสาร Health Affairs ฉบับเดือน ก.ค. - ส.ค. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแรกๆ ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผิดพลาดทางการแพทย์กับความเหนียวแน่นของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงในโรงพยาบาล

**การศึกษาวิจัย** แอน โรเจอร์ (Ann Rogers) รองศาสตราจารย์ของโรงเรียนพยาบาลมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย และคณะได้ทำการศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาจำนวน 393 รายทั่วประเทศ เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงและคนผิวขาว อายุในวัยกลางคน ได้รับการจ้างโดยโรงพยาบาลในเขตเมือง และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี

เป็นเวลาสองสัปดาห์ที่พยาบาลแต่ละคนลงบันทึกการปฏิบัติงานของเธอ เวลาที่ได้พักระหว่างการปฏิบัติงาน และความผิดพลาดทั้งหมด พบว่ามีความผิดพลาด 199 ครั้ง และสถานการณ์หูดหวัด 213 ครั้ง โดยที่เจ้าตัวเป็นผู้พบเอง ความผิดพลาดและสถานการณ์หูดหวัดส่วนใหญ่เกี่ยวกับการให้ยา มีทั้งให้ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดคน ให้ผิดวิธี ให้ผิดเวลา หรือไม่ได้ให้ยา รวมทุกกรณีด้วยกันทั้งหมด

ความผิดพลาดและสถานการณ์หูดหวัดเพิ่มขึ้น เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อชั่วโมงปฏิบัติงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาหลังจากเวรปกติ “พยาบาลไม่ได้ต่างกับวิชาชีพอื่นๆ” โรเจอร์กล่าว “เมื่อเขาปฏิบัติงานนานขึ้น ความเสี่ยงที่จะผิดพลาดก็มากขึ้น”

**ผลกระทบต่อผู้ป่วย** เช่นเดียวกับการศึกษาของแพทย์ประจำบ้าน การศึกษานี้มีได้เชื่อมโยงโดยตรงของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำโดยมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย พบว่าการเพิ่มผู้ป่วยผ่าตัดขึ้นมาเป็นพิเศษซึ่งเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล จะเพิ่มโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทนทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง

**และผลกระทบในวงกว้าง** ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความชุกของความผิดพลาดทางการแพทย์ และผลของความเหนื่อยล้าของแพทย์ฝึกหัด ทำให้เกิดระเบียบใหม่ขึ้นมาในบางสาขา ด้วยการจำกัดชั่วโมงปฏิบัติงานในหนึ่งสัปดาห์ ไม่ให้เกิน 80 ชั่วโมง และการอยู่เวรนานไม่เกิน 24 ชั่วโมง บางรัฐได้เริ่มจำกัดการอยู่เวรของพยาบาล ซึ่งต้องอยู่เวรเป็นเวลานานนั้นเกิดขึ้นมาเป็นเวลาสิบกว่าปีแล้ว เนื่องจากการลดกำลังคนของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการขาดแคลนพยาบาลทั่วประเทศ

---

แหล่งข้อมูล: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* Washington Post. Tuesday, 20 July 2004. ©2004 The Washington Post Company.

### กิจกรรม

- ให้นักศึกษาอ่านบทความที่ดีที่สุดพิมพ์ในหนังสือพิมพ์วอชิงตันโพสต์ และให้สะท้อนคิดถึงปัจจัยที่เป็นไปได้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเหนื่อยล้าของพยาบาล

## การอดนอนของเจ้าหน้าที่

หลังจากที่เธอปฏิบัติงานมา 36 ชั่วโมง ในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ใหญ่แห่งหนึ่ง แพทย์ประจำบ้านปีที่หนึ่งสาขาอายุรศาสตร์ก็ขับรถกลับบ้าน เกือบจะถึงบ้านอยู่แล้ว เธอเผลอหลับคาพวงมาลัย และไปชนเข้ากับรถของผู้หญิงคนหนึ่ง อายุ 23 ปี ซึ่งทำให้ผู้หญิงคนนี้ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง และมีความพิการตลอดชีวิต

ผู้หญิงที่ได้รับบาดเจ็บ ฟ้องสถาบันนั้นถึงการให้งานที่ไม่เหมาะสม ข้อกล่าวหาบรรยายว่า “สถาบันนั้นรู้หรือได้รับรู้แล้วว่า แพทย์ท่านนั้นได้ปฏิบัติงานเป็นเวลา 34 ชั่วโมง จากจำนวนทั้งหมด 36 ชั่วโมงที่ต้องทำ เธอปฏิบัติงานตามหน้าที่ และเป็นกรปฏิบัติงานที่สถาบันรู้หรือได้รับรู้ว่า แพทย์ท่านนั้นเหนื่อยล้ามากจากชั่วโมงการปฏิบัติงานที่มากเกินไป และออกจากโรงพยาบาลในสภาพที่ความสามารถในการตัดสินใจลดลงเพราะเธออดนอน”

### คำถาม

- ท่านเคยพบเห็นสถานการณ์แบบเดียวกันนี้หรือไม่กับเพื่อนของท่านคนใดคนหนึ่ง หรือผู้ร่วมงานของท่าน
- หากท่านเคยเจอสถานการณ์เช่นนี้ ท่านจะให้คำแนะนำอย่างไรแก่แพทย์ประจำบ้านคนหนึ่งที่ปฏิบัติงานมา 36 ชั่วโมงแล้ว
- ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าสถาบันต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบแก่ผู้หญิงคนนี้ซึ่งต้องพิการตลอดชีวิต
- มีวิธีการใดที่ท่านจะแนะนำที่จะป้องกันเหตุการณ์ทำนองนี้มีให้เกิดขึ้นอีก

---

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Professor Armando C. Crisostomo, Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, University of the Philippines Medical College/ Philippines General Hospital, Manila, The Philippines.

## ผ้าซับเลือดที่ถูกลืมหิ้งไว้หลังการผ่าตัดฝีเย็บ

ผู้ป่วยรายนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของห้องผ่าตัด

แซนดร้า (Sandra) เพศหญิงอายุ 28 ปี ได้ปรึกษาสูติแพทย์ของเธอว่า มีกลิ่นเหม็นจากช่องคลอดของเธอมา 3 วัน แซนดร้าคลอดบุตรชายเมื่อเดือนก่อน เธอถูกตัดฝีเย็บในขณะที่คลอด สูติแพทย์สงสัยติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จึงสั่งยาปฏิชีวนะให้กินหนึ่งชุดเป็นเวลา 5 วัน

แซนดร้ากลับมาใหม่ พบสูติแพทย์ท่านเดิมในหนึ่งสัปดาห์ต่อมาด้วยอาการเดิม หลังจากกินยาปฏิชีวนะครบแล้วตามสั่ง การตรวจทางช่องคลอดพบว่า เธอเจ็บบริเวณที่ตัดฝีเย็บและมีอาการบวมที่บริเวณนั้น สูติแพทย์ได้ตรวจดูการบันทึกการคลอดอย่างละเอียดและการนับผ้าซับเลือด พบว่ามีบันทึกการนับผ้าซับเลือดและการตรวจทานโดยพยาบาลคนที่สอง สูติแพทย์จึงสั่งยาปฏิชีวนะให้กินอีกหนึ่งชุด

อาการของแซนดร้าไม่ดีขึ้น แซนดร้าตัดสินใจไปหาความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น โดยไปพบสูติแพทย์อีกท่านหนึ่ง สูติแพทย์ท่านที่ 2 รับเธอไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจอีกครั้งโดยการวางยาสลบ และได้ทำการถ่างและขูดมดลูก สูติแพทย์ท่านที่ 2 ได้โทรบอกสูติแพทย์ท่านแรกว่าพบผ้าซับเลือดที่แผลฝีเย็บ

### กิจกรรม

- หากสอนนักศึกษาพยาบาล ให้ถามนักศึกษาว่าบทบาทของพยาบาลในห้องผ่าตัดคืออะไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับผ้าซับเลือดที่ตกค้างในขณะที่ทำการผ่าตัด ถามนักศึกษาเพื่อที่จะทราบสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่อยู่ภายใต้ปัญหานี้ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

---

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert consensus group. Case supplied by Ranjit De Alwis, Senior Lecturer, International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia.



## การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานประจำโดยไม่แจ้งให้ทีมทราบ

ผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านมนุษย์ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เหตุการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการสื่อสารกันภายในทีมและความล้มเหลวในการทำตามข้อตกลงเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของการรักษา ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย

แมรี (Mary) เป็นทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเรื่องการรักษารากฟัน เธอมักจะทำการรักษาให้เสร็จภายในครั้งเดียว ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในทีมงานของเธอ

อยู่มาวันหนึ่งในขณะที่กำลังทำการรักษารากฟันกรามของผู้ป่วยคนหนึ่ง เธอรู้สึกไม่ค่อยสบาย จึงตัดสินใจที่จะยังไม่อุดรากฟันให้เสร็จและนัดมาทำต่อในครั้งต่อไป คุณหมอแมรีไม่ได้บอกแก่ผู้ช่วยของเธอ ผู้ช่วยของเธอจึงคิดว่าเธอทำเสร็จแล้ว และไม่ได้ทำการนัดให้มาอีกครั้งเพื่อมาทำการรักษาต่อให้เสร็จ

คุณหมอแมรีลืมผู้ป่วยรายนี้ไป ผู้ป่วยรายนี้ได้ไปทำฟันต่อกับทันตแพทย์ท่านอื่น และเนื่องจากไม่มีบันทึก ไม่มีทันตแพทย์ท่านใดคิดว่ารากฟันนี้ยังทำไม่เสร็จ ทันตแพทย์อีกท่านหนึ่งจึงได้ทำการอุดฟันโดยไม่ได้สังเกตว่ารากฟันยังไม่ถูกปิด

สามเดือนต่อมาผู้ป่วยกลับมาด้วยมีอาการอักเสบของรากฟันในขณะนั้น จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะไปก่อนที่จะทำการถอนฟันกรามซี่นั้น

### คำถาม

- ให้เสนอถึงปัจจัยบางข้อที่อาจทำให้การเขียนบันทึกการรักษาไม่ครบ
- ปัจจัยอะไรที่ทำให้ทันตแพทย์คนที่ 2 ไม่สามารถประเมินได้ว่ารากฟันยังไม่ถูกปิด ในการมาตามนัดครั้งต่อไป
- อภิปรายความรับผิดชอบของสมาชิกต่างๆ ในทีม (ในสถานการณ์การปฏิบัติงานของท่าน) ที่เกี่ยวข้องกับการลงบันทึกการปฏิบัติงานที่ท่านทำ

---

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

## การประเมินความรู้อของหัวข้อนี้

มีวิธีการประเมินได้หลากหลายวิธีที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อนี้ ซึ่งประกอบด้วย MCQ, การเขียนเรียงความ, shortBAQ, CBD และการประเมินตนเอง ให้นักศึกษาหนึ่งคนหรือหลายคนนำการอภิปรายกลุ่มย่อยถึงปัจจัยด้านมนุษย์ในงานคลินิก ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะแสดงความเข้าใจของนักศึกษา หากนักศึกษายู่ในที่ปฏิบัติงาน ให้เขาสังเกตว่าเทคโนโลยีถูกใช้อย่างไร และมีขั้นตอนการเตรียมการฝึกสอนให้คนปฏิบัติงานใช้เทคโนโลยีนั้นอย่างไร

## การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการทบทวนว่าการสอนเป็นไปอย่างไร และสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร ให้ดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) ในบทสรุปของหลักการประเมินที่สำคัญ

## เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

### Patient safety

*National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf): accessed 21 February 2011).

### Clinical human-factors group

<http://www.chfg.org>; accessed 18 January 2011. This site has a PowerPoint presentation clearly explaining human factors.

*Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006

([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); accessed 21 February 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

บทความนี้มีอยู่ในเว็บไซต์ที่สามารถนำมาใช้ได้ฟรี เป็นบทความที่อธิบายพื้นฐานของปัจจัยด้านมนุษย์และความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

#### การออกแบบตรวจสอบความผิดพลาด

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* (prepared under an IPA with Berry College). AHRQ publication no. 070020. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2007 (<http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>; accessed 18 January 2011).

#### ความเหนื่อยล้าของผู้ให้บริการสุขภาพ

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

#### เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell, 2006.
3. *National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); accessed 21 February 2011).

4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318-26.
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.
6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management-enhancing patient safety*. London, British Medical Journal Books, 2001.
8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235-237.
10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

## สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 2 ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบรรยายไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุดในการสอนนักศึกษาในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่หัวข้อนี้มีหลักการทางทฤษฎีที่จะให้นักศึกษาต้องทำความเข้าใจด้วย การเชิญวิศวกรหรือนักจิตวิทยาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญปัจจัยด้านมนุษย์มาสอนภาพรวมของเรื่องปัจจัยด้านมนุษย์ หากต้องการบรรยายเป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการอภิปรายของกลุ่ม วิศวกรอาจให้ตัวอย่างจากภาคอุตสาหกรรมอื่น

เช่น อุตสาหกรรมการบินและการขนส่ง และหากใช้ตัวอย่างเหล่านี้ ก็ควรให้ ตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพด้วย เพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถ ที่จะมองออกว่าจะนำทฤษฎีไปใช้ได้อย่างไร อีกวิธีหนึ่งคือการถามคำถาม นักศึกษาเกี่ยวกับด้านต่างๆ ของการบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถ นำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 2 ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้สอนใช้ในการถ่ายทอด เนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และ เป็นการดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น



## หัวข้อที่ 3

# การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย

### ผู้ป่วยได้รับยาฉีดพิตติน

แจ็กกี้ (Jacqui) ได้รับการตรวจเพื่อหาสาเหตุโดยวิธีการที่เรียกว่าการส่องกล้องฉีดสีย้อนขึ้นเพื่อดูตับอ่อนและถุงน้ำดีที่โรงพยาบาลใหญ่สำหรับการเรียนการสอนแห่งหนึ่งโดยสงสัยว่ามีความผิดปกติของถุงน้ำดี เธอถูกวางยาสลบ กล้องถูกใส่เข้าทางปาก ลงมาหลอดอาหารมายังลำไส้ส่วนต้น (duodenum) จากนั้นสอดใส่สายเล็กๆ เข้าไปในกล้องเพื่อเข้าไปถึงท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) และทำการฉีดสารทึบแสงเพื่อที่จะได้มองเห็นได้โดยการเอกซเรย์

สองเดือนต่อมาแจ็กกี้ได้รับแจ้งว่าเธอเป็นหนึ่งใน 28 รายที่ได้รับสารทึบแสงชื่อ ฟีนอล ที่ทำให้เกิดการกีดกันโดยปกติแผนกเภสัชกรรมสั่งสารทึบแสงชื่อ คอนเรย์ 280 ขนาดขวดบรรจุ 20 มิลลิลิตรอย่างไรก็ตามในช่วงระยะเวลา 5 เดือน ทางแผนกเภสัชกรรมได้สั่งผิดและได้ส่งไปห้องตรวจเป็นชนิดคอนเรย์ 280 ชนิด 60% และมีฟีนอล 10% ผสมด้วยเป็นขนาดขวดบรรจุ 5 มิลลิลิตร โดยได้ติดฉลากบนขวดอย่างชัดเจนว่า “โปรดใช้ภายใต้คำแนะนำที่เข้มงวด-มีสารกีดกันด้วย” และ “ใช้เพียงหลอดเดียว” ในที่สุดพยาบาลก็ได้พบความผิดพลาดของแผนกเภสัชกรรมและทีมงานอีกหลายๆ คน

วิธีการสั่งยา การสต็อกยา การส่งยาให้ห้องผ่าตัด และวิธีการที่จะทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องเกี่ยวข้องกับหลาย ๆ ขั้นตอน ซึ่งทำให้มีโอกาสที่จะผิดพลาดได้ การทำความเข้าใจกับระบบที่ซับซ้อนจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นที่จะต้องเข้าใจว่าขั้นตอนต่างๆ เป็นอย่างไร และมีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างไร

แหล่งข้อมูล: *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February-7 June 1999*, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. September 1999:1-37(<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx>; accessed 18 January 2011).

## บทนำ-ทำไมการคิดอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย



การดูแลผู้ป่วยน้อยนักที่จะดูแลโดยคนๆ เดียว การดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ทักษะและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันและการสื่อสารระหว่างกันของผู้ปฏิบัติงานเหล่านั้น และสภาพแวดล้อมของที่ปฏิบัติงานนั้นด้วย ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรขนาดใหญ่หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยขึ้นอยู่กับคนดูแลหลายๆ คนที่จะทำสิ่งที่ถูกต้องและในเวลาที่ต้องการด้วย นั่นคือผู้ป่วยต้องขึ้นอยู่กับระบบของการดูแล [1] การที่จะให้ผู้ให้บริการสุขภาพปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยต้องการความเข้าใจเรื่องความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของระบบการดูแลผู้ป่วย การตระหนักในเรื่องนี้สามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานระบุถึงโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ และลงมือทำตามขั้นตอนในการป้องกันการเกิดความผิดพลาดได้ หัวข้อนี้เกี่ยวกับเรื่องระบบบริการสุขภาพส่วนเรื่องวิธีการลดความผิดพลาดได้อภิปรายไว้ละเอียดในหัวข้อที่ 5

### คำสำคัญ

ระบบ ระบบที่มีความซับซ้อน องค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง

## วัตถุประสงค์ของการเรียน

ทำความเข้าใจว่าการคิดอย่างเป็นระบบสามารถทำให้เกิดการปรับปรุงการบริการสุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างไรและลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยลงได้อย่างไร



## ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

### เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

นักศึกษาสามารถอธิบายคำว่า ระบบและระบบที่มีความซับซ้อน ว่ามีความสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพอย่างไร และทำไมการแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการเชิงระบบในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเหนือกว่าวิธีการเดิม

### เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

นักศึกษาสามารถอธิบายได้ถึงองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย

## สิ่งที่นักศึกษาจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ: อธิบายความหมายของคำว่า ระบบและระบบที่มีความซับซ้อนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพอย่างไร

### ระบบคืออะไร


คำว่า “ระบบ” เป็นคำกว้างๆ ที่ใช้อธิบายการรวมกันของสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไปหรือ “การรวมเป็นหน่วยเดียวกันของส่วนย่อยๆ ที่ต้องพึ่งพากัน” [2]

นักศึกษาสาขาสุขภาพจะคุ้นเคยกับแนวคิดของระบบในบริบทของระบบร่างกายและระบบอวัยวะ ระบบอวัยวะประกอบด้วยเซลล์เดี่ยวหลายๆ เซลล์มารวมกันเป็นอวัยวะที่ซับซ้อนมากขึ้น ระบบเหล่านี้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอก กระบวนการที่ต่อเนื่องของสิ่งนำเข้า การเปลี่ยนแปลงภายในสิ่งนำออก และการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นลักษณะของระบบเหล่านี้ ลักษณะเช่นเดียวกันนี้สามารถนำมาอธิบายได้กับระบบหลายๆ ระบบที่มารวมกันเป็นระบบบริการสุขภาพ

### ระบบที่มีความซับซ้อน

เมื่อนักศึกษาเริ่มย่างก้าวเข้ามาสู่สถานที่บริการทางคลินิกที่มีขนาดใหญ่ เขาก็จะตกตะลึงกับความซับซ้อนของระบบ เช่น มีผู้ให้บริการเป็นจำนวนมาก มีบุคลากรสาขาต่างๆ และมีผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านต่างๆ ผู้ป่วย

ที่หลากหลายที่มาตรวจในแผนกต่าง ๆ และได้กลิ่นต่าง ๆ ที่หลากหลาย เป็นต้น นักศึกษาเหล่านี้ได้มองเห็นและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานที่นั้นว่าเป็นระบบหนึ่ง ซึ่งดูเหมือนว่าวุ่นวายและไม่สามารถคาดคะเนได้และเขาอาจสงสัยว่าเขาจะปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมนี้ได้อย่างไร ท้ายที่สุด เขาก็จะได้รับมอบหมายให้ไปประจำแต่ละหอผู้ป่วย แต่ละภาควิชาและแต่ละคลินิกและเขาก็จะคุ้นเคยกับการปฏิบัติงานในหน่วยนั้น ๆ หรือสาขานั้น ๆ ในที่สุดเขาก็จะลืมส่วนอื่น ๆ ของระบบไปได้อย่างง่ายดาย

ในระบบที่มีความซับซ้อนเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันของหน่วยต่าง ๆ เป็นอย่างมากซึ่งทำให้  ยากที่จะคาดเดาพฤติกรรมของระบบที่ต้องอาศัยความรู้ของสิ่งต่าง ๆ ที่มาประกอบกันเป็นระบบนั้น [3] การบริการสุขภาพเข้าได้กับคำจำกัดความของระบบที่มีความซับซ้อนได้เป็นอย่างดีโดยเฉพาะสถานบริการใหญ่ ๆ สถานบริการที่ใหญ่ ๆ มักจะประกอบด้วยหน่วยย่อยต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งรวมทั้งคน (ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่) โครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี และสารต่าง ๆ สำหรับการรักษาปฏิสัมพันธ์ของหน่วยต่าง ๆ ในระบบมีหลายรูปแบบและวิถีทางที่ปฏิบัติงานร่วมกันได้ อย่างไรก็ตามเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมากและมีความหลากหลาย [3]

ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนจำเป็นต้องมีความเข้าใจธรรมชาติของความซับซ้อนในการให้บริการสุขภาพ เพราะมีความสำคัญสำหรับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น (มีรายละเอียดในหัวข้อที่ 5) มิเช่นนั้นแล้วก็จะมีแนวโน้มที่จะไปตำหนิคนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นโดยมิได้ตระหนักว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวเกื้อหนุนให้เกิดขึ้น การบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเนื่องจาก [3]

- ความหลากหลายของงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ให้บริการต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน
- ความหลากหลายของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ
- ความสัมพันธ์ที่มีจำนวนมากมายระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่สนับสนุน ผู้บริหาร ครอบครัวและสมาชิกของชุมชน
- ความเปราะบางของผู้ป่วย

- โครงสร้างทางกายภาพของสภาพแวดล้อมคลินิกที่มีความแตกต่างกัน
- ความหลากหลายหรือการไม่มีกฎเกณฑ์ระเบียบปฏิบัติ
- การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้
- ความหลากหลายของแนวทางการรักษาและองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ความต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้น ทำให้การรักษาและบริการมีความหลากหลายมากขึ้นซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดโอกาสที่จะผิดพลาดได้มากขึ้น

เมื่อนักศึกษาปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เขาจะเข้าใจได้อย่างรวดเร็วว่าผู้ป่วยแต่ละคนต้องการการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและสถานการณ์ที่เฉพาะของเขา นักศึกษาจะสามารถเห็นได้อย่างรวดเร็วว่าเมื่อการให้บริการของแต่ละด้านมารวมกันก็จะเกิดเป็นระบบการดูแลรักษาขึ้นมา

การให้บริการสุขภาพเป็นระบบที่ประกอบด้วย อาคาร คนทำงาน กระบวนการ โต๊ะ เครื่องมือ โทรศัพท์ หากคนที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการปฏิบัติงานที่ตรงกัน ระบบก็จะไม่สามารถดำเนินการได้ในรูปแบบที่เป็นหนึ่งเดียวกัน คนเป็นกาที่ทำให้ระบบเชื่อมกันและคงอยู่ได้

ในการทำความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพ ต้องการให้นักศึกษาคิดไปไกลกว่าการประกอบวิชาชีพของตนในอนาคต การที่จะทำให้ระบบทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผดุงครรภ์และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ จำเป็นที่จะต้องเข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบของกันและกัน การทำให้ระบบทำงานได้ยังต้องการความเข้าใจถึงผลของความซับซ้อนของระบบต่อการดูแลผู้ป่วยและต่อองค์กรที่ซับซ้อนดังเช่นระบบบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาด ตัวอย่างเช่น เมื่อเร็วๆ นี้ เราได้พบว่าการให้บริการนับเป็นร้อยๆ ครั้งแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งแพทย์ปฏิบัติงานแยกส่วนจากพยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด หน่วยงานและภาคีวิชาทำงานแยกเป็นส่วนๆ เช่นกัน

หากแผนฉุกเฉินไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วพอ เราอาจจะคิดว่าเราแก้ปัญหานี้ได้โดยไม่ต้องสนใจการให้บริการของแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ปัญหาอาจมาจากแผนอื่นที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วย ทำให้แผนฉุกเฉินไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปยังแผนนั้นได้ (เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตห้องผ่าตัด) หรือเจ้าหน้าที่อาจมีงานอื่นที่สำคัญกว่าที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยฉุกเฉินได้



แม้ว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องเผชิญกับความท้าทายในที่ปฏิบัติงานทุกวันและมีความเข้าใจถึงองค์ประกอบต่างๆ และความสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการปฏิบัติงานที่ผิดปกติแต่มีความยากลำบากในการที่จะคิดอย่างเป็นระบบเพราะว่าเขาไม่ได้รับการฝึกอบรมมาให้คิดในกรอบแนวคิดที่ใช้ทฤษฎีเชิงระบบและไม่ได้ใช้เครื่องมือของทฤษฎีนี้ มาทำให้ระบบที่เขาปฏิบัติงานอยู่ดีขึ้น



ความรู้เกี่ยวกับความซับซ้อนของการบริการสุขภาพจะทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจโครงสร้างองค์กรและกระบวนการปฏิบัติงานมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพได้ความรู้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับความซับซ้อนขององค์กรมาจากสาขาวิชาชีพอื่นเช่น จากจิตวิทยาองค์กร เป็นต้น จากการศึกษาที่ดีพิมพ์ในปี ค.ศ.2000 สถาบันทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริการายงานว่า กระบวนการขององค์กร เช่น การทำให้ง่ายขึ้นและการทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันที่แสดงถึงความตระหนักในหลักการของความปลอดภัยถูกนำมาใช้น้อยมากในการบริการสุขภาพ [4]

แนวคิดเชิงระบบต้องการให้เรามองการบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบทั้งหมดที่มีความซับซ้อนและมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เปลี่ยนมุมมองจากการมองที่ปัจเจกมาเป็นการมองที่องค์กรซึ่งทำให้เราเปลี่ยนจากวัฒนธรรมการตำหนิมาเป็นการมองอย่างเป็นระบบโดยการใช้แนวคิดเชิงระบบ บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถบอกผู้ให้บริการคนแรกได้ว่ามีปัญหาหลายอย่างหากต้องทำตามคำสั่งโดยทันทีเพราะมีปัญหาอื่นที่เร่งด่วนกว่า ผู้ให้บริการคนแรกและคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถหาทางแก้ปัญหาพร้อมกัน และก็จะหาทางออกอื่นได้ ดังนั้นก็จะสามารถคาดการณ์และหลีกเลี่ยงปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาได้

โดยสรุป การใช้แนวคิดเชิงระบบทำให้เราสามารถตรวจสอบปัจจัยขององค์กรที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่ผิดปกติของการบริการสุขภาพและอุบัติการณ์ความผิดพลาด (กระบวนการปฏิบัติงานที่ไม่ดี การออกแบบที่ไม่ดี การปฏิบัติงานที่ไม่เป็นทีม การมีข้อจำกัดด้านการเงินและปัจจัยขององค์กร) มากกว่าที่จะมาเน้นที่ตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ วิธีการเข้าถึงวิธีนี้ช่วยให้เราเปลี่ยนจากการตำหนิมาสู่ความเข้าใจและปรับปรุงกระบวนการดูแลให้โปร่งใสมากกว่าการมุ่งเน้นที่การดูแลเพียงอย่างเดียว (single act of care)

## วิธีการเข้าถ่วงเบบเดิมเมื่อเกิดความผิดพลาด-การตำหนิและการทำให้อับอาย 9 10

ในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนเช่นนั้น ไม่น่าแปลกใจที่จะเกิดความผิดพลาดขึ้นเป็นประจำ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นวิธีการมองแบบเดิมคือ การตำหนิคนปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยในขณะนั้น ซึ่งมักจะเป็นนักศึกษาหรือเจ้าหน้าที่อาวุโสหน่อย ในขณะที่มีแนวโน้มที่จะมีการตำหนิคนแต่ละคน (วิธีการเชิงบุคคล) [5] นั้นเข้มแข็งและดูเป็นธรรมชาติมาก แต่ไม่มีประโยชน์และแท้ที่จริงแล้วไม่ได้สร้างสรรค์อะไรด้วยเหตุผลหลายประการ ไม่ว่าเจ้าหน้าที่ผู้ถูกตำหนิจะมีบทบาทใดบ้างในระหว่างการไปสู่การเกิดอุบัติการณ์ มีความไปได้น้อยมากที่เขาจะไตร่ตรองเพื่อให้การกระทำต่างๆ เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (การกระทำที่ไตร่ตรองเรียกว่าการฝ่าฝืน) ดูหัวข้อที่ 5 การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย และหัวข้อที่ 6 การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก →  T5  T6

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จะเสียใจว่าการกระทำ (หรือไม่กระทำ) ของเขาน่าจะมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น และสิ่งสุดท้ายที่เขาต้องการคือการลงโทษ  11  12

วู (Wu) ได้อธิบายว่าเจ้าหน้าที่เป็น “เหยื่อรายที่ 2” ของสถานการณ์นั้นๆ [6] แนวโน้มโดยธรรมชาติของสถานการณ์เช่นนั้นก็คือ เจ้าหน้าที่ผู้นั้นก็จะลังเลที่จะรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากเขาเชื่อว่าเขาจะได้รับการตำหนิ หากวัฒนธรรมการตำหนินั้นถูกปล่อยให้ยังคงอยู่ต่อไป องค์กรนั้นก็จะมีความยากลำบากที่จะลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึง

ประสงค์ที่คล้ายกันในอนาคตได้ (ดูหัวข้อที่ 5 การเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อการป้องกันอันตราย) → 15

โชคไม่ดีเมื่อผู้ให้บริการสุขภาพส่วนมากรวมถึงผู้ให้บริการอาวุโส บุคลากรสาขาอื่นและผู้จัดการและชุมชนโดยทั่วไปมีมุมมองที่ต่างกัน มักจะสนับสนุนความคิดว่าคนๆ นั้นควรถูกตำหนิซึ่งเรื่องนี้เป็นสิ่งที่ทำทายน มากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ผู้อาวุโสหน่อย (ดูบทนำของส่วน B-หัวข้อ)

แต่การใช้แนวคิดเชิงระบบไม่ได้หมายความว่าคนๆ นั้นไม่ต้องรับผิดชอบหรือไม่ต้องถูกตรวจสอบการกระทำของเขา วิธีการเข้าถึงอย่างเป็นระบบต้องการให้เราเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่มีส่วนช่วยให้เกิดเหตุการณ์นั้น การที่มานั้นที่คนเพียงอย่างเดียว จะไม่ได้ช่วยให้สามารถระบุถึงสาเหตุ ดังนั้นเหตุการณ์เช่นนี้ก็จะเกิดขึ้นได้อีก

## ความรับผิดชอบ (Accountability)

ผู้ให้บริการสุขภาพทุกวิชาชีพต้องมีความรับผิดชอบทั้งในแง่ จริยธรรมและกฎหมายในขณะที่ความต้องการของเรื่องนี้ไม่เหมือนกันใน แต่ละวิชาชีพหรือในแต่ละประเทศ โดยทั่วไปเรื่องนี้ต้องการให้ชุมชนมีความ เชื่อมั่นว่าผู้ให้บริการสุขภาพมีความน่าเชื่อถือมีความรู้ทักษะและพฤติกรรม ที่เป็นไปตามจรรยาบรรณของวิชาชีพ ความรับผิดชอบในแง่จริยธรรมและ กฎหมายผู้ให้บริการสุขภาพมักจะเข้าใจผิด และหลายๆ คนไม่แน่ใจถึงความ แตกต่างระหว่างการกระทำแบบปล่อยปละละเลย การกระทำที่ผิดจริยธรรม และการทำผิดพลาด ตารางข้างล่างนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง

**ตาราง B.3.1. คำจำกัดความของคำทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแพทย์**

ชนิดของ พฤติกรรมตาม กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับแพทย์	คำจำกัดความ	ความเห็น
การปล่อย ปลະละเลย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความล้มเหลวที่จะปฏิบัติตามทักษะ การดูแล และการเรียนรู้ ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะให้ความรอบคอบอย่างสมเหตุสมผล [7]</li> <li>2. การดูแลที่จัดให้ไม่ได้ตามมาตรฐานของการดูแลที่คาดหวังจากผู้ปฏิบัติทั่วไปที่จะทำได้อย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้ป่วย (SP-SQS 2005) หรือรู้สึกต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรได้รับจากแพทย์ในชุมชนของเขา [8]</li> <li>3. ความล้มเหลวที่จะให้การดูแลที่แพทย์ทั่วไปควรมีความรอบคอบในการดูแลในสถานการณ์แบบเดียวกันนั้น [9]</li> <li>4. ความล้มเหลว (มักเกิดจากแพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ) ในการดูแลตามปกติ หรืออย่างสมเหตุสมผล หรือที่คาดหวัง ด้วยความระมัดระวังและอย่างมีทักษะ (อย่างที่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ปฏิบัติกันตามปกติในการรักษาผู้ป่วยที่คล้ายกันนี้) ในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายซึ่งมีผลให้เกิดอันตราย บาดเจ็บหรือการสูญเสียการปล่อยปลະละเลยอาจเป็นการละเว้นการกระทำ (omission) (อีกนัยหนึ่งคือไม่ได้ตั้งใจ) หรือการปฏิบัติตามหน้าที่ (commission) (อีกนัยหนึ่งคือการตั้งใจ) ซึ่งมีลักษณะกระทำโดยไม่ใส่ใจ (inattention) กระทำโดยสะเพร่า (recklessness) ประมาทเลินเล่อ (inadvertence) ไม่ได้ใช้ความคิดหรือความมัวเมาในเรื่องทางเพศ (wantonness) ในการดูแลผู้ป่วย การปล่อยปลະละเลยหมายถึงการให้การดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับ “มาตรฐานการดูแลทางการแพทย์” ที่แพทย์คนอื่นปฏิบัติภายใต้สถานการณ์คล้ายกัน [10]</li> </ol>	<p>องค์ประกอบต่างๆ ของการปล่อยปลະละเลยกำหนดโดยแต่ละประเทศที่มีการกระทำ เช่นนั้นเกิดขึ้น</p>

ชนิดของ พฤติกรรมตาม กฎหมายที่ เกี่ยวกับแพทย์	คำจำกัดความ	ความเห็น
---	-------------	----------

การประพฤติด ในวิชาชีพ	<p>(ในคำจำกัดความสำหรับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง)</p> <p>การประพฤติดในวิชาชีพหรือการขาดทักษะที่ไม่สมเหตุสมผลในการประกอบในวิชาชีพ เป็นคำที่นำมาใช้กับวิชาชีพ แพทย์ กฎหมาย และการบัญชี [10]</p> <p>การประพฤติดในวิชาชีพแยกกันกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการสุขภาพทั้งหมด การให้คำจำกัดความมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ การประพฤติดในวิชาชีพโดยทั่วไปหมายถึงการดูแลที่แตกต่างกันออกไปจากมาตรฐานที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด</p>	<p>แต่ละประเทศมีระบบของตนเอง สำหรับในการลงทะเบียนผู้ให้บริการสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ และมีหน่วยรับการร้องเรียนเรื่องการปฏิบัติงาน และสมรรถนะของบุคลากรวิชาชีพ</p>
--------------------------	--	--

การทำผิด	<ol style="list-style-type: none"> <li>การกระทำที่อาจทำตามแผนทุกอย่างแต่แผนไม่สมบูรณ์พอที่จะทำให้ได้รับผลตามที่ตั้งใจ [11]</li> <li>ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการทำตามกฎเกณฑ์หรือความรู้ เป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากความคิดที่มีสติ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการทำตามกฎเกณฑ์มักเกิดในขณะที่ทำการแก้ปัญหา เนื่องจากการเลือกกฎเกณฑ์ที่ผิดหรือเป็นเพราะการรับรู้สถานการณ์ผิด ดังนั้นจึงเลือกกฎเกณฑ์ที่ไม่ตรงมาใช้ หรือผิดพลาดในการนำกฎเกณฑ์ไปใช้ โดยปกติกฎเกณฑ์ที่ดี (ที่ซับซ้อน) มักจะเป็นกฎเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ความผิดพลาดจากการใช้ความรู้เป็นฐานเกิดขึ้นเพราะขาดความรู้หรือการตีความของปัญหาผิดไป [12]</li> <li>ความบกพร่องหรือความล้มเหลวในการตัดสินใจและ/หรือในกระบวนการอนุมานที่เกี่ยวข้องกับการเลือกเป้าหมายหรือการกำหนดวิธีการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ไม่ขึ้นกับว่าการกระทำที่ตัดสินใจไปแล้วนั้นเป็นการกระทำตามแผนหรือไม่ก็ตาม ความผิดพลาดในการมีสตินั้นรวมถึงความผิดพลาดจากการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ทำการแก้ปัญหา เมื่อมีการเลือกกฎเกณฑ์ที่ผิดและความผิดพลาดที่ใช้ความรู้เป็นฐานเนื่องจากการขาดความรู้หรือการตีความของปัญหาที่ผิด [13]</li> </ol>	<p>ความไม่ซื่อสัตย์เมื่อเกิดความผิดพลาดอาจทำให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในบางประเทศ ในบางประเทศจะมีบทลงโทษเมื่อทำความผิด ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่ท่านจะต้องรู้ว่าประเทศของท่านจัดการกับความผิดพลาดอย่างไร</p>
----------	--	---



การใช้แนวคิดเชิงระบบยังมีความหมายว่านักศึกษาและผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของเขา หากนักศึกษาทันตแพทย์คนหนึ่งให้ยาผิดแก่ผู้ป่วย เพราะเขาไม่ได้ทำตามแนวปฏิบัติที่จะต้องมีการตรวจทานการให้ยา นักศึกษาคณันต์ต้องรับผิดชอบหรือไม่ การวิเคราะห์ในกรณีเช่นนี้โดยใช้วิธีการเชิงระบบก็จะทำการตรวจสอบว่าปัจจัยใดที่ทำให้นักศึกษาคณันต์ไม่ตรวจทานการให้ยา หรือเป็นเพราะนักศึกษาที่ยังใหม่ต่อคลินิกนี้ และไม่เคยได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจทานหรือนักศึกษานั้นนั้นไม่มีความรู้ของขั้นตอนในการให้ยาหรือไม่ตระหนักว่ามีนโยบายที่จะช่วยให้การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องและถูกคน หรือนักศึกษาไม่แน่ใจและไม่มีใครอยู่ใกล้ๆ ที่ช่วยตรวจทาน และนักศึกษากลัวว่าจะมีปัญหาจากการให้ยาเข้าไป การคิดอย่างเป็นระบบจะทำให้ได้ข้อเสนอแนะว่านักศึกษาคณันต์ยังไม่ได้รับการเตรียมมาสำหรับหน้าที่นี้ แต่หากนักศึกษาได้รับการสอนมา ได้รับคำปรึกษาแนะนำจากทันตแพทย์และตระหนักถึงแนวปฏิบัติของการให้ยาแต่ไม่ได้ตรวจทานการให้ยาเพราะเขารู้สึกขี้เกียจหรือปฏิบัติงานอย่างลวกๆ หรือต้องการให้งานเสร็จก่อนเวลาที่กำหนด หากเป็นเช่นนั้นเขาก็ต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดนั้น ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ยังไม่มีประสบการณ์อาจจะไม่ได้รับคำแนะนำเสมอไป ในสถานการณ์เช่นนั้น เขาควรขอคำแนะนำจากผู้อาวุโส โดยไม่ต้องคำนึงถึงแรงกดดันที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

สถานการณ์ส่วนใหญ่ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักจะมีข้อผิดพลาด ดังนั้นจึงเป็นการดีที่สุดที่จะใช้วิธีการเชิงระบบเพื่อเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นและทำไม ก่อนที่จะตัดสินใจให้ใครมารับผิด ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องจำว่าวัฒนธรรมที่ให้การตำหนินี้ ไม่ได้ใช้สำหรับนักศึกษาเท่านั้น แต่รวมทั้งเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ด้วย แม้กระทั่งผู้ที่ปฏิบัติงานมานานแล้วและมีประสบการณ์มาเป็นเวลาหลายปี

ความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่เป็นข้อผูกมัดของวิชาชีพและไม่มีใครคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามนอกจากต้องรับผิดชอบต่อในระดับบุคคลแล้วระบบต้องรับผิดชอบด้วย ความรับผิดชอบของระบบต้องการให้ระบบมีการตรวจสอบตัวเอง ซึ่งเป็นเวลานานมากแล้วที่ระบบบริการสุขภาพได้ยกความรับผิดชอบในเรื่องความผิดพลาดไปให้แต่ละบุคคลที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

องค์กรบริการสุขภาพที่ดีที่สุดเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างการ ฝ่าฝืนและความผิด และได้นำกลไกความรับผิดชอบหน้าที่ที่มีความยุติธรรม โปร่งใสและคาดคะเนได้มาใช้ ทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความผิดพลาด ชนิดใดถึงจะต้องเป็นความรับผิดชอบของบุคคล

ผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบ และเมื่อเราให้ความสนใจน้อยในเรื่อง ระดับการศึกษาของเขาหรือวัฒนธรรมของเขา เขาก็เสี่ยงต่อการได้รับบริการ ที่ต่ำกว่าที่ควรได้รับ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่นับหรือตั้งประเด็นกับผู้ให้บริการ สุขภาพ ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้พูดน้อยที่สุดว่าการบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร เขามักจะได้รับการขอร้องให้อยู่ในห้องที่ไม่สะดวกสบาย ให้ได้รับการดูแลรักษา ที่ไม่พอเพียง และได้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่พอเพียง ผู้ป่วยเข้าใจถึงแรงกดดันที่มี ต่อผู้ให้บริการ เขาจึงไม่ต้องการที่จะให้ผู้ให้บริการเกิดความขุ่นเคือง บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงโรคของตัวเอง หรือต่ออาการที่จะต้องทำตามแผนการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมักกินยาไม่ครบเพราะเขารู้สึกว่าเขาหายดีแล้ว ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่ผู้ให้บริการควรที่จะให้เวลาอธิบายแก่ผู้ป่วยว่าการกินยาให้ ครบมีประโยชน์อย่างไร และหากกินไม่ครบจะเกิดอะไรขึ้น

## วิธีการใหม่

ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยเชื่อว่า แม้ว่าเป็นการยากที่จะ เปลี่ยนแปลงระบบที่ซับซ้อน แต่เป็นการยากยิ่งกว่าที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม และกระบวนการคิดของมนุษย์ ในแง่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย [5] ดังนั้นการตอบสนองส่วนใหญ่ต่อความปลอดภัยควรใช้ “แนวคิดเชิงระบบ” [5] หากต้องการการเปลี่ยนแปลง แนวคิดเชิงระบบต่อความปลอดภัย ในการให้บริการสุขภาพต้องการความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ แต่ละส่วนที่มาประกอบกันเป็นระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบ การวิเคราะห์ถึงการเกิดอุบัติเหตุจากภาค อุตสาหกรรมอื่น แสดงให้เห็นว่าน้อยมาก ๆ ที่พบว่าความปลอดภัยเกิดจาก สาเหตุเดียว แต่มักจะมีหลาย ๆ สาเหตุที่ทำให้ระบบล้มเหลว ความตั้งใจ ของแนวคิดเชิงระบบในการสอบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เพื่อต้องการ ปรับปรุงการออกแบบของระบบให้ดีขึ้น เพื่อป้องกันความปลอดภัยที่จะเกิด ขึ้นในอนาคต และ/หรือลดลงให้น้อยที่สุดถึงผลที่จะตามมา

วิธีทำให้ขอบเขตขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบที่ควรนำมาพิจารณา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดเชิงระบบต่อการสอบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้ [14]

### *ปัจจัยผู้ป่วยและผู้ให้บริการ*

หมายถึงลักษณะของแต่ละคนรวมทั้งผู้ป่วย เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจำไว้เสมอว่า ผู้ให้บริการ นักศึกษา และผู้ป่วยต่างก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบ

### *ปัจจัยของงาน*

หมายถึงลักษณะของงานที่ผู้ให้บริการปฏิบัติ รวมถึงลักษณะของเนื้อหา รวมทั้งปัจจัยต่างๆ เช่น การไหลเวียนของงาน แรกกดดันเรื่องเวลา การควบคุมงาน และปริมาณงาน

### *ปัจจัยทางด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือ*

ปัจจัยทางด้านเทคโนโลยีหมายถึงทั้งปริมาณและคุณภาพของเทคโนโลยีขององค์กรนั้น ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ จำนวนและชนิดของเทคโนโลยีและความพร้อมสำหรับการนำมาใช้ การอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ การเข้าถึงง่าย รวมถึงตำแหน่งที่ตั้ง การออกแบบของเครื่องมือและเทคโนโลยี รวมทั้งการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีอื่น การฝึกอบรมผู้ใช้ แนวโน้มที่เครื่องจะเสียหรือใช้การไม่ได้ การตอบสนอง และลักษณะการออกแบบอื่นๆ จะรวมไว้ในกลุ่มนี้

### *ปัจจัยด้านทีม*

การบริการสุขภาพส่วนใหญ่ให้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัจจัยเช่น การสื่อสารของทีม ความชัดเจนของบทบาท และการบริหารจัดการทีม จากการศึกษาพบแล้วว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อภาคอุตสาหกรรมอื่น และในปัจจุบันพบว่ามีความสำคัญต่อวงการสุขภาพมากขึ้น

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

หมายถึงลักษณะของสิ่งแวดล้อมของสถานที่ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การให้แสงสว่าง ความดังของเสียง ขนาดและการจัดพื้นที่ปฏิบัติงาน

### ปัจจัยด้านองค์กร

หมายถึงโครงสร้าง วัฒนธรรมและนโยบายที่เป็นลักษณะขององค์กร นั้น ตัวอย่างเช่น ลักษณะความเป็นผู้นำ วัฒนธรรม กฎเกณฑ์ และนโยบาย การปกครองตามลำดับชั้นและขอบเขตของการควบคุมของผู้ในเทศ

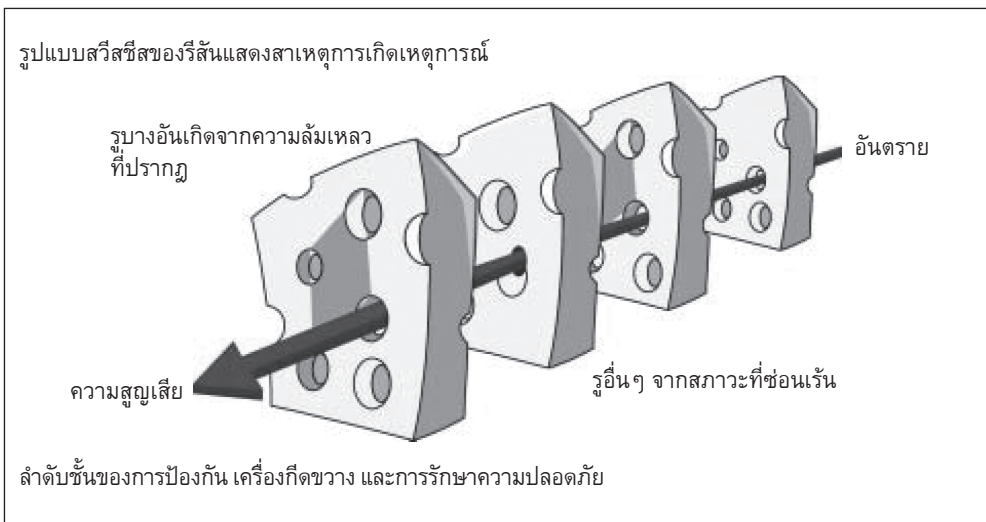
### รูปแบบสวิสชีส (the Swiss cheese model)

เมื่อมองถึงการบริการสุขภาพจากมุมมองที่หลากหลายทำให้เห็น ความสำคัญของธรรมชาติของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนว่ามาจากหลายปัจจัยนี้คือเหตุผลว่าทำไมนักศึกษาด้านสุขภาพจึงต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างมากในการที่จะไปตำหนิคนใดคนหนึ่งถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น แต่ตรงกันข้ามควรพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ ที่มีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์นั้นๆ ส่วนใหญ่ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านมนุษย์และปัจจัยของระบบ ริสันใช้คำว่า “ความล้มเหลวที่ปรากฏ” (active failure) เพื่ออธิบายความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นมาทันที เขายังได้อธิบายถึงเงื่อนไขที่มีมาก่อนที่สำคัญข้อที่สอง (second essential precondition) ของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ยกตัวอย่างเช่น การมีเงื่อนไขหนึ่งหรือมากกว่าที่ซ่อนเร้นอยู่ เงื่อนไขที่ซ่อนเร้นมักเป็นผลมาจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การออกแบบที่ไม่ดีและข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานที่ไม่ดี ซึ่งถูกพัฒนามาจากคนอื่นมากกว่าคนที่ปฏิบัติงานในด่านหน้า เงื่อนไขที่ซ่อนเร้นมักอยู่ในสถานที่นั้นมาเป็นเวลานานก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาขึ้นมา ตัวอย่างของเงื่อนไขที่ซ่อนเร้นของเจ้าหน้าที่สุขภาพได้แก่ ความเหนื่อยล้าเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ไม่พอเพียง เครื่องมือไม่ถูกชนิด และการฝึกฝนและการนิเทศไม่เพียงพอ [16]

ริสันได้สร้างรูปแบบสวิสชีสเพื่ออธิบายความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในแต่ละชั้นของระบบว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร [5] รูปแบบนี้ได้แสดงให้เห็นถึงว่า

ความผิดพลาดในชั้นเดียวของระบบไม่ได้เป็นสาเหตุให้เกิดเหตุการณ์ (ดูรูป B.3.1) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักเกิดขึ้นต่อเมื่อความผิดพลาดเกิดขึ้นหลายๆ ชั้น (เช่น ความเหนื่อยล้าของคนปฏิบัติงาน ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติงานที่ไม่พอเพียง และความผิดพลาดของเครื่องมือ) และมาเรียงตัวกันชั่วขณะที่จะทำให้ “เส้นทางโคจร” (trajectory) ต่อโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ แสดงโดยลูกศรในรูป B.3.1

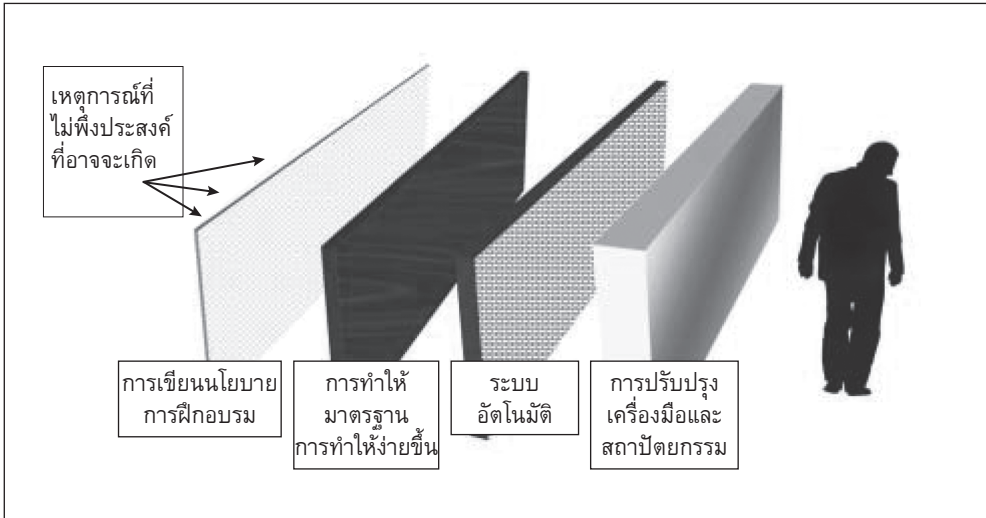
### รูป B.3.1. การป้องกัน เครื่องกีดขวาง และการรักษาความปลอดภัย



แหล่งข้อมูล: Reason JT. Managing the risks of organisational accidents, 1997 [14].

เพื่อเป็นการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รีสันได้เสนอให้ใช้ระบบการป้องกันที่หลากหลายในรูปของการป้องกันที่ได้ผลเป็นลำดับชั้น (ใช้ความเข้าใจ ความตระหนัก ระบบเสียงเตือน และการตัดเตือน การปรับปรุงระบบ สิ่งกีดขวางเพื่อความปลอดภัย การควบคุม การขจัด การเคลื่อนย้ายออก การหนี และการช่วยเหลือ) ออกแบบมาเพื่อป้องกันความล้มเหลวของชั้นที่อยู่ภายใต้ (ดูรูป B.3.2) ข้อดีของแนวคิดเชิงระบบคือ การพิจารณาทุกชั้น เพื่อดูว่าชั้นใดควรถูกปรับปรุง

## รูป B.3.2. ชั้นของการป้องกัน



แหล่งข้อมูล: Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety <http://www.patientsafety.gov/> [17].

## นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างไร

### เข้าใจคำว่าองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง (High reliability organization: HRO)

HRO [18] หมายถึงองค์กรที่ปฏิบัติงานที่มีอันตรายมาก แต่มีการจัดการที่ทำให้เกือบ “ปราศจากความล้มเหลว (failure-free)” ซึ่งหมายถึงการมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นน้อยมาก องค์กรเหล่านี้ เช่น องค์กรที่ควบคุมการจราจรทางอากาศ โรงงานพลังงานนิวเคลียร์ และเรือบรรทุกเครื่องบิน เป็นต้น ในขณะที่มีความแตกต่างกันในหลายๆ เรื่องของอุตสาหกรรมเหล่านี้กับการบริการสุขภาพ แต่ก็มีข่าวสารสำหรับงานบริการสุขภาพว่ามีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ แม้ว่าในระบบจะมีความซับซ้อนสูง และคาดคะเนไม่ได้ในสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงาน องค์กร HRO เหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่า องค์กรบริการสุขภาพก็เช่นกัน สามารถปรับปรุงความปลอดภัยได้โดยการมาเน้นที่ระบบที่เกี่ยวข้อง

ความแตกต่างระหว่างองค์กร HRO เหล่านี้กับองค์กรบริการสุขภาพ มีมาก และได้ชี้ไปที่หัวใจของปัญหาที่มีอยู่ ในขณะที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยปกติแล้วไม่เคยคิดว่าการรักษาจะล้มเหลวได้ ความล้มเหลวไม่ได้เป็น สิ่งที่เรากำหนดไว้ใจ นอกจากว่าจะเป็นการรักษาของโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ในขณะที่เราให้การรักษาโดยทั่วไป เราไม่ได้มีความคิดว่ามีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ หรือศัลยแพทย์อาจจะเหนื่อยมากจากการผ่าตัดมาทั้งคืน หรือลายมือของแพทย์นั้นอ่านไม่ออกที่ทำให้เภสัชกรจัดยามาผิด และพยาบาลก็ให้ยานั้นไป เรื่องเหล่านี้เรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ให้บริการสุขภาพ มักแต่ละจะพูดกับผู้ป่วยแต่ละคน เรื่องความเสี่ยงที่รู้กันว่าจะเกิดผลข้างเคียงและอาการแทรกซ้อน แต่เขาไม่เคยใช้เหตุผลเดียวกันที่จะพูดถึงการรักษาที่ให้โดยระบบทั้งหมด การคิดอย่างเป็นระบบต้องการให้บุคลากรคิดถึงความเสี่ยงทั้งสองชนิดที่จะเกิดขึ้นนั่นคือ ความเสี่ยงจากการรักษาและความเสี่ยงจากระบบ

องค์กร HRO มีชื่อเสียงในแง่ความสามารถในการปรับตัว เขาจึงพยายามที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น และทำตามขั้นตอนเพื่อการป้องกัน ผู้ป่วยที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีมาก และหลายเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพราะความสามารถในการปรับตัวของเขาเอง เขาดี ขึ้นเองแม้ว่าจะได้รับยาหรือการรักษาที่ผิด

เรายังไม่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ องค์กร HRO ทั้งหลายได้มีความพยายามเป็นอย่างมากที่จะสร้างและรักษาไว้ซึ่ง วัฒนธรรมความปลอดภัย ให้กำลังใจและรางวัลกับผู้ปฏิบัติงาน ในองค์กร HRO จะให้รางวัลหากคนของเขายอมรับผิด เพราะการยอมรับผิดมีผลทำให้ มีการป้องกันความผิดพลาดที่คล้ายกันนั้นไม่ให้เกิดขึ้นอีก ทำให้องค์กร ประหยัดทั้งเวลาและเงิน ลองจินตนาการดูว่า หากระบบสุขภาพที่เจ้าหน้าที่ สามารถยอมรับความผิดพลาดได้อย่างอิสระ จะทำให้เราสามารถปรับปรุง ระบบการปฏิบัติงานที่จะไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่คล้ายกันเกิดขึ้นได้อีกหรือ เกิดน้อยที่สุด อัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็จะลดลงอย่างมาก ช่วยชีวิตคนไว้ได้มาก ลดความทุกข์ทรมานและทำให้ศีลธรรมประจำใจของ ผู้ให้บริการดีขึ้น

## ลักษณะขององค์กร HRO [18]

HRO มีลักษณะที่เหมือนกันดังนี้

- **ความใส่ใจกับความล้มเหลว:** ยอมรับและวางแผนสำหรับความเป็นไปได้ที่จะเกิดความล้มเหลว เนื่องจากธรรมชาติของงานที่เสี่ยงสูง และเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้
- **มีความมุ่งมั่นในการปรับตัว:** ใช้วิธีการเชิงรุกเพื่อหาภัยคุกคามที่ไม่คาดคิด และจัดการก่อนที่จะเกิดผลเสีย
- **ไวต่อการปฏิบัติ:** ให้ความสนใจอย่างมากกับประเด็นที่คนด่านหน้าพบเห็น
- **วัฒนธรรมของความปลอดภัย:** โดยที่แต่ละคนรู้สึกสบายใจที่จะให้ความสนใจกับโอกาสที่จะเกิดอันตราย หรือความล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกวิจารณ์จากผู้อาวุโส

## การนำบทเรียนจากองค์กร HRO มาใช้ในงานบริการสุขภาพ

องค์กรบริการสุขภาพสามารถเรียนรู้จากองค์กร HRO เราสามารถศึกษาจากความสำเร็จของเขา และศึกษาปัจจัยที่ทำให้พวกเขาทำได้ เรายังสามารถเรียนรู้ได้จากความล้มเหลวของเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสียหายเกิดขึ้นได้อย่างไร และปัจจัยอะไรที่พบได้บ่อย ๆ

### บทบาทของกฎเกณฑ์

เนื่องจากธรรมชาติของงานเกี่ยวข้องกับสาธารณะประเทศต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่จึงได้กำหนดกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสุขภาพกฎเกณฑ์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพมีไว้เพื่อปกป้องสาธารณะ โดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ความสามารถที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน สร้างและออกข้อกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานทำตามมาตรฐานของการปฏิบัติ กฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นทำให้เกิดการลงทะเลเบียนและการได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ บทบาทของผู้คุมกฎจะรวมทั้งการรับเรื่องร้องเรียนและการไต่สวนหาสาเหตุของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนและมีบทบาทการลงโทษที่เหมาะสม เช่น การพักงาน การถอนใบอนุญาต หรือ วางเงื่อนไขการปฏิบัติงาน



แนวคิดเชิงระบบช่วยให้เราเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆที่อยู่ภายใต้การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการใช้แนวคิดเชิงระบบเพื่อประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น-ซึ่งเป็นวิธีที่ต่างจากแนวคิดเชิงปัจเจก-จะช่วยให้มีโอกาสที่จะจัดทำกลยุทธ์ที่จะลดโอกาสในการเกิดขึ้นซ้ำ

## กรณีศึกษา

### ความสำคัญของการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

ในหลายๆ กรณีของการเสียชีวิตที่หลีกเลี่ยงได้ของมารดาขณะคลอดที่ดำเนินการไต่สวนที่ปกปิดเป็นความลับของสหราชอาณาจักร พบว่าการดูแลขาดความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและระหว่างหน่วยงาน และปัญหาการสื่อสาร รวมทั้งความร่วมมือกันที่ไม่ดีหรือไม่ดีระหว่างสมาชิกในทีมดูแล การปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ ความล้มเหลวที่จะแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพรวมทั้งเวชปฏิบัติทั่วไปและทีมที่ดูแลมารดาหลังคลอด และทักษะระหว่างบุคคลที่ไม่ดี การศึกษานี้ยังพบประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผดุงครรภ์ในวงจรของการให้บริการ นั่นคือความล้มเหลวที่จะชี้สิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ถูกส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการประเมินทางการแพทย์ที่เหมาะสม กรณีศึกษาดังต่อไปนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของประเด็นนี้

ผู้ลี้ภัยที่อายุน้อยและมีน้ำหนักน้อยและพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ และมีระดับความเข้มข้นเลือดต่ำ ได้รับการนัดหมายให้ได้รับการที่มีผดุงครรภ์เป็นหัวหน้าทีม สามีสของเธอพูดภาษาอังกฤษได้แต่ไม่ค่อยดีทำหน้าที่เป็นล่าม เธอถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในขณะที่อายุครรภ์มากแล้วด้วยอาการเลือดออกและปวดท้อง เธอได้รับการวินิจฉัยว่าท้องผูก แม้ว่าผลการทำงานของตับจะผิดปกติ และเธอก็ได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน 2-3 สัปดาห์ต่อมาเธอเข้ามารับการรักษาก่อนอีกครั้งด้วยอาการเช่นเดิม และแม้ว่า

ผลการตรวจเลือดซ้ำจะผิดปกติ ทางทีมที่ดูแลก็ไม่ได้ปรึกษาเพื่อขอความเห็นทางการแพทย์จากผู้อาวุโสกว่า และเธอก็ได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านเช่นเดิม 2-3 วันต่อมาเธอต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ทรุดลงมาก ด้วยอาการตับและอวัยวะอื่น ๆ ล้มเหลวและบุตรในครรภ์ของเธอก็เสียชีวิตในช่วงนั้น ทั้งๆที่เธอมีอาการรุนแรง การดูแลของเธอยังขาดการประสานงานกันและแม้ว่าเธอจะได้รับการตรวจโดยแพทย์ประจำบ้านอาวุโสในสาขาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแต่เธอก็ยังคงได้รับการรักษาอยู่ที่ห้องคลอด หญิงคนนี้เสียชีวิตในอีก 2 วันต่อมาด้วยอาการเลือดแข็งตัวที่กระจายทั่วร่างกาย (disseminated intravascular coagulation) ที่สัมพันธ์กับตับที่เป็นไขมัน (fatty liver) จากการตั้งครรภ์

#### คำถาม

- ใช้แนวคิดเชิงระบบ อธิบายถึงปัจจัยที่อาจจะมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิต และเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกได้อย่างไรในอนาคต

---

แหล่งข้อมูล: The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 ([www.cemach.org.uk/](http://www.cemach.org.uk/); accessed 21 February 2011).

#### ความล้มเหลวที่จะให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อการป้องกันก่อนผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติ

ตัวอย่างนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า การบริการสุขภาพมีความยากลำบากอย่างไรที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในวินาทีสุดท้าย

วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ได้ปรึกษากันถึงการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดถุงน้ำดีออกโดยการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์รายงานว่าผู้ป่วยแพ้ยาเพนนิซิลิน ศัลยแพทย์จึงแนะนำให้ใช้คลินดามัยซิน (Clindamycin) แทน วิสัญญีแพทย์จึงเดินไปหายานี้แต่กลับมากล่าวและบอกแก่พยาบาลหมุนเวียนประจำห้องผ่าตัดว่าไม่พบยา พยาบาลหมุนเวียนจึงโทรศัพท์ไปสั่งยา

วิสัญญีแพทย์อธิบายว่า เขาไม่สามารถสั่งยาได้ เพราะไม่เห็นฟอร์มที่ใช้ในการสั่งยา (หลังจากที่เขาได้หาฟอร์มจนทั่วแล้ว) พยาบาลหมุนเวียนยืนยันว่ายา “กำลังมา”

ศัลยแพทย์ได้ลงมือผ่าตัดไปแล้วประมาณ 6 นาทียาปฏิชีวนะจึงมาถึงห้องผ่าตัดและก็ได้ให้แก่ผู้ป่วยทันที การได้รับยาเกิดขึ้นหลังจากที่ได้เริ่มผ่าตัดไปแล้ว ซึ่งไม่ตรงตามแนวปฏิบัติที่ต้องให้ยาก่อนการผ่าตัด เพื่อจะป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

### คำถาม

- เราสามารถที่จะทำอะไรได้บ้างที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า จะไม่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีกในอนาคต
- เรื่องนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการสื่อสารระหว่างสาขาอย่างไร
- ใครสามารถที่จะหยุดการผ่าตัดไว้ก่อนได้ ในกรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้น

---

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

### ความล้มเหลวของระบบที่มีผลทำให้ถึงกับเสียชีวิต

ตัวอย่างนี้ได้แสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่กดดัน ทำให้เกิดความล้มเหลวที่จะทำตามมาตรฐานของการรักษา

นางบราวน์ (Brown) อายุ 50 ปี เป็นผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยจัดหาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เธอมีน้ำหนักตัวเกิน เธอสิ้นลมในสวนของเธอในขณะที่เดินไปเอาหนังสือพิมพ์และขาข้างหนึ่งไปติดกับก๊อกน้ำที่สวนนั้น กระดูกขาพิบูล่า (fibula) หัก เธอถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพราะบวมและปวดมาก รอกการที่จะทำการดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ เธอไม่ได้รับการรักษาทันที เพราะห้องผ่าตัดแน่นมาก และกรณีของเธอถือเป็นกรณีเล็กน้อย หอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่มีเตียงว่างเธอจึงต้องมาอยู่ที่หออายุรกรรม สองวันต่อมาเธอจึง

ได้รับการดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่และได้รับการเข้าเฝือกและได้กลับบ้าน เมื่อเธอลุกขึ้นเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านเธอเป็นลมและเสียชีวิต จากการชันสูตรศพพบว่าเธอมีการอุดตันของเส้นเลือดที่ปอดเป็นจำนวนมาก เธอไม่ได้รับยาเฮปารินเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำที่อยู่ลึก (deep vein thrombosis) หรือได้รับวิธีการป้องกันอย่างอื่น สามีของเธอได้รับแจ้งว่าการตายของเธอเกิดจากการที่ลิ่มเลือดอุดตันในปอดซึ่งก่อตัวมาจากขาที่หักของเธอซึ่งเป็นผลมาจากการบวมและการบาดเจ็บ แต่มีได้บอกเรื่องการที่ไม่ได้ยาป้องกันให้สามีรับทราบ

### กิจกรรม

- เขียนแผนแสดงขั้นตอน (flowchart) ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของนางบราวน์ตั้งแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาลจนถึงการเสียชีวิต
- เขียนว่าผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับนางบราวน์มีใครบ้าง
- ปัจจัยอะไรบ้างที่มีส่วนทำให้นางบราวน์เสียชีวิต

---

แหล่งข้อมูล: Case study taken from Runciman B, Merry A, Walton M Safety and ethics in health care: a guide to getting it right. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

### ห่วงโซ่ของความผิดพลาดที่นำไปสู่การผ่าตัดฟันผุซ้ำ

กรณีนี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ในระบบที่นำไปสู่ความผิดพลาด ณ จุดที่ให้การรักษา

ศัลยแพทย์ช่องปากทำการผ่าตัดฟันกรามซี่ที่สามล่างที่เป็นฟันคุดและไม่สามารถมองเห็นฟันกรามซี่ที่สามล่างได้ (ทั้งสองข้าง)

ตามบันทึกในประวัติ ฟันกรามซี่ที่สามล่างด้านขวาเป็นฟันที่ต้องผ่าออก อย่างไรก็ตามเอกซเรย์ที่แสดงบนกล่องอ่านฟิล์มแสดงให้เห็นว่าฟันกรามซี่ที่สามล่างขวาเป็นฟันคุดและด้านซ้ายไม่มีซี่นี้

ศัลยแพทย์ช่องปากได้ทำการผ่าตัดเปิดเหงือกแผ่นคลุม (flap) และทำการตัดกระดูกแต่ไม่พบฟันคุด ดังนั้นศัลยแพทย์จึงผ่าตัดเปิดกว้างขึ้นไปอีก ในที่สุดศัลยแพทย์พบว่า ไม่มีฟันกรามซี่ที่สามล่างขวา และรู้ว่าได้ทำผิดพลาด เมื่อได้ไปทบทวนประวัติที่บันทึกไว้ก่อนหน้านี้และการวางแผนผ่าตัดจึงได้พบว่าการบันทึก และพบว่าผู้ช่วยทันตแพทย์ติดฟิล์มสลับด้านกันจากขวาไปซ้าย

#### คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่อาจเป็นสาเหตุให้หมอผ่าฟันผิดซี่
- อะไรที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ติดฟิล์มสลับข้างกัน
- อะไรที่อาจป้องกันไม่ให้ความผิดพลาดเช่นนี้เกิดซ้ำได้

---

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

## เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

### เครื่องมือประเมินระบบไมโครทางคลินิก

Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575-585.

(<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf>; accessed 20 February 2011)

### การเรียนรู้ที่จะปรับปรุงการดูแลที่มีระบบซับซ้อน

Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Collaborative education to ensure patient safety*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75-88.

## กลวิธีขององค์กร

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.

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

## กลวิธีและรูปแบบการสอน

### ดีวีดีแบบมีปฏิสัมพันธ์

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขององค์กรอนามัยโลกในหัวข้อ การเรียนรู้จากความผิดพลาด จะมีแผ่นดีวีดี หรือไฟล์ที่ดาวน์โหลดมาได้จากเว็บไซต์ ([www.who.int/patientsafety/education](http://www.who.int/patientsafety/education)) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ยาวินคริสตินทางไขสันหลัง และประเด็นของระบบที่มีส่วนที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วัตถุประสงค์ของการประชุมเชิงปฏิบัติการคือเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยงของการให้ยาวินคริสติน สร้างความเข้าใจให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเน้นกันใหม่ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อที่จะเตรียมผู้เข้าร่วมประชุมให้เกิดทักษะในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและให้สามารถระบุถึงนโยบายของท้องถิ่น และการดำเนินงานขององค์กรของผู้เข้าร่วมประชุม จะทำให้ที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยมากขึ้น (การประชุมเชิงปฏิบัติการนี้สามารถนำหัวข้อในคู่มือหลักสูตรนี้ไปใช้ได้เกือบทั้งหมด)

## การบรรยายในหัวข้อระบบและความซับซ้อน

### การอภิปรายกลุ่มย่อย

การอภิปรายกลุ่มย่อยสามารถทำได้โดยจัดให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับระดับต่างๆ ของระบบการปฏิบัติงานในที่ปฏิบัติงานของแต่ละคน อภิปรายโดยใช้บทความจากวิชาชีพของท่าน เช่น “ผู้ป่วยผิดคน”[19] พร้อมกับผู้สอนหรือจะใช้กรณีศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นมาอภิปรายกันโดยใช้แนวคิดเชิงระบบ กลุ่มยังสามารถอภิปรายกันถึงบทบาทของสมาชิกของที่มีอยู่ในฝ่ายต่างๆ

### กิจกรรมอื่น ๆ สำหรับนักศึกษา

- ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่เข้าจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล และศึกษาว่าผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอนใดบ้าง และเกี่ยวข้องกับใครบ้าง
- จัดกลุ่มย่อยให้นักศึกษาพบกับผู้สอนเพื่ออภิปรายสิ่งที่พบและเห็นมา
- อภิปรายถึงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคนในส่วนต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ
- เยี่ยมชมองค์กรส่วนที่ไม่คุ้นเคย
- เข้าร่วมหรือสังเกตการณ์ทำการวิเคราะห์สาเหตุราก

## การประเมินความรู้ของหัวข้อนี้

นักศึกษาอาจได้รับการขอให้เขียนถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่นักศึกษาได้ติดตามผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการรักษา

การประเมินสามารถทำได้ตั้งแต่ MCQ, การเขียนเรียงความ, shortBAQ, CBD และการประเมินตนเอง อีกวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ที่จะประเมินความเข้าใจของนักศึกษาคือ การให้นักศึกษาหนึ่งคนหรือเป็นกลุ่มย่อยได้อภิปรายกลุ่มถึงระดับต่างๆ ของระบบในที่ปฏิบัติงานของตนเอง

## การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินการสอนมีความสำคัญเพราะเป็นการทบทวนว่าทำการสอนไปอย่างไรและจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร ดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) ในเรื่องบทสรุปของหลักการประเมินที่สำคัญ

### เอกสารอ้างอิง

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. 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.
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. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726-727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.



9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershof, UK: Ashgate, 1997.
12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, *Glossary of terms related to patient and medication safety-approved terms*. Council of Europe. 2005.
14. Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (<http://www.patientsafety.gov/>; accessed 24 May 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826-833.

## สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 3 การทำความเข้าใจกับระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วยการใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือการถามนักศึกษาเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้เช่น วัฒนธรรมการตำหนิธรรมชาติของความผิดพลาดและวิธีการจัดการกับความผิดพลาดของภาคอุตสาหกรรมอื่น

สไลด์ของหัวข้อที่ 3 ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้สอนในการที่จะถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นการดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

## หัวข้อที่ 4

# การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพ ของทีม

### ทีมรักษาไม่ได้สื่อสารกัน

ไซมอน (Simon) เพศชายอายุ 18 ปี ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถฉุกเฉิน เขาไปเกี่ยวข้องกับการชกต่อยมาและได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ศีรษะฟาดพื้นกับฟุตบอล เจ้าหน้าที่ประจำรถฉุกเฉินผู้ซึ่งมีงานยุ่งมาก เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินไม่ได้มีเวลาที่จะอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแก่เจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ไซมอนไม่สามารถพูดหรือบอกชื่อตนเองได้ เมื่อได้รับการตรวจครั้งแรกโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่จำแนกประเภทความรุนแรงของผู้ป่วย (triage nurse) และต่อมาได้รับการตรวจจากแพทย์ฝึกหัดที่เพิ่งจบมาได้เพียงหนึ่งสัปดาห์ และไม่มีผู้ใดทศอยู่ด้วยในคืนนั้น แพทย์ฝึกหัดและพยาบาลไม่รู้เลยว่าไซมอนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง

ไซมอนดีมีสุรามา แพทย์ฝึกหัดจึงคิดว่าเป็นอาการของการเมาสุรา ซึ่งวินิจฉัยจากการที่ไซมอนมีอาการเอะอะโวยวายและก้าวร้าว อย่างไรก็ตามอาการเช่นนั้นอาจเป็นผลมาจากการบาดเจ็บทางศีรษะอย่างรุนแรง ไซมอนได้รับยาแก้อาเจียนและให้นอนในห้องสังเกตอาการ ในระหว่างนั้นพยาบาลและแพทย์ฝึกหัดได้เข้ามาตรวจการตอบสนองต่อการพูดและทางการเคลื่อนไหวอีกหลายครั้ง โดยตรวจคนละเวลา

เวลาผ่านไป พยาบาลบันทึกว่าอาการของเขาเลวลง แต่ไม่ได้รายงานแพทย์ฝึกหัดโดยตรง และเป็นความโชคร้ายของไซมอนที่แพทย์ฝึกหัดเชื่อในการสื่อสารทางวาจา และไม่ได้อ่านรายงานของพยาบาลให้ละเอียดดีพอ ไซมอนเสียชีวิตในอีกสี่ชั่วโมงครึ่งนับแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาล

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

## บทนำ-ทำไมการปฏิบัติงานเป็นทีมจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพในการบริการสุขภาพสามารถเห็นผลได้ทันทีและเป็นผลดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย [1] ความสำคัญของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น (i) การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของความซับซ้อน และความเชี่ยวชาญเฉพาะในการให้การดูแล (ii) การเพิ่มขึ้นของโรคที่พบบ่อย (iii) การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง (iv) การขาดแคลนกำลังคนทั่วโลก และ (v) การริเริ่มเรื่องจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

ตัวอย่างที่พบได้ทั่วไป (typical) ของการดูแลที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหลายๆ ทีมคือ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน และมีอาการอุดตันของเส้นเลือดในปอด (pulmonary embolus) ทีมดูแลอาจประกอบไปด้วยพยาบาล ผดุงครรภ์ สูติแพทย์ แพทย์โรคต่อมไร้ท่อ และแพทย์โรคปอด เช่นเดียวกันตัวผู้ป่วยเองก็เป็นคนหนึ่งในทีมด้วย นอกจากนี้ผู้ให้บริการสุขภาพเหล่านี้ที่ดูแลเธอในช่วงกลางวันจะแตกต่างจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในช่วงกลางคืนและวันหยุด ในโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่จะมีทีมของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาและบุคลากรวิชาชีพด้านต่างๆ บุคลากรเหล่านี้จำเป็นต้องประสานงานซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาล เภสัชกร และผู้ให้บริการคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และรวมทั้งทีมดูแลปฐมภูมิของผู้ป่วย ในที่มีทรัพยากรจำกัด ทีมอาจมีแค่พยาบาล ผดุงครรภ์ และแพทย์ อย่างละหนึ่งคน และตัวผู้ป่วยเอง แต่ความสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติงานที่มีการประสานงานกันและการสื่อสารกันเป็นอย่างดีตลอดเวลาหรือไม่

นักศึกษาหลายๆ คนจะคุ้นเคยกับทีมรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทีมแพทย์มีลำดับชั้นการปกครองมีตั้งแต่แพทย์ผู้อาวุโสสูงสุดจนถึงอ่อนอาวุโสที่สุด ในมุมมองของผู้ป่วยที่รักษามีมากกว่าทีมแพทย์ เป็นทีมที่รวมทั้งพยาบาล บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยด้วย

หัวข้อนี้ตระหนักว่านักศึกษาเมื่อเริ่มต้นในโปรแกรมการฝึกอบรม ยังไม่ได้มีงานที่เป็นส่วนหนึ่งของทีม และยังไม่เข้าใจว่าทีมประกอบด้วยใครบ้าง และปฏิบัติงานกันอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร ในหัวข้อนี้เรา

มุ่งหวังให้นักศึกษานำประสบการณ์ในอดีตของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ได้เรียนมาและมองการปฏิบัติงานเป็นทีม เพื่อจะได้มีส่วนร่วมให้มากขึ้นเมื่อเรียนสูงขึ้น และเมื่อมีการปฏิบัติงานในคลินิก

### คำสำคัญ

ทีม ค่านิยม สมมุติฐาน บทบาทและความรับผิดชอบ สวัสดิ์การเรียนรู้ ทักษะการฟัง การแก้ไขความขัดแย้ง ภาวะผู้นำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการเรียน 2

นักศึกษาควรเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานเป็นทีมในการดูแลรักษา และรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม โดยตระหนักว่าในขณะที่เป็นนักศึกษานั้น เขาเป็นสมาชิกของหลายทีมด้วยกัน

## ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

### เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้ 3 4

เรื่องที่นักศึกษาต้องเรียนรู้สำหรับหัวข้อนี้ประกอบด้วย ความเข้าใจทั่วไปของทีมประเภทต่างๆ ในการบริการสุขภาพ ทีมทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นได้อย่างไร ทีมสร้างมาได้อย่างไร ทีมมีการพัฒนาให้เป็นทีมที่มีประสิทธิภาพและมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพได้อย่างไร เทคนิคการสื่อสารเทคนิคในการแก้ปัญหาการไม่เห็นด้วยและความขัดแย้ง อุปสรรคต่อการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการประเมินการปฏิบัติงานของทีม

### เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้ 5

การนำหลักการการปฏิบัติงานเป็นทีมดังต่อไปนี้ไปใช้จะช่วยส่งเสริมให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- พึงระลึกว่าค่านิยมและสมมุติฐานที่ยึดถือ มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างไร เรื่องนี้มีความสำคัญมาก เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมาจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

- ให้ความใส่ใจกับสมาชิกอื่นๆ ในทีม และตระหนักว่าปัจจัยทางจิตสังคมมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ของทีมอย่างไร
- พึงระวังเรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อทีม
- นำผู้ป่วยเข้ามาเป็นทีมด้วยหรือนำครอบครัวเข้ามาร่วมทีมด้วยเมื่อเห็นว่าเหมาะสม
- ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม
- ใช้เทคนิคการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- แก้ปัญหาความขัดแย้ง
- เปิดใจต่อการเปลี่ยนแปลงและการสังเกตพฤติกรรม

## บทนำ ทีมบริการสุขภาพ

### ทีมคืออะไร 6

ธรรมชาติของทีมมีหลากหลายและซับซ้อน ในงานบริการสุขภาพทีมที่มีประสิทธิภาพที่สุดในมุมมองของผู้ป่วย คือ ทีมที่ประกอบด้วยสหสาขา แต่ทีมอาจหมายถึงกลุ่มคนที่มาจากวิชาชีพเดียวกันก็ได้ สมาชิกในทีมอาจปฏิบัติงานในสถานที่เดียวกันหรืออยู่ในหลายๆ ที่ก็ได้ ทีมบางทีมมีสมาชิกคงที่ชุดหนึ่งในขณะที่สมาชิกของทีมอื่นๆ อาจเปลี่ยนแปลงได้บ่อย ตัวอย่างของทีม เช่น ทีมนักร้องประสานเสียง (choirs) ทีมกีฬา หน่วยทหาร ทีมลูกเรือบิน และทีมหน่วยฉุกเฉิน ในงานบริการสุขภาพผู้ป่วยได้รับการรักษาในสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย เช่น ที่บ้าน ที่คลินิก โรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในแต่ละแห่งประสิทธิภาพของการบริการและการรักษาขึ้นอยู่กับ การสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม และกับผู้ป่วย และยังรวมถึงสมาชิกในทีมว่ามีความรู้สึกรังเกียจกับงานที่ทำ ไม่ว่าธรรมชาติของทีมจะเป็นอย่างไร อาจกล่าวได้ว่าทีมบริการสุขภาพมีลักษณะที่ร่วมกันดังนี้

- รับบทบาทหน้าที่ของตนเอง และรับบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมงานคนอื่นๆ และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ที่จะปฏิบัติงานให้สำเร็จโดยมีเป้าหมายร่วมกัน [2]
- ตัดสินใจ [3]

- ปฏิบัติงานด้วยการใช้ความรู้และทักษะเฉพาะสาขา และทำภายใต้ภาระงานที่มีมาก [4,5]
- ปฏิบัติงานเหมือนกับเป็นหน่วยรวม ซึ่งเป็นผลมาจากการหลายอย่างที่พึ่งพากัน โดยอาศัยสมาชิกในทีมหลายคนช่วยกันทำ [6] ความเป็นทีมไม่เหมือนกับการเป็นกลุ่มย่อยขนาดเล็กในบางลักษณะ เช่น คณะกรรมการ ที่มีสมาชิกมาจากพื้นฐานที่ต่างกัน มาปฏิบัติงานเพื่อวัตถุประสงค์ใดวัตถุประสงค์หนึ่งโดยเฉพาะ และมักไม่ได้เกี่ยวข้องกับการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วย

ซาลาส (Salas) ให้คำจำกัดความของคำว่าทีมดังนี้ 

- เป็นกลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่แตกต่างกัน ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นพลวัต (dynamic) พึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีการปรับเข้าหากัน เพื่อให้ได้เป้าหมาย/วัตถุประสงค์/พันธกิจที่ร่วมกันที่มีคุณค่าต่อกลุ่ม สมาชิกในทีมแต่ละคนได้รับมอบหมายให้มีบทบาทหรือหน้าที่เฉพาะตน เพื่อปฏิบัติงานและมีสมาชิกภาพในช่วงเวลาที่จำกัด [7]

ผู้ให้บริการสุขภาพยังต้องรับหน้าที่เป็นคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อบริหารจัดการปัญหาและการวางแผน คณะกรรมการลักษณะนี้ไม่เรียกว่าเป็นทีม


## ประเภทต่างๆของทีมที่พบได้ในงานบริการสุขภาพ

ทีมงานบริการสุขภาพมีหลายประเภท ทีมเหล่านี้ได้แก่ คลินิกบริการสุขภาพในชนบท คลินิกแม่และเด็ก หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม ทีมปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในชุมชน ทีมที่มารวมตัวกันเฉพาะกิจ เช่น ทีมฉุกเฉิน และทีมสหวิชาชีพ เช่น ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มาปฏิบัติงานร่วมกัน วางแผนและประสานงานกันในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน

ทีมอาจอยู่ในพื้นที่เดียวกัน เช่น คลินิกหรือโรงพยาบาลในชนบท หรือสมาชิกของทีมอาจมาจากต่างที่กัน เช่น ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือทีมบริการปฐมภูมิ ทีมอาจประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพ

จากสาขาเดียวกันหรือสหสาขา รวมทั้งผู้บริหาร และผู้ช่วยควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมด้วย การแสดงบทบาทของบุคลากรวิชาชีพเหล่านี้ จะมีความแตกต่างกันไปทั้งระหว่างทีมและภายในทีมในเวลาที่ต่างกัน บทบาทของแต่ละคนในทีม มักจะยืดหยุ่นและเป็นไปตามโอกาส ตัวอย่าง เช่น สมาชิกที่เป็นผู้นำอาจเปลี่ยนไปขึ้นกับความเชี่ยวชาญที่ต้องการ

เพื่อสนับสนุนการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับพิจารณาว่าเป็นสมาชิกที่สำคัญของทีมงานบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ร่วมในการตัดสินใจ และการยินยอมรับการรักษา การที่นำผู้ป่วยเข้ามาร่วมเป็นทีมจะช่วยให้การดูแลรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณค่า เป็นสมาชิกในทีมเพียงคนเดียวที่อยู่ตลอดการรักษา และมีความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวเอง

โปรแกรม TeamSTEPPS™ [8] ถูกพัฒนาขึ้นมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อที่  บอกประเภทของทีมต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

### ทีมหลัก (Core teams)

ทีมหลักประกอบด้วยผู้นำทีม และสมาชิกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ ผู้ช่วย และแน่นอนต้องมีผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย สมาชิกของทีมเหล่านี้ปฏิบัติงานในคลินิก หรือในหอผู้ป่วย สมาชิกของทีมหลักยังประกอบด้วยผู้จัดการให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ซึ่งให้การดูแลตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ามารักษาจนกลับบ้าน ตัวอย่างเช่น ผู้จัดการกรณีผู้ป่วย (case manager) สมาชิกของทีมหลักอาจเปลี่ยนได้บ่อย แต่โดยทั่วไปแล้วประกอบด้วย แพทย์ และพยาบาล และขึ้นอยู่กับสถานบริการแต่ละแห่งที่อาจมีนักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ และ/หรือเภสัชกรด้วย

### ทีมประสานงาน (Coordinating teams)

ทีมประสานงานคือ กลุ่มคนที่ทำหน้าที่จัดการปฏิบัติการต่างๆ วันต่อวัน ทำหน้าที่ประสานงานจัดการทรัพยากรให้แก่ทีมหลัก ในโรงพยาบาลมัก



มีพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ แต่ในพื้นที่ชุมชน ทีมประสานงานอาจประกอบด้วย ผู้จัดการของสถานบริการ พยาบาล แพทย์ และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ

### **ทีมเฉพาะกิจ (Contingency teams)**

ทีมเฉพาะกิจคือ ทีมที่มารวมตัวกันสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษเฉพาะเรื่อง (เช่น ทีมช่วยหัวใจล้มเหลว ทีมรับมือภัยพิบัติ ทีมคลอดฉุกเฉิน ทีมรับมืออย่างรวดเร็ว) สมาชิกของทีมนี้มาจากทีมหลักต่างๆ ที่มีอยู่

### **ทีมบริการย่อย (Ancillary services)**

ทีมบริการย่อยประกอบด้วยสมาชิกที่หลากหลาย เช่น พนักงานทำความสะอาด หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งทำหน้าที่เฉพาะอย่างในบางเวลา ที่เป็นการให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง หรือเป็นส่วนหนึ่งของทีมสนับสนุน ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้รับความสะดวก สมาชิกของทีมนี้มักมาจากต่างสถานที่กับผู้ป่วยได้รับการบริการ

ทีมบริการย่อย เป็นทีมที่ให้บริการพื้นฐาน งานของทีมคือการช่วยสนับสนุนทีมหลัก แต่มีได้หมายความว่า ทีมไม่ได้มีส่วนร่วมในเป้าหมายเดียวกัน ผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ต้องอาศัยข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเรื่องอาหารที่ถูกต้องแม่นยำ เช่น “การงดอาหารทางปาก” ก่อนการผ่าตัด หากผู้ป่วยได้รับอาหารก่อนทำให้เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าปอดได้ โดยทั่วไปทีมบริการย่อยจะปฏิบัติงานเป็นอิสระ แต่อย่างไรก็ตามมีบางโอกาสที่ทีมนี้ได้เข้ามาร่วมเป็นทีมหลักด้วย

### **ทีมสนับสนุนบริการ (Support services)**

ทีมสนับสนุนบริการประกอบด้วย ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการทางอ้อม ที่เป็นงานเฉพาะภายในสถานบริการ ทีมนี้เน้นการบริการเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประสบการณ์ที่เป็นผลดีที่สุดในการรักษา บทบาทหน้าที่ของทีมจะเป็นการบูรณาการที่ออกมาในรูปของการจัดการสิ่งแวดล้อม ทรัพย์สิน และระบบการจัดหาสิ่งของต่างๆ ในสถานบริการนั้นๆ ทีมสนับสนุนบริการ ประกอบด้วยสมาชิกทีมที่เน้นการให้บริการที่มีพันธกิจหลักในการสร้างสภาพแวดล้อมให้สะอาด สะดวกสบาย ปลอดภัย

และมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อทีมดูแลผู้ป่วย การรับรู้ของตลาด (market perception) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

### การบริหารจัดการ (Administration)

การบริหารจัดการครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำในการบริหารงานของหน่วยงานหรือสถานที่และความรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมงของการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการองค์กร การบริหารจัดการเป็นตัวกำหนดบรรยากาศและวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อให้ระบบการปฏิบัติงานเป็นทีม มีความเจริญงอกงาม ด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์และการสื่อสารให้ทั่วถึง การพัฒนาและการบังคับใช้นโยบาย และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ กำหนดความคาดหวังของบุคลากร (บทบาทและความรับผิดชอบ) ปลุกฝังให้ทีมมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการกระทำของเขา และให้นิยามวัฒนธรรมขององค์กร

### การใช้ความเป็นทีมช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นได้อย่างไร

ในอดีตการดูแลรักษาผู้ป่วยถูกมองว่าแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันผู้ป่วยมิได้รับดูแลโดยผู้ให้บริการสุขภาพเพียงคนเดียว ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทของระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนได้ตระหนักดีว่า การปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลงให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่บกพร่องของผู้ดูแลผู้ป่วย และความไม่เข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยมีความสนใจต่อการรักษา และผู้ป่วยควรเป็นส่วนหนึ่งในวิถีของการสื่อสาร มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีส่วนช่วยลดความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ความเชื่อมโยงระหว่างทักษะที่ไม่ใช่เชิงเทคนิคกับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ทักษะของการปฏิบัติงานเป็นทีม ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดี [9,10] ดังที่เห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของภาระด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีโรคร่วม และประชากรสูงอายุมากขึ้น ความท้าทายเหล่านี้ต้องการการดูแลที่มีการประสานกัน และการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ [11]

ในการทบทวนเรื่องการฝึกการปฏิบัติงานเป็นทีม เบเกอร์ และคณะ (Baker et al) [1] กล่าวว่า การฝึกผู้ให้บริการสุขภาพปฏิบัติงานเป็นทีม “เป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติได้ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดความผิดพลาดทางการแพทย์”

การปฏิบัติงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีขึ้น เช่น การดูแลในระดับปฐมภูมิ [12] การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง [13] และยังมีส่วนช่วยลดความผิดพลาดทางการแพทย์ [14,15] ดังที่สรุปไว้ในตาราง B.4.1 เมื่อการปฏิบัติงานเป็นทีมถูกพัฒนาให้ดีขึ้น นอกจากจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของการรักษาและเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนในทีมและต่อทีม รวมทั้งในภาพรวมต่อองค์กรของทีม [11]

#### ตาราง B.4.1. วิธีวัดการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

##### ผลลัพธ์ที่วัดได้ของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ต่อบุคคล			
ประโยชน์ต่อองค์กร	ประโยชน์ต่อทีม	ต่อผู้ป่วย	สมาชิกของทีม
ลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการอยู่โรงพยาบาล	การประสานงานของการดูแลดีขึ้น	พอใจต่อการดูแลมากขึ้น	พอใจต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น
ลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในรายที่ไม่จำเป็น	การใช้บริการที่มีประสิทธิภาพ	ยอมรับการรักษา	บทบาทชัดเจนขึ้น
ผู้ป่วยเข้าถึงได้มากขึ้น	ช่วยเพิ่มการสื่อสารและเพิ่มความหลากหลายของวิชาชีพ	เพิ่มผลลัพธ์และคุณภาพในการดูแล ลดความผิดพลาดทางการแพทย์	ความอยู่ดีมีสุขขึ้น

แหล่งข้อมูล: Adapted from Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

## การสร้างและพัฒนาทีมทำได้อย่างไร

มีงานวิจัยจำนวนมากไม่น้อยจากภาคอุตสาหกรรมอื่นที่มีความเสี่ยงสูง (high-stakes) ศึกษาวิธีการสร้างและพัฒนาทีม ดังรายละเอียดใน ตาราง B.4.2 การพัฒนาทีมมี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนก่อตัว (forming) ขั้นตอนเผชิญมรสุม (storming) ขั้นตอนสร้างบรรทัดฐาน (norming) และขั้นตอนการปฏิบัติการ (performing) [17]

### ตาราง B.4.2 ขั้นตอนของการพัฒนาทีม

ขั้นตอน	คำจำกัดความ
ก่อตัว	มีลักษณะที่เป็นแบบฉบับคือยังสับสนและไม่รู้แน่ว่าจะทำอะไร สมาชิกของทีมไม่ถูกเลือกมาเพื่อปฏิบัติงานด้วยกัน และอาจสื่อสารกันในลักษณะที่ยังปกป้องตนเอง ผิวเฟิน และไม่เป็นมิตรต่อกัน ทีมอาจยังไม่เข้าใจหน้าที่
เผชิญมรสุม	เป็นขั้นตอนที่มีความยากลำบาก เพราะอาจมีความขัดแย้งกัน ในระหว่างสมาชิกของทีม และบางคนก็ไม่ยอมรับต่องานที่ได้รับมอบหมาย สมาชิกของทีมอาจมองหาตำแหน่งที่มีอำนาจ และอาจมีความรู้สึกคับข้องใจที่งานไม่ก้าวหน้า
สร้างบรรทัดฐาน	มีการสื่อสารอย่างเปิดเผยระหว่างสมาชิกในทีม และทีมก็เริ่มที่จะคิดถึงงานที่เผชิญหน้าอยู่ เริ่มวางรูปแบบการปฏิบัติงาน และการสื่อสารที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน
ปฏิบัติการ	ทีมมาเน้นที่ความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย ขณะนี้ ทีมมีความใกล้ชิดกันและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เปิดเผย แลกเปลี่ยนและไว้วางใจกัน เป็นแหล่งทรัพยากรให้กันและเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

แหล่งข้อมูล: Modified from Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

เช่นเดียวกับภาคอุตสาหกรรมอื่น ทีมบริการสุขภาพ เช่น ทีมฉุกเฉิน หรือทีมผ่าตัดจำเป็นต้องปฏิบัติงานร่วมกัน และปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ โดยที่ไม่มีเวลาจะมาสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน และทำการสร้างทีมตามขั้นตอนการก่อตัวและสร้างบรรทัดฐาน [18] ด้วยเหตุนี้ผู้ให้บริการสุขภาพจึง

จำเป็นต้องรู้วิธีการเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพก่อนการมาร่วมทีม เนื้อหาในส่วนต่อไปนี้อธิบายถึงลักษณะของทีมที่มีประสิทธิภาพ

### ลักษณะของทีมที่ประสบความสำเร็จ

มีหลายรูปแบบที่อธิบายการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ประวัติศาสตร์เรื่องนี้มาจากภาคอุตสาหกรรม เช่น การบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการบิน (aviation's crew resource management: CRM) กล้อง B.4.1 ได้แสดงให้เห็นลักษณะสำคัญของการพัฒนา CRM ในอุตสาหกรรมการบิน

## กล่องที่ B.4.1. สรุปการจัดการทรัพยากรลูกเรือการบิน

### การนำ CRM มาใช้ในงานบริการสุขภาพ

CRM ถูกพัฒนามาจากอุตสาหกรรมการบิน เพื่อปรับปรุงการสื่อสารระหว่างกัน ในระหว่างการบิน และนำระบบการตัดสินใจโดยทีมเป็นศูนย์กลางมาใช้ CRM ถูกนิยามว่า “เป็นการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมด-ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ และคน-เพื่อการบินที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย” (คณะกรรมการความปลอดภัยในการขนส่งแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา) CRM ได้ถูกนำมาใช้ในงานบริการสุขภาพ เพื่อที่จะปรับปรุงทีมงานและการสื่อสาร และเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยอื่นๆ

ทีมบริการสุขภาพมีหลากหลายลักษณะ บางทีมก็คงที่ แต่บางทีมสมาชิกภาพเปลี่ยนแปลง สมาชิกแต่ละคนในทีมก็จะมีระดับความรู้และทักษะที่แตกต่างกัน มิคแคนและโรเจอร์ (Mickan and Roger) [16] ได้บรรยายถึงลักษณะพื้นฐานของทีมบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าทีมนั้นจะคงที่หรือไม่ ดังนี้

#### การมีจุดประสงค์ร่วมกัน

สมาชิกของทีมเป็นผู้สร้างจุดประสงค์ที่มีความชัดเจนร่วมกัน เป็นการรวมความสนใจของทุกฝ่ายและแสดงถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน

### การมีเป้าหมายที่วัดได้

ทีมเป็นผู้กำหนดเป้าหมายที่วัดได้ และเน้นที่ภาระงานของทีม

### ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ

ทีมต้องการภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกำหนดและคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การจัดการความขัดแย้ง การรับฟังสมาชิก ให้ความไว้วางใจ และสนับสนุนสมาชิก ผู้เขียนยังได้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการที่สมาชิกในทีมให้ความเห็นชอบ และมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการทำหน้าที่ของผู้นำ

### การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทีมบริการสุขภาพที่ดีจะแลกเปลี่ยนความคิดและข้อมูลข่าวสารกันอย่างรวดเร็วและสม่ำเสมอ เขียนบันทึกเป็นประจำ และใช้เวลาเพื่อรับฟังความคิดเห็นสะท้อนกลับของทีม มีการวิเคราะห์เชิงลึกเรื่องการสื่อสารระหว่างทีมบุคลากรวิชาชีพ (ข้ามสาขาวิชาชีพ มิใช่เฉพาะสาขาแพทย์) มุ่งเน้นกับทีมที่มีความเสี่ยงสูง (high-stakes) ดังเช่น งานผ่าตัด [19,20]

### การยึดเหนี่ยวที่ดี

ทีมที่ยึดเหนี่ยวกันดีเป็นทีมที่มีเอกลักษณ์ มีสปิริตและพันธะสัญญาที่เด่นชัด และมีอายุที่ยืนยาว เนื่องจากสมาชิกของทีมต้องการที่จะปฏิบัติงานด้วยกันไปอย่างต่อเนื่อง

### การให้ความเคารพซึ่งกันและกัน

ทีมที่มีประสิทธิภาพมีสมาชิกให้ความเคารพนับถือต่อความสามารถและความเชื่อของผู้อื่น นอกเหนือจากผลงานตามวิชาชีพของเขา ทีมที่มีประสิทธิภาพยังยอมรับ และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นที่หลากหลายของสมาชิกในทีม

### ลักษณะที่จำเป็นอื่น ๆ

ลักษณะที่จำเป็นอื่น ๆ สำหรับการเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้ [8,18, 21]

- ความเข้าใจของการปฏิบัติงานของแต่ละคน (ทั้งในแง่ทักษะเทคนิคส่วนบุคคล และทักษะในการปฏิบัติงานเป็นทีม)
- แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- ความยืดหยุ่น
- ความสามารถในการกำกับดูแลสมรรถภาพของตนเอง
- แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและการเรียนรู้จากความขัดแย้ง
- การเข้าร่วมกำกับดูแลสถานการณ์

## ความเป็นผู้นำ

ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นลักษณะที่สำคัญของทีมที่มีประสิทธิภาพ ผู้นำทีมที่มีประสิทธิภาพจะเป็นผู้อำนวยการ เป็นโค้ช และประสานกิจกรรมของสมาชิกในทีมโดย

- ยอมรับบทบาทการเป็นผู้นำ
- ขอความช่วยเหลือในกรณีที่เหมาะสม
- กำกับดูแลสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง
- จัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจ
- ใช้ทรัพยากรเพื่อที่จะให้ทำงานมากที่สุด
- แก้ปัญหาความขัดแย้งในทีม
- รักษาสมดุลภาระงานของคนในทีม
- กระจายภาระงานหรือสิ่งที่มอบหมาย
- ทำการสรุปงาน ประชุมหารือ และสรุปผลการปฏิบัติงาน
- เสริมพลังสมาชิกในทีมให้ได้พูดคุย และถามคำถามได้อย่างอิสระเสรี
- จัดกิจกรรมการฝึกอบรมและปรับปรุงการปฏิบัติงานของทีม
- สร้างแรงบันดาลใจให้กับสมาชิกของทีม และคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมเชิงบวกของกลุ่ม
- ให้ความมั่นใจว่าทีมปฏิบัติงานมาถูกทาง และประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง

การนำผู้ช่วยมาร่วมเป็นสมาชิกของทีมบริการสุขภาพเป็นแนวคิดใหม่ โดยธรรมเนียมที่ปฏิบัติกันมา บทบาทของผู้ช่วยเป็นเพียงผู้รับการดูแล

รักษา แต่เรารู้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับสภาพและการเจ็บป่วยของเขา นักศึกษาสามารถเริ่มต้นแสดงความเป็นผู้นำในเรื่องนี้ได้ โดยดึงผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาร่วมด้วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เริ่มจากการสบตาผู้ป่วย ตรวจสอบและยืนยันข้อมูล และมองหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้ในบริบทของการตรวจในหอผู้ป่วย หรือการรับการปรึกษาที่คลินิก การรวมผู้ป่วยเข้ามาเพื่อเป็นการตรวจสอบในเรื่องความปลอดภัย ทำให้มั่นใจว่ามีข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับทุกคนในทีม

## เทคนิคในการสื่อสารสำหรับทีมบริการสุขภาพ

นักเขียนชาวอังกฤษไอริช ชื่อ ยอร์จ เบร์นาร์ด ชอว์ (George Bernard Shaw) ผู้กล่าวประโยคที่มีชื่อเสียงว่า “ปัญหาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของการสื่อสารคือ ภาพลวงตาว่าทำสำเร็จแล้ว” ทักษะการสื่อสารที่ดี อยู่ที่หลักของความปลอดภัยของผู้ป่วย และการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ กลยุทธ์ต่อไปนี้ สามารถช่วยให้สมาชิกของทีมแบ่งปันข้อมูลที่ถูกต้อง และทำให้มั่นใจได้ว่า จุดเน้นอยู่ที่ข้อมูลที่กำลังสื่อกันอยู่ ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ISBAR (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation) ซึ่งถูกทดลองมาแล้วว่าใช้ได้ผลในการส่งต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยนักศึกษาในสถานการณ์จำลอง [22]

คำอธิบายดังต่อไปนี้และกรณีตัวอย่างนี้ได้นำมาจากโปรแกรม TeamSTEPPSTM [8]

### ISBAR

ISBAR เป็นเทคนิคการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความสนใจและการปฏิบัติในทันที เทคนิคนี้ตั้งใจที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า ข้อมูลและระดับของความวิตกกังวล (level of concern) ถูกสื่อสารกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ

#### *Introduction การแนะนำตัวเอง*

“ดิฉันชื่อ แมรี สมิทท์ และฉันเป็นพยาบาลที่ดูแลนางโจเซฟที่อยู่หอผู้ป่วย 4 เตียง 5”



### **Situation (สถานการณ์)**

เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย “ดิฉันโทรมาเกี่ยวกับนางโจเซฟที่อยู่ในห้อง 251 อาการสำคัญ มีอาการหายใจสั้น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นมาใหม่”

### **Background (ความเป็นมา)**

ผู้ป่วยมีความเป็นมาหรือบริบททางคลินิกอย่างไร

“ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 62 ปี ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมา 1 วัน ไม่มีประวัติของโรคหัวใจหรือโรคทางเดินหายใจมาก่อน”

### **Assessment (การประเมิน)**

ฉันคิดว่าปัญหาที่พบเป็นปัญหาอะไร

“เสียงปอดข้างขวาลดลงและยังมีอาการเจ็บ คงต้องตรวจสอบในเรื่องของถุงลมปอดแตก”

### **Recommendation (ข้อเสนอแนะ)**

ฉันต้องทำอะไรที่จะแก้ไข

“ฉันรู้สึกเป็นอย่างมากว่าผู้ป่วยควรต้องถูกประเมินเดี๋ยวนี้ คุณสามารถมาได้ทันทีได้หรือไม่”

หากสมาชิกของทีมรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการตอบสนองทันทีต่อคำร้องขอ เขาควรรหาความช่วยเหลือ และขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่คนอื่นที่อาวุโสกว่า

### **การร้องเรียก (Call-out)**

การร้องเรียกให้มาช่วย เป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญหรือข้อมูลที่วิกฤต แก่สมาชิกของทีมทุกคนพร้อมๆ กันในสถานการณ์ฉุกเฉิน เทคนิคนี้ช่วยให้สมาชิกของทีมคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะต้องทำต่อ และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคน ตัวอย่างของการร้องเรียกระหว่างผู้นำทีมและแพทย์ประจำบ้าน แสดงดังข้างล่างนี้

ผู้นำ: ทางเดินหายใจเป็นอย่างไรบ้าง

แพทย์ประจำบ้าน: ทางเดินหายใจโล่งดี

ผู้นำ: เสี่ยงหายใจ

แพทย์ประจำบ้าน: เสี่ยงหายใจข้างขวาตกลง

ผู้นำ: ความดันโลหิตเป็นเท่าใด

แพทย์ประจำบ้าน: ความดัน 96/92

### การตรวจสอบกลับ (Check-back)

เป็นเทคนิคที่ง่าย ๆ ที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าผู้รับเข้าใจข้อมูลที่ส่งไปตั้งที่ผู้ส่งตั้งใจ [23]

ขั้นที่ 1: ผู้ส่ง เริ่มส่งข้อความ

ขั้นที่ 2: ผู้รับ ยอมรับข้อความและให้ข้อมูลกลับ

ขั้นที่ 3: ผู้ส่ง ทำการตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง เพื่อที่จะมั่นใจว่าข้อมูลที่ส่งไปเข้าใจได้ถูกต้อง

แพทย์: ให้ยา เบนนาดริล ไอวี (Benadryl IV) จำนวน 25 มิลลิกรัม

พยาบาล: ให้ยา เบนนาดริล ไอวี จำนวน 25 มิลลิกรัม ถูกต้องหรือไม่

แพทย์: ถูกต้องแล้ว

### การรับหรือการส่งเวร (Hand-over or hand-off)

การรับหรือการส่งเวร เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมากในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้อง ความผิดพลาดในการสื่อสารสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ การส่งเวร หมายถึงการส่งต่อความรับผิดชอบและภาระผูกพันเชิงวิชาชีพในบางเรื่องหรือทั้งหมดของการรักษา ผู้ป่วยคนหนึ่งหรือทั้งกลุ่ม ไปยังอีกคนหนึ่งหรืออีกกลุ่มวิชาชีพหนึ่งมาดูแล อาจเป็นการชั่วคราวหรือเป็นการถาวร “แท่งไม้นำจิ้งหะดนตรี (I pass the baton)” เป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยการส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องในเวลาอันจำกัด

I	Introduction	แนะนำตัวเอง บทบาทและงานของคุณ และชื่อของผู้ป่วย
P	Patient	ชื่อผู้ป่วย สิ่งยืนยันเอกลักษณ์ อายุ เพศ และสถานที่อยู่
A	Assessment	อาการสำคัญในปัจจุบัน สัญญาณชีพ อาการ และการวินิจฉัย
S	Situation	สภาวะ/สถานการณ์ รวมทั้ง รหัสบ่งสภาวะที่ (ไม่) แน่นนอน การเปลี่ยนแปลงเมื่อเร็วๆ นี้ และการตอบสนองต่อการรักษา
S	Safety concerns	ผล/รายงานทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประวัติภูมิแพ้ และคำเตือน (alerts) (หกล้ม การแยกเตียง และอื่นๆ)
The		
B	Background	โรคที่มีร่วม การป่วยในครั้งก่อน ยาที่ใช้ในปัจจุบัน และประวัติครอบครัว
A	Actions	ได้ทำอะไรไปแล้ว หรือต้องการให้ทำอะไร ให้เหตุผลสั้นๆ มาด้วย
T	Timing	ระดับความเร่งด่วน และบอกกรอบเวลาอย่างชัดเจน และระดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องดำเนินการ
O	Ownership	ระบุผู้รับผิดชอบ (คน/ทีม) รวมทั้งผู้ป่วย/ครอบครัว
N	Next	ต่อไปอะไรจะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ มีแผนการอะไรบ้าง มีแผนรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินหรือไม่

## การยุติความเห็นที่ไม่ตรงกันและข้อขัดแย้ง

ความสามารถในการยุติข้อขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของทีม มีความสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติงานเป็นทีมประสบความสำเร็จ นี่อาจเป็นสิ่งที่ท้าทายมากสำหรับสมาชิกผู้อาวุโสหน่อยดังเช่นนักศึกษา หรือในทีมที่มีลำดับชั้นการปกครองมาก

อย่างไรก็ตามมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับสมาชิกทุกคนในทีมที่จะมีความรู้สึกว่าเขาสามารถพูดแสดงความคิดเห็น เมื่อเห็นอะไรบางอย่างบางอย่าง ที่จะมีความผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วิธีการปฏิบัติดังต่อไปนี้ ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยสมาชิกของทีมได้ แสดงความกังวลออกมาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

## ความปลอดภัยทางจิตวิทยา

เรื่องนี้เป็นระดับที่คนคิดว่าสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานจะนำไปสู่การเกิดความเสียหายระหว่างคน [24]

### กฎการเรียกร้องสองครั้ง (Two-challenge rule)

กฎการเรียกร้องสองครั้งถูกออกแบบมา เพื่อสร้างพลังให้แก่สมาชิกในทีมทุกคนที่จะหยุดกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง หากเขารู้สึกหรือพบร่องรอยที่จะทำให้เกิดปัญหาในเรื่องความปลอดภัย อาจมีหลายครั้งที่สมาชิกในทีมทำแล้วแต่ไม่ได้รับความสนใจ เรื่องนี้จึงต้องการคนใดคนหนึ่งมาส่งเสียงแสดงความห่วงใย โดยกล่าวถึงความรู้สึกนั้นอย่างน้อยสองครั้ง หากครั้งแรกยังไม่ได้รับความสนใจ (ดังนั้นจึงเป็นชื่อกฎนี้ “กฎการเรียกร้องสองครั้ง”) ความพยายามสองครั้งนี้อาจมาจากคนๆ เดียวกัน หรือคนอื่นในทีมก็ได้

การเรียกร้องครั้งที่หนึ่งควรอยู่ในรูปของคำถาม

พยาบาล: *ฉันรู้สึกเป็นห่วงนางโจนส์เพียง 23 เซอตูไม่สบาย อาการของเธอดูเหมือนไม่ปกติตามที่เคยเป็นมาก่อน คุณช่วยดูให้หน่อยได้หรือไม่*

การเรียกร้องครั้งที่สอง ควรได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกของทีมที่มีความรู้สึกเช่นเดียวกัน

พยาบาล: *ฉันรู้สึกเป็นห่วงนางโจนส์มากจริงๆ อาการของเธอทำให้ฉันกังวล ฉันคิดว่าเธอต้องได้รับการดูแลเดี๋ยวนี้เลย*

โปรดระลึกเสมอว่า นี่เป็นความพยายามเรียกร้องเพื่อผู้ป่วย กลวิธีการเรียกร้องสองครั้งทำให้มั่นใจได้ว่า ความรู้สึกที่เป็นห่วงผู้ป่วยได้รับการได้ยิน เข้าใจ และตอบรับ

สมาชิกในทีมที่ถูกเรียกร้องควรต้องตอบรับความห่วงใยนี้

แพทย์: *ตามที่คุณได้พูดมา ดูเหมือนว่าคุณเป็นห่วงนางโจนส์เป็นอย่างมาก ฉันจะไปดูเธอเดี๋ยวนี้ล่ะ*

หากยังไม่บังเกิดผลใดๆ หรือยอมรับไม่ได้ ผู้ที่หวังใยควรทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่แรงขึ้น โดยไปพูดคุยกับผู้นิเทศหรือบุคคลถัดไปในสายการบังคับบัญชา

## CUS

CUS เป็นตัวย่อของกระบวนการสามขั้นตอน ที่จะช่วยหยุดการกระทำที่เป็นปัญหา

I am **C**oncerned ฉันรู้สึกห่วง

I am **U**ncomfortable ฉันรู้สึกอึดอัด

This is a **S**afety issue นี่เป็นประเด็นเรื่องความปลอดภัย

## ตัวย่อ DESC

DESC อธิบายกระบวนการเพื่อยุติความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ เป้าหมายคือต้องการให้บรรลุข้อตกลงร่วมกัน

**Describe** อธิบายสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงของเรื่องนี้ และให้หลักฐานหรือข้อมูลที่เป็นรูปธรรม

**Express** แสดงออกว่าคุณรู้สึกต่อสถานการณ์นี้อย่างไร และคุณรู้สึกห่วงในเรื่องใด

**Suggest** เสนอแนะทางเลือกอื่น และมองหาช่องทางที่จะตกลงกันได้

**Consequences** ระบุผลที่ตามมาในแง่ของผลกระทบต่อเป้าหมายร่วมของทีมที่ได้ตั้งไว้แล้ว หรือต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

## ความท้าทายต่อการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

มีอุปสรรคที่จำเพาะในการจัดตั้งและการรักษาการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพในการบริการสุขภาพ อุปสรรคบางประการมีดังนี้

### บทบาทที่เปลี่ยนไป

ในสภาพแวดล้อมของการบริการสุขภาพ หลายๆ แห่งมีการเปลี่ยนแปลงและซ้อนกันของบทบาทต่างๆ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่รังสีผู้อ่านฟิล์มเอกซเรย์ พยาบาลที่ทำการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ทันตภิบาลที่ทำหน้าที่

ถอนฟันและทำหัตถการป้องกันขั้นพื้นฐาน พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาล ผดุงครรภ์ และเภสัชกรผู้ทำหน้าที่จ่ายยา บทบาทที่เปลี่ยนไปนี้ทำให้เกิด การทำหายต่อทีม ในแง่ของการจัดสรรและการยอมรับบทบาท นอกจากนี้ อาจมีสมาชิกของทีมบางคนไม่มีวุฒิการศึกษาเฉพาะทางใดๆ เช่น ผู้ช่วย ทันตแพทย์ พนักงานผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ช่วยงานอื่นๆ คนเหล่านี้เป็นคนที่มีความสำคัญต่อทีม และควรถูกโค้ช และการสนับสนุนในฐานะสมาชิกทีม ที่เท่าเทียมกัน ในบางกรณีเขาอาจได้รับมอบหมายงานที่เขาไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมา หากมีเหตุการณ์เช่นนี้ เขาควรจะได้รับ การเตรียมพร้อม และการสนับสนุนที่เหมาะสม

### การเปลี่ยนแปลงในสถานบริการ

ธรรมชาติของงานบริการสุขภาพกำลังเปลี่ยนไปในหลายๆ ทาง ได้แก่ การบริการดูแลโรคเรื้อรัง ณ สถานบริการในชุมชน และการทำผ่าตัด บางชนิดที่แผนกผู้ป่วยนอก การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องการการพัฒนาทีมใหม่ ขึ้นมา และการปรับเปลี่ยนทีมเดิมที่มีอยู่แล้ว

### ลำดับชั้นการปกครองของการบริการสุขภาพ

ธรรมชาติของการบริการสุขภาพมีการปกครองเป็นลำดับชั้นที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ ความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนควรได้รับการพิจารณา ผู้นำทีมไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ ในขณะที่มีการยอมรับมากขึ้นว่าการปฏิบัติงานเป็นทีม มีความสำคัญในการบริการสุขภาพ แต่สิ่งนี้ยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่วัฒนธรรม ตามปกติของการสื่อสารยังไม่ได้ยอมรับอย่างเป็นทางการเป็นธรรมชาติของการปฏิบัติงานเป็นทีม

### ธรรมชาติของแต่ละคนในการบริการสุขภาพ

วิชาชีพบริการสุขภาพในหลายๆ สาขา เช่น การพยาบาล การ ทันตกรรม และการแพทย์ อยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นเอกเทศ ในขณะที่ความสัมพันธ์ใน

ลักษณะเช่นนี้ยังคงมีคุณค่าที่สำคัญ แต่ถูกทำลายด้วยหลักการหลายๆ เรื่องของการปฏิบัติงานเป็นทีมและการดูแลแบบร่วมกัน เรื่องนี้เป็นที่สังเกตได้ในหลายระดับ ตั้งแต่แพทย์ในคลินิกไม่ยอมแบ่งปันให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ไปจนถึงเรื่องทางด้านกฎหมายการแพทย์ของการดูแลแบบทีม

### ความไม่มั่นคงของทีม

ดังที่ได้อธิบายมาก่อนหน้านี้ ทีมบริการสุขภาพมีธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทีมมารวมตัวกันเพื่อปฏิบัติงานเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (เช่น ทีมกู้หัวใจล้มเหลว) การรวมตัวแบบชั่วคราวนี้เองจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างมากกับคุณภาพของการฝึกอบรมเพื่อเป็นสมาชิกของทีม ความท้าทายที่ตามมาในการบริการสุขภาพคือ การศึกษาและการฝึกอบรมไม่ได้รับความสนใจมากพอด้วยเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานมักมุ่งเน้นเรื่องของการให้บริการ

### การเกิดอุบัติเหตุในภาคอุตสาหกรรมอื่น

จากการทบทวนการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นที่กล่าวขวัญถึง เช่น หายนะทางการบิน ทำให้สามารถแยกความล้มเหลวของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุออกเป็น 3 แบบหลัก ได้แก่ การแบ่งบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน การขาดการประสานงานที่ชัดเจน และความผิดพลาดในการสื่อสาร [18,25]

### การประเมินสมรรถนะของทีม

การประเมินสมรรถนะของทีมแต่ละทีมเป็นขั้นตอนสำคัญในการปรับปรุงสมรรถนะ วิธีการประเมินการปฏิบัติงานของทีมมีหลากหลายวิธี [18,26,27] ทีมอาจถูกประเมินได้โดยการใช้สถานการณ์จำลอง ใช้วิธีการสังเกตโดยตรงในการปฏิบัติจริง หรือใช้วิธีการฝึกซ้อมการปฏิบัติงานเป็นทีม ดังได้อธิบายข้างล่างนี้ในเรื่องของการสอนการปฏิบัติงานเป็นทีม

การประเมินทีมสามารถทำได้ทั้งในระดับปัจเจก และในระดับทีม การประเมินอาจทำโดยผู้เชี่ยวชาญหรือโดยเพื่อนร่วมงานเป็นผู้ให้คะแนนของสมรรถนะ

การวิเคราะห์สไตล์การเรียนรู้หรือทักษะในการแก้ปัญหาของแต่ละคน ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงานเป็นทีม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์หลังจากที่ได้ทำการประเมินสมรรถนะของทีม [28]

### สรุปเรื่องให้นักศึกษาต้องรู้

การปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ต้องมีความเข้าใจถึงลักษณะของทีมที่ประสบความสำเร็จ ในขณะที่เดียวกัน ต้องมีความรู้วิธีปฏิบัติงานของทีม และรู้วิธีที่จะรักษาความเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพให้คงอยู่ต่อไป มีเครื่องมือหลายชนิดที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะสนับสนุนการสื่อสารและการปฏิบัติงานของทีม เช่น ISBAR, call-out, check-back และ “I pass the baton” (ตามที่กล่าวในรายละเอียดมาก่อนหน้านี้)

## เรื่องให้นักศึกษาต้องทำเพื่อนำหลักการปฏิบัติงานเป็นทีมไปใช้

นักศึกษาสามารถนำการปฏิบัติงานเป็นทีมไปใช้ได้ทันทีที่เขาเริ่มการเรียน หลายหลักสูตรทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพใช้การเรียนโดยปัญหาเป็นฐาน หรือใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย ซึ่งต้องการให้นักศึกษาปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อจะเรียนรู้และแก้ปัญหา จากกิจกรรมเหล่านี้จะให้นักศึกษาเริ่มเข้าใจวิธีปฏิบัติงานของทีม และรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ที่จะแบ่งปันข้อมูล ตำรา และบันทึกการบรรยาย เป็นผู้เบิกทางการแบ่งปันข้อมูลผู้ป่วยและผู้มารับบริการ

**พึงตระหนักว่าค่านิยมและสมมุติฐานของคน ๆ หนึ่ง ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ได้**

นักศึกษาเรียนรู้จากการสังเกตความหลากหลายของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ เขาต้องตระหนักว่า แม้ว่าทีมจะประกอบด้วยสมาชิกที่บุคลิกต่างกันและสไตล์การปฏิบัติงานต่างกัน แต่ก็ไม่จำเป็นที่จะทำให้ประสิทธิภาพของทีมลดลง แต่ในทางตรงกันข้าม จุดเด่นและจุดด้อยของสมาชิกแต่ละคนในทีมจะเป็นตัวเสริมกัน ที่จะทำให้การบริการมีคุณภาพที่ดีและปลอดภัย



พึงตระหนักถึงบทบาทของสมาชิกในทีมและปัจจัยด้านจิตสังคมว่า ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ของทีมอย่างไร และสังเกตผลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในทีม

เป็นเรื่องยากสำหรับนักศึกษา (รวมทั้งแพทย์ผู้ปฏิบัติ) ที่จะชื่นชมบทบาทของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ในทีม หรือวิธีการที่ทีมตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง หรือปัจจัยทางด้านจิตสังคมต่างๆ นักศึกษาควรได้รับการกระตุ้นให้สังเกตการปฏิบัติงานของทีมอย่างมีโครงสร้าง สังเกตบทบาทของแต่ละคนที่แสดงอยู่ และการบทบาทเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันลักษณะส่วนบุคคลและวิชาชีพของแต่ละคนอย่างไร กระตุ้นให้นักศึกษาได้พูดคุยกับสมาชิกของทีมหลายๆ คน เกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานในทีม อาจารย์เองสามารถสร้างความมั่นใจได้ว่านักศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของทีม และปฏิบัติงานตามบทบาทที่กำหนดให้ได้ เพื่อที่เขาจะได้สังเกตกระบวนการเหล่านี้จากภายใน จำเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกของทีมทุกคนต้องเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ เพื่อที่จะได้มีการส่งต่อและการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

### การนำผู้ป่วยมาเป็นสมาชิกของทีมด้วย

เมื่อนักศึกษาสัมภาษณ์ผู้ป่วย ชักประวัติ ทำหัตถการ หรือให้การดูแลรักษา เขาควรหาเวลาที่จะสื่อสารและสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย อาจพูดคุยกับผู้ป่วยถึงงานที่ทำอยู่ หรือพูดคุยถึงความวิตกกังวล หรือปัญหาของเขาและของผู้ดูแล นักศึกษาสามารถให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจในคลินิกหรือในหอผู้ป่วย และอาจเชิญผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในเวลาทำกิจกรรมโดยถามขอความเห็นของทีมว่าจะให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการอภิปรายได้อย่างไร

การใช้เทคนิคการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การแก้ไขความขัดแย้ง การใช้เทคนิคการสื่อสารและการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม และการสังเกตพฤติกรรม

นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติสมรรถนะเหล่านี้ได้ ทั้งในการปฏิบัติงานกับเพื่อนๆ ในกลุ่ม หรือกับทีมดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาเรียนตามโปรแกรม

และมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รายละเอียดข้างล่างนี้ เป็นตัวอย่างแบบฝึกหัดของการปฏิบัติงานเป็นทีม ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้กับกลุ่มของนักศึกษาและกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะค้นหาสไตล์การเป็นผู้นำ เทคนิคการแก้ไขความขัดแย้ง และทักษะการสื่อสาร นักศึกษาสามารถเรียนรู้หรือมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ได้มากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับการที่บุคลากรวิชาชีพรู้สึกว่าการลดภัยแค่ไหน ในการที่จะหยิบยกประเด็นหรือปัญหาขึ้นมาคุยกับทีมหรือผู้นำทีม

มีข้อคิดที่มีประโยชน์หลายข้อที่จะช่วยนักศึกษาปรับปรุงทักษะการสื่อสาร นักศึกษาสามารถเริ่มฝึกปฏิบัติการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ดีได้ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับการศึกษา การสื่อสารที่ชัดเจนและให้ความเคารพกันเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ดี นักศึกษาควรแนะนำตัวเองก่อนเสมอแก่ผู้ป่วยและทีม หรือคนอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานด้วย แม้ว่าเราจะปฏิบัติงานด้วยกันเพียงไม่กี่นาที พยายามจำชื่อสมาชิกในทีมและนำไปใช้ บางคนไม่ใส่ใจที่จะจำชื่อสมาชิกในทีมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ เช่น พนักงานด้านต่างๆ โดยเชื่อว่าเขาไม่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของทีมจะดีขึ้น หากเป็นการเรียกชื่อบุคคลแทนการเรียกตามสาขาวิชาชีพ เช่น “พยาบาล” หรือ “ผู้ช่วย” เมื่อมอบงานให้ผู้อื่น โปรดมองที่เขาและให้มั่นใจว่าเขาได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ที่ทำให้เขาสามารถปฏิบัติงานของเขาได้ การพูดขึ้นมอลอยๆ ในอากาศเป็นการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย เพราะไม่รู้ว่าท่านกำลังพูดกับใคร ควรใช้ภาษาเป็นแบบภาววิสัย (objective) ไม่ใช่ภาษาที่เป็นแบบอัตวิสัย (subjective)

ทวนคำสั่งและปิดการสื่อสาร ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และกล่าวให้ชัดเจนเพื่อหลีกเลี่ยงความสับสน

พยาบาล: นายบราวน์กำลังจะไปเอกซเรย์

นักศึกษา: ดังนั้นเราจะพานายบราวน์ไปเอกซเรย์เดี๋ยวนี้

ถามเพื่อความชัดเจนในสิ่งที่คุณรู้สึกว่ามีผล ถามคำถามและขอความชัดเจน แสดงความชัดเจนถึงบทบาทของตนเองในสถานการณ์ที่ต่างกัน

พยาบาล: นายบราวน์กำลังจะไปเอกซเรย์

นักศึกษา: ดังนั้นเราจะพานายบราวน์ไปเอกซเรย์เดี๋ยวนี้

พยาบาล: ใช่

นักศึกษา: ใครจะเป็นคนพานายบราวน์ไปเอกซเรย์

กล้าที่จะแสดงออกเมื่อจำเป็น เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยากเหมือนกันทั่วโลก แต่หากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรง บุคลากรวิชาชีพพร้อมทั้งนักศึกษาก็จำเป็นต้องพูดขึ้นมา แพทย์ผู้อาวุโสจะรู้สึกขอบคุณในภายหลัง หากผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งของเขาสามารถหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ขอให้มุ่งประเด็นไปที่ “อะไร” คือสิ่งที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย มิใช่ถามถึง “ใคร” ถูกหรือผิด

พูดสรุปงานให้แก่ทีมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และพูดสรุปอีกครั้งหลังจากปฏิบัติงานเสร็จ สิ่งนี้ช่วยให้สมาชิกทุกคนในทีมมีกำลังใจ และมีส่วนร่วมในการอภิปรายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผ่านไป และมีอะไรที่จะทำต่างไปจากเดิม หรือดีกว่าเดิมได้ในการปฏิบัติงานครั้งต่อไป

## กรณีศึกษา

### การสื่อสารผิดโดยทีม

กรณีศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า การปฏิบัติงานเป็นทีมที่บกพร่อง มีส่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับผลเสียได้อย่างไร

แพทย์คนหนึ่งขึ้นปฏิบัติงานวันสุดท้ายของสัปดาห์แรกของการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน เวลาปฏิบัติงานของเขาสิ้นสุดลงหนึ่งชั่วโมงก่อนหน้าแล้ว แต่แผนกฉุกเฉินมีงานยุ่งมาก หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านจึงขอร้องให้เขาอยู่ต่อ ช่วยดูผู้ป่วยคนสุดท้ายให้ด้วย ผู้ป่วยเพศชายอายุ 18 ปี ผู้ปกครองนำส่งโรงพยาบาลโดยแน่ใจว่าบุตรชายของเขาได้รับยาเกินขนาด มารดาบอกว่าพบขวดยาพาราเซตามอลที่ว่างเปล่า ทั้งที่วันก่อนหน้าैयाยังมีเต็มขวด เขาเคยได้ยาเกินขนาดและอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ เขายืนยันว่าเขากินยาเข้าไปแค่ 2 เม็ดเท่านั้นเพื่อแก้อาการปวดศีรษะ เขาบอกว่าเขาทำยาที่เหลือตกลงกับพื้นและได้ทิ้งยาไป ผู้ปกครองกล่าว

ว่าพบขวดยาเปล่าเมื่อ 6 ชั่วโมงก่อนหน้านี้ และมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่น่ากินยามานานกว่า 4 ชั่วโมง ก่อนที่เขาจะพบขวด (นั่นคือ 10 ชั่วโมงก่อนหน้านี้)

แพทย์อธิบายว่า การทำการล้างท้องไม่น่าจะมีประโยชน์ เขาจึงได้เจาะเลือดแทน เพื่อหาระดับยาพาราเซตามอลและแอสไพริน เขาได้บอกห้องปฏิบัติการว่าให้โทรมาบอกทันทีเมื่อได้ผล นักศึกษาพยาบาลอยู่ที่โต๊ะในขณะที่เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโทรมาแจ้งผล เธอเขียนผลลงในสมุดบันทึกการรับโทรศัพท์ ระดับซาลิไซเลทเป็นลบ เมื่อมาถึงผลระดับยาพาราเซตามอลเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการแจ้งว่า “สอง” แล้วหยุด และพูดต่อว่า “หนึ่ง สาม” นักศึกษาพยาบาลพูดซ้ำ “สองจุดหนึ่งสาม” และวางหูโทรศัพท์ และบันทึก “2.13” เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการไม่ได้บอกว่าจะระดับนี้เป็นพิษหรือไม่ และไม่ได้เช็คว่าคุณพยาบาลเข้าใจหรือไม่ เมื่อหมอมมาที่โต๊ะ พยาบาลอ่านผลให้ทราบ หมอดูกราฟที่เขาได้จุดไว้ก่อนหน้านี้แล้วบนกระดาน ที่แสดงถึงวิธีการรักษาการกินยาเกินขนาด

มีแนวปฏิบัติในการรักษาการกินยาพาราเซตามอลเกินขนาดอยู่บนกระดานด้วย แต่มีแผ่นบันทึกช่วยจำมาบังไว้ กราฟแสดงให้เห็นว่าระดับยา 2.13 นั้นต่ำมากไม่จำเป็นต้องรักษา แพทย์คนนั้นคิดอยู่ชั่วขณะว่าจะบอกหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านแต่เธอก็ยุ่งมาก ดังนั้นเขาจึงบอกนักศึกษาพยาบาลแทน ให้รับผู้ป่วยไว้รักษาคืนนี้ เพื่อที่จิตแพทย์จะได้มาตรวจในวันรุ่งขึ้น แพทย์คนนั้นออกเวรไป ก่อนที่การรายงานผลจะออกมาจากห้องปฏิบัติการคือ “213” ความผิดพลาดนี้มิได้มีการตรวจพบ จนกระทั่ง 2 วันผ่านไป ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตัววายที่แก้ไขไม่ได้แล้ว แพทย์ไม่สามารถหาตัวมาทำการปลูกถ่ายให้ใหม่ได้ ผู้ป่วยเสียชีวิตในหนึ่งสัปดาห์ต่อมา หากเขาได้รับการรักษาตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน เขาคงไม่เสียชีวิต

แพทย์คนนั้นได้รับข้อมูลจากที่ปรึกษาในวันจันทร์ เมื่อเขากลับมาปฏิบัติงานที่แผนกใหม่ และในขณะที่เขาอยู่ในอาการซ็อค เขาอธิบายว่าเขาได้ตัดสินใจเช่นนั้นโดยคิดว่าผลทางห้องปฏิบัติการนั้นถูกต้อง เขายอมรับว่าเขาไม่ได้ตระหนักว่า ระดับยาพาราเซตามอลนั้นไม่เคยมีรายงานเป็นจุดตกนียม เนื่องจากเขามองไม่เห็นมาตรฐานในการรักษาเพราะถูกบัง เขาจึงไม่ได้ให้ความสำคัญที่จะเริ่มการรักษาก่อนที่ผลทางห้องปฏิบัติการจะออก หากดูตามประวัติของผู้ป่วยก็น่าเชื่อถือได้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับยาเกินขนาด

แม้ว่าข้อมูลจะขัดแย้งกัน

อาจเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะตำหนิแพทย์ นักศึกษาพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเป็นรายบุคคล จุดอ่อนที่แท้จริงคือ การขาดการตรวจสอบความปลอดภัยในระบบการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีนี้อย่างน้อยที่สุดคนสามคนที่ทำผิดคนละเล็กคนละน้อยเป็นลำดับ และระบบก็ล้มเหลวที่จะตรวจพบได้

### กิจกรรม

- เขียนผังแสดงของการไหลของข้อมูล (information flow) ระหว่างบุคลากรวิชาชีพในเรื่องนี้ และชี้ให้เห็นจุดสำคัญที่ทำให้การสื่อสารผิดพลาด
- อภิปรายถึงว่าแพทย์และนักศึกษาพยาบาลน่าจะมีความรู้สึกอย่างไร และมีวิธีการอย่างไรในการช่วยให้ความกระจ่างในเรื่องนี้ โดยไม่ใช้วิธีการตำหนิ

---

แหล่งข้อมูล: National Patient Safety Agency. London, Department of Health, 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the NPSA and all rights are reserved. The NPSA authorises health-care organizations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

**ความล้มเหลวของการส่งต่อข้อมูลระหว่างศัลยแพทย์และการยืนยันสมมุติฐาน เป็นผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย**

ตัวอย่างนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการหมุนเวียน (dynamics) แพทย์ผ่าตัดฝึกหัดกับศัลยแพทย์และการเข้าๆ ออกๆ ห้องผ่าตัดของศัลยแพทย์สามารถทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างไร

ก่อนที่จะนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำการผ่าตัดเบี่ยงกระเพาะอาหาร (gastric bypass) พยาบาลคนที่หนึ่งรายงานให้กับพยาบาลคนที่สองว่า “ผู้ป่วยแพ้มอร์ฟีนและลวดเย็บแผล” ข้อมูลนี้ได้มีการแจ้งซ้ำอีกครั้ง

แก่ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ก่อนที่จะเริ่มลงมือผ่าตัด

เมื่อการผ่าตัดใกล้สิ้นสุดลง ศัลยแพทย์ออกจากห้องผ่าตัด ปล่อยให้แพทย์เฟลโลว์ (fellow) ทางศัลยกรรมคนหนึ่งและแพทย์ประจำบ้านสองคนทำต่อให้เสร็จ ต่อมาแพทย์เฟลโลว์ก็ออกจากห้องผ่าตัด ปล่อยให้แพทย์ประจำบ้านสองคนปิดแผลผ่าตัด แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมสองคนนั้นได้ทำการเย็บแผลผ่าตัดโดยใช้ลวดเย็บแผลไปตามความยาวของแผลผ่าตัด เขาเย็บแผลผ่าตัดที่ส่งกลองสามแผลด้วยลวดเย็บแผลเช่นกัน เมื่อแพทย์ประจำบ้านเริ่มทำการเย็บโดยใช้ลวดเย็บแผล มีนักศึกษาแพทย์คนหนึ่งได้ส่งกระดาษแผ่นหนึ่งจากแฟ้มผู้ป่วยให้แก่แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ได้แตะไหล่แพทย์ประจำบ้านหนึ่งในนั้น ชูกระดาษนี้ให้อ่าน และกล่าวว่า ผู้ป่วยแพ้ลวดเย็บแผล แพทย์ประจำบ้านดูที่กระดาษแผ่นนั้น และกล่าวว่า “ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแพ้ลวดเย็บแผล”

ศัลยแพทย์กลับเข้ามายังห้องผ่าตัดในขณะที่แพทย์ประจำบ้านกำลังปิดแผลผ่าตัดด้วยลวดเย็บแผล เขามองมาที่แพทย์ประจำบ้านที่กำลังปิดแผลผ่าตัด และเขาบอกกับแพทย์ประจำบ้านว่าผู้ป่วยไม่ต้องการลวดเย็บแผล และบอกว่าแพทย์ประจำบ้านควรเอาลวดเย็บแผลออก และใช้การเย็บแผลผ่าตัดแทน ศัลยแพทย์ขอโทษที่ลืมบอกว่าผู้ป่วยแพ้ลวดเย็บแผล แพทย์ประจำบ้านคนหนึ่งถามว่า มีการแพ้ลวดเย็บแผลได้ด้วยหรือ ศัลยแพทย์กล่าวขึ้นว่า “นั่นไม่ใช่เรื่องสำคัญ แต่ผู้ป่วยได้รับการยืนยันว่าแพ้” ทำให้แพทย์ประจำบ้านต้องเอาลวดเย็บแผลออกหมด และใช้การเย็บแผลด้วยไหมแทน ซึ่งก็ต้องกินเวลาไปอีก 30 นาที

### อภิปราย

- อภิปรายว่ากรณีนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างสมาชิกทั้งหมดในที่ที่มีความสำคัญได้อย่างไร รวมไปถึงเรื่องความจำเป็นและความปรารถนาของผู้ป่วย

---

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

## การช่วยชีวิตอย่างฉุกเฉินต้องการการปฏิบัติงานเป็นทีม

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมทีมเพื่อให้การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการชี้รหัสสีน้ำเงินหรือคือการช่วยชีวิตอย่างฉุกเฉิน

ไซมอน (Simon) เป็นแพทย์เวร ขณะที่กำลังรับประทานอาหารกลางวันในโรงอาหาร ซึ่งเป็นเวลาที่สายมากแล้ว เมื่อทานไปได้ครึ่งหนึ่งก็มีเสียงประกาศในระบบเสียงตามสายของโรงพยาบาลว่ามีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น เขาวิ่งไปชั้นลิฟท์ที่จะขึ้นไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ชั้นห้าซึ่งเป็นจุดที่ผู้ป่วยอยู่ ขณะนั้นเป็นชั่วโมงเร่งด่วนและมีคนใช้ลิฟท์มาก กว่าเขาจะมาถึงพยาบาลก็ได้นำผู้ป่วยใส่รถเข็น และพยาบาลอีกคนก็ได้ให้ออกซิเจนครอบจมูกให้แก่ผู้ป่วยแล้ว

หมอตะโกนว่า “แรงดันโลหิต ซีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเป็นเท่าใด”

พยาบาลคนหนึ่งหยิบสายวัดความดันโลหิตและเริ่มที่จะอัดลมเข้าไปพยาบาลอีกคนให้ออกซิเจนครอบจมูก พยายามคลำชีพจรที่ข้อมือของผู้ป่วย หมอตะโกนขอเครื่องวัดคลื่นหัวใจมาติดตัวผู้ป่วย และให้เอาหัวเตียงต่ำลงพยาบาลทั้งสองคนพยายามที่จะทำตามคำสั่ง คนที่วัดความดันโลหิตจึงหยุดวัดและเอาหัวเตียงต่ำลง ซึ่งทำให้ออกซิเจนครอบจมูกหลุด เพราะสายถูกดึงไปติดแผงข้างเตียง

ไซมอนเริ่มกระวนกระวาย เขาไม่รู้อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยดูเหมือนว่าจะไม่หายใจ เครื่องวัดคลื่นหัวใจแสดงว่าผู้ป่วยมีการเต้นของหัวใจเวนต์ริเคิลผิดปกติ (ventricular fibrillation)

ไซมอนบอกให้ “กระตุ้นหัวใจด้วยไฟ 50 จูนส์” พยาบาลมองหน้าเขาและถามว่า “อะไรนะ” “กระตุ้นหัวใจด้วยไฟ 50 จูนส์ทันที” ไซมอนตอบเขาตะโกน “เรียกหมอกคนอื่นมาช่วยผมเดี๋ยวนี้” ใครก็ได้ พวกเขาไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้

### กิจกรรม

- อธิบายความสับสนในกรณีผู้ป่วยรายนี้มาให้ชัดเจน ระบุปัจจัยสำคัญและผลลัพธ์

---

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools.  
Case supplied by Ranjit De Alwis, Senior Lecturer, International Medical  
University, Kuala Lumpur, Malaysia.

### คนในทีมสำคัญทุกคน (Everyone on the team counts)

กรณีนี้เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการริเริ่มสิ่งใหม่ เช่น การประชุม  
สรุปของทีมเตรียมผ่าตัด ทำให้ทุกคนในทีมได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล  
เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การประชุมสรุปของทีมก่อนผ่าตัดประกอบด้วย  
ด้วย พยาบาล ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ มาคุยกันสั้น ๆ ก่อนผ่าตัด ถึงประเด็น  
ที่สำคัญของผู้ป่วยและขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

ในการเตรียมการผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนล่างมาเปิดไว้ที่หน้าท้อง  
(ileostomy) ทีมจากหลายวิชาชีพมาพบกันและพูดคุยสรุปกันก่อนผ่าตัด  
ศัลยแพทย์ถามพยาบาลว่าคุณมีความเห็นอะไรหรือไม่ พยาบาลกล่าวว่า  
ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับไส้เลื่อน เพื่อเป็นการตอบคำถามนี้ ศัลยแพทย์ถาม  
ผู้ป่วย (ซึ่งยังตื่นดี) เกี่ยวกับเรื่องไส้เลื่อน ต่อมาศัลยแพทย์จึงได้อธิบายกับทีม  
ห้องผ่าตัดว่า หากเขาจะทำการผ่าตัดไส้เลื่อน เขาอาจต้องใช้ตาข่าย (mesh)

#### คำถาม

- สถานที่เหมาะหรือไม่ที่จะคุยกันกับผู้ป่วย ที่ได้รับยาก่อนการผ่าตัด  
ไปแล้ว
- การให้ความยินยอมในการรักษาควรเป็นลักษณะใด คำพูดที่ว่า  
“ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับไส้เลื่อนของเขา” มีนัยยะอะไร
- พยาบาลควรนำเรื่องนี้มาคุยกันก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงห้องผ่าตัด  
หรือไม่
- เรื่องนี้ได้ถูกบันทึกไว้ในรายงานผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อการติดตาม

---

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical  
Schools. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor,  
University of Toronto, Ontario, Canada.



## กรณีฉุกเฉินในห้องทำฟัน

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ที่สมาชิกทุกคนควรจะได้รับ การเตรียมมาอย่างดีพอ ที่จะปฏิบัติงานด้วยกันในกรณีฉุกเฉิน

ในขณะที่ถอนฟันกราม ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหงื่อออกและมีอาการ ซีดลง ผู้ป่วยขอให้หยุดทำการรักษาเพราะเขารู้สึกไม่สบาย

ทันตแพทย์หยุดทำการถอนฟัน จัดให้ผู้ป่วยนอนราบและยกขาขึ้นสูง และต่อมาจับชีพจร และเรียกหาเครื่องมือสำหรับกรณีฉุกเฉิน

ผู้ช่วยทันตแพทย์ที่เพิ่งเริ่มงานมาได้ไม่นาน ไม่มีใครบอกเธอมาก่อน ว่าเครื่องมืออยู่ที่ไหน เธอออกจากห้องทำฟัน ปล่อยให้ทันตแพทย์อยู่คนเดียวกับผู้ป่วยเพื่อที่จะไปหาเครื่องมือ

อาการของผู้ป่วยเลวลงอย่างรวดเร็ว ทันตแพทย์ซึ่งอยู่คนเดียวในห้อง โดยที่ไม่มีเครื่องมือสำหรับกรณีฉุกเฉิน จำเป็นต้องเดินออกไปเพื่อขอความช่วยเหลือ

สองนาที่ต่อมา ทันตแพทย์กลับมาพร้อมกับผู้ช่วย (ที่หาเครื่องมือเจอแล้ว) พร้อมกับเพื่อนร่วมงานอีกสองคน

ผู้ป่วยดูเหมือนว่าจะไม่หายใจแล้วในตอนนั้น ทันตแพทย์เริ่มการ กู้ชีพด้วยการนวดหัวใจและผายปอด (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) ผู้ช่วยโทรเรียกรถฉุกเฉิน

ทีมไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

### คำถาม

- ปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นี้
- จะมีวิธีการใดที่จะช่วยปรับปรุงการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม ที่จะป้องกันการเสียชีวิตนี้

---

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

## กลวิธีและรูปแบบการสอน

หัวข้อนี้กล่าวถึงกลวิธีต่างๆ สำหรับการเรียนและการฝึกหัด การปฏิบัติงานเป็นทีม การปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพไม่ใช่เพียงเกิดขึ้น แต่มีการศึกษาและมีทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้สอนได้ในลักษณะของการบรรยาย ความรู้ที่จำเป็นต้องรู้ที่เขียนมาข้างต้น สามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการนำเสนอแบบบรรยายได้

วิธีการเรียนที่ได้ผลดีที่สุดในเรื่องการปฏิบัติงานเป็นทีมคือการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีม เราจึงได้นำเสนอกิจกรรมการปฏิบัติงานเป็นทีมในลักษณะต่างๆ โดยการจัดนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยในสภาพที่ทรัพยากรจำกัด

นักศึกษาเองยังมีประสบการณ์น้อยในการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานเป็นทีมบริการสุขภาพ เราจึงได้นำเสนอกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นทีมจากงานอื่นๆ ที่มีในงานบริการสุขภาพ

เพื่อให้นักศึกษาคุ้นเคยกับการปฏิบัติงานจริงของทีมบริการสุขภาพ เราจึงได้นำเสนอกิจกรรมของทีมชนิดต่างๆ ที่คาดว่านักศึกษาจะมีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้นเมื่อเรียนชั้นสูงขึ้น และเมื่อประกอบวิชาชีพ

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบเมื่อเร็วๆ นี้พบว่า หลักสูตรการฝึกหัดการปฏิบัติงานเป็นทีมที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์จบใหม่ สามารถช่วยให้เกิดทักษะการปฏิบัติงานเป็นทีมได้ผลดีในระดับปานกลางภายในระยะเวลาสั้นๆ และได้ผลดีกว่าเมื่อมีการสอนทฤษฎีหรือหลักการปฏิบัติงานเป็นทีมมากขึ้นในโปรแกรมฝึกอบรม [29]

ไม่ว่าการสอนการปฏิบัติงานเป็นทีมและโปรแกรมการฝึกอบรมใดๆ ควรต้องคำนึงถึงพฤติกรรมที่ยอมรับได้ในวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่เกี่ยวกับการพูดแสดงความคิดเห็น และธรรมชาติของลำดับขั้นของการปฏิบัติงานในบางประเทศ

เราสรุปส่วนนี้ ด้วยการอภิปรายถึงการสอนระหว่างวิชาชีพไว้พิจารณาที่จะบรรจุเข้าในหลักสูตรของท่าน ซึ่งอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งหรือไม่ก็ได้

## การสอนการปฏิบัติงานเป็นทีมตลอดหลักสูตร

ตลอดการศึกษาในชั้นปีต่างๆ ของหลักสูตร มีโอกาสมากมายที่จะจัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นทีมอย่างเป็นขั้นเป็นตอนได้ ตัวอย่างเช่น โปรแกรมอาจถูกสร้างขึ้นมาในลักษณะดังนี้

### ปีแรก

นำเสนอโดยการบรรยายเกี่ยวกับเรื่อง 

- พื้นฐานของการปฏิบัติงานเป็นทีม และสไตล์ของการเรียน
- ทีมบริการสุขภาพแบบต่างๆ
- สไตล์ของการเรียนแบบต่างๆ

กิจกรรมกลุ่มย่อยที่มุ่งเน้นในเรื่อง 

- สร้างทักษะพื้นฐานการปฏิบัติงานเป็นทีม
- ให้ความรู้ที่เชื่อมโยงกับวิธีการเรียนรู้ต่างๆ และสไตล์ของการแก้ปัญหา
- การสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานในทีมอื่นๆ นอกจากงานบริการสุขภาพ
- บทบาทของสมาชิกอื่นในทีมบริการสุขภาพ

### ปีกลางและปีสุดท้าย

นำเสนอโดยการบรรยายในเรื่อง 

- บทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ในทีมสุขภาพ
- ลักษณะของทีมที่มีประสิทธิภาพ
- กลวิธีที่จะเอาชนะอุปสรรคของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีคุณภาพ

กิจกรรมกลุ่มย่อย 

- การมีส่วนร่วมระหว่างวิชาชีพต่างๆ
- การสะท้อนถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นทีมบริการสุขภาพในฐานะที่เป็นนักศึกษา
- การสร้างสถานการณ์จำลองการปฏิบัติงานเป็นทีมในบริบทของ

การบริการทางสุขภาพ ระดับของความสมจริงของสถานการณ์  
อาจสูงหรือต่ำ

## กิจกรรมการสอน

### การนำบุคคลตัวอย่างมาร่วมสอน (Engaging role models)

จากการที่นักศึกษาพบเห็นว่า การปฏิบัติงานเป็นทีมไม่ได้รับความ  
ตระหนักหรือให้คุณค่ามากนักในสภาพแวดล้อมของการบริการสุขภาพ จึง  
มีความสำคัญในการหาบุคคลต้นแบบทางคลินิก เพื่อสอนการปฏิบัติงาน  
เป็นทีม หากเป็นไปได้ควรหาแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในแง่การปฏิบัติงาน  
ในทีมสหวิชาชีพมาเป็นต้นแบบ ในอุดมคติบุคคลต้นแบบเหล่านี้ควรนำ  
เสนอมุมมองที่แตกต่างกันของทฤษฎีที่อยู่เบื้องหลังการปฏิบัติงานเป็นทีม  
และให้ตัวอย่างจากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริงของเขา หากเป็นไปได้  
บุคคลต้นแบบควรมาจากหลากหลายสาขาวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ

### กิจกรรมสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ของการปฏิบัติงานเป็นทีม

วิธีที่ง่ายที่สุดสำหรับเริ่มต้นการสอนหลักการการปฏิบัติงานเป็นทีม  
ให้นักศึกษาคือ การให้นักศึกษาสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติงานเป็นทีมที่  
เคยมีประสบการณ์ในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย เช่น ทีมกีฬา ทีมปฏิบัติ  
งาน ทีมนักร้องประสานเสียง และอื่นๆ กิจกรรมการฝึกสะท้อนคิดอาจรวม  
ความถึงการทำการสำรวจอย่างง่ายๆ เพื่อนำมาตั้งคำถามเกี่ยวกับการ  
ปฏิบัติงานเป็นทีม

การฝึกหัดการสะท้อนคิดสามารถทำได้โดยใช้ตัวอย่างจากการปฏิบัติ  
งานเป็นทีมทั้งที่ล้มเหลวหรือสำเร็จ โดยใช้เหตุการณ์ที่เป็นที่สนใจ หรือ  
เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นในชุมชน หรืออาจเป็นการซักถาม หรือการอภิปราย  
กลุ่มเกี่ยวกับบทความจากหนังสือพิมพ์ ที่อธิบายความล้มเหลวของทีมกีฬา  
หรือตัวอย่างผิดพลาดที่รู้จักกันดี อันเนื่องมาจากความล้มเหลวของการ  
ปฏิบัติงานเป็นทีม กรณีศึกษาที่ให้มาในหัวข้อนี้ สามารถนำมาใช้ในการ  
สะท้อนให้เห็นความล้มเหลวของการปฏิบัติงานเป็นทีม

ตัวอย่างที่รู้จักกันดีของความล้มเหลว หรือความสำเร็จในการปฏิบัติ  
งานเป็นทีม นอกเหนืองานบริการสุขภาพ เช่น เครื่องบินตก หรือโรงงาน

พลังงานนิวเคลียร์ระเบิดหรือรั่วไหล มักจะนำมาใช้สอนในเรื่องของหลักการปฏิบัติงานเป็นทีม ยังมีตัวอย่างอีกมากที่อธิบายอย่างละเอียดโดย ฟลิน และคณะ (Flin et al) [18]

### การฝึกหัดการสร้างทีม

มีกิจกรรมที่หลากหลายที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจพลวัตของทีมและความเข้าใจสไตล์การเรียนรู้ต่างๆ ตัวอย่างมากมายที่สามารถสืบค้นได้ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นประโยชน์แก่สมาชิกของทีม โดยที่ไม่ต้องมีความรู้ในเรื่องการบริการสุขภาพหรือการปฏิบัติงานเป็นทีมมาก่อน กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้การเรียนรู้สนุกสนานและมีผลในทางบวก ที่ทำให้นักศึกษามีความผูกพันกันในกลุ่ม

โปรดจำไว้ว่า หนึ่งในส่วนที่สำคัญที่สุดของการฝึกหัดของการสร้างทีมคือ การประชุมสรุปหลังเสร็จงานของการฝึกหัด จุดประสงค์ของการประชุมสรุปหลังเสร็จงานคือ เพื่อสะท้อนคิดว่าจะอะไรที่ทีมทำได้ดี เพื่อว่าพฤติกรรมที่ดีจะถูกกระตุ้นให้ทำต่อไป ทีมควรสะท้อนคิดเรื่องความยากและความท้าทายที่เขาประสบมา ควรเสาะหากลวิธีที่จัดการกับความท้าทายและนำมาทำการฝึกในครั้งถัดไป

#### *การสร้างหอคอยจากกระดาษหนังสือพิมพ์: ตัวอย่างของการฝึกหัดสร้างทีม*

งานนี้เป็นตัวอย่างของกิจกรรมที่ทุกคนมีส่วนร่วม ที่ไม่ต้องการการสัมผัสทางร่างกาย และสามารถแปรเปลี่ยนไปได้ ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่ม พลวัต และเวลาที่มี

เริ่มต้นโดยการแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละ 2-6 คน แจกกระดาษหนังสือพิมพ์ให้แต่ละกลุ่มในจำนวนที่เท่ากัน (จำนวนยิ่งน้อยจะยิ่งยาก แนะนำให้ใช้ประมาณ 20-30 หน้า สำหรับเวลา 10-15 นาที) และให้เทปกาวหนึ่งม้วน โจทย์คือให้สร้างหอคอยที่สูงที่สุดจากหนังสือพิมพ์และเทปกาวตามเวลาที่กำหนด จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้คือ การแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องของการวางแผน (เวลา วิธีสร้าง และความคิดสร้างสรรค์) และกระตุ้นให้เห็นผลของการปฏิบัติงานเป็นทีม คำแนะนำต้องชัดเจน

ตัวอย่างเช่น หอคอยต้องมีเสาค้ำ หรือตั้งอยู่เองได้นั้นไม่ใช่เรื่องสำคัญ แต่ความสำคัญอยู่ที่ว่าการทำให้เข้าใจชัดเจนว่าประเด็นอะไรบ้างที่จะทำให้ผลงานออกมาดีได้

ท่านสามารถใช้กระดาษที่แผ่นก็ได้ตามที่ต้องการ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกิจกรรมนี้ ขึ้นอยู่กับเวลาที่มีให้ และจำนวนสมาชิก แต่ละทีม กฎทั่วไปคือ ควรใช้กระดาษให้น้อยกว่าสำหรับทีมที่มีขนาดเล็กกว่า และมีเวลาน้อยกว่าในการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่สั้น ทีมที่มีขนาดใหญ่ และมีกระดาษมาก นำไปสู่ความวุ่นวายได้มาก กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดีที่จะสร้างให้เห็นความจำเป็นของความเป็นผู้นำและการจัดการ หากเป้าหมายของคุณไม่ได้เน้นประเด็นภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการในชั้นวางแผน จงหลีกเลี่ยงการใช้กระดาษจำนวนน้อยแผ่นในกลุ่มขนาดใหญ่ ทีมเล็กไม่ต้องการกระดาษมาก นอกจากว่าหากคุณวางกฎว่าต้องใช้อุปกรณ์ทุกอย่างให้หมด เพื่อเป็นแรงกดดันสำหรับขั้นตอนการวางแผนและการออกแบบ

### สถานการณ์จำลองการบริการสุขภาพ

สถานการณ์จำลองถูกนำมาใช้มากขึ้นในการเรียนและการฝึกการปฏิบัติงานเป็นทีมในงานบริการสุขภาพ สถานการณ์จำลองเป็นสภาพแวดล้อมที่จำลองที่เป็นอุดมคติสำหรับการเรียนรู้ เนื่องจากมีทั้งความปลอดภัยเพราะไม่มีผู้ป่วยจริงและความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหตุการณ์เดินช้าหรือเดินเร็วได้ตามต้องการ โดยเฉพาะการใช้หุ่นจำลองสถานการณ์ (mannequin-based simulation) ซึ่งเป็นการฝึกหัดที่ดีที่สุดสำหรับการเรียนรู้การปฏิบัติงานเป็นทีม เพราะพฤติกรรมของทีมจะเห็นได้ชัด เมื่อต้องปฏิบัติงานในกรณีฉุกเฉิน และในสถานการณ์ที่เวลาเป็นเรื่องวิกฤต นอกจากนี้ยังช่วยให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการจัดการจริงตามที่ตนเห็นสมควร

ในอุดมคติสถานการณ์จำลองอาจใช้สอนเรื่องการปฏิบัติงานเป็นทีมพร้อมกันหลายๆ วิชาชีพ ในการสอนการปฏิบัติงานเป็นทีมไม่ควรเน้นให้นักศึกษามีทักษะทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญที่ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารซึ่งกันและกัน วิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าเรื่องนี้ยังคงเป็นจุดเน้นของการฝึกหัดคือ การให้นักศึกษาได้เรียนและ

ฝึกปฏิบัติเทคนิคต่างๆ กันเองก่อนที่จะเรียนรู้ออกจากสถานการณ์จริงเพื่อสอนขั้นตอนการปฏิบัติเบื้องต้น หากทีมต้องใช้เวลากับเรื่องความรู้และทักษะพื้นฐาน โอกาสที่จะอภิปรายถึงการปฏิบัติงานเป็นที่มาอาจจะหมดไป เนื่องจากมีประเด็นเรื่องทักษะและเรื่องทางคลินิกที่สำคัญที่ต้องมาพูดกันมาก อย่างไรก็ตามหากนักศึกษาได้ผ่านการฝึกหัดอย่างเพียงพอในด้านเทคนิคของเหตุการณ์สมมุติมาก่อนแล้ว สิ่งท้าทายสำหรับพวกเขาคือความรู้ที่จะนำมาลองปฏิบัติในการปฏิบัติงานเป็นที่ม ดังนั้นสถานการณ์จำลองจึงเป็นการเปิดโอกาสที่มีพลังอำนาจในการค้นหาประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เทคนิคนั้นคือ เรื่องการปฏิบัติงานเป็นที่ม การเป็นผู้นำ และการสื่อสาร ที่จะถูกเปิดเผยออกมาในการทำเหตุการณ์สมมุติ [18]

เช่นเดียวกันกับการฝึกการสร้างทีมดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประชุมสรุปหลังเสร็จงานแบบเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อศึกษาว่าทีมปฏิบัติงานอย่างไรในการทำกิจกรรมนี้ อะไรที่ทีมทำได้ดีและเพราะเหตุใด อะไรที่เป็นปัญหาและเพราะเหตุใด และอะไรที่ควรทำเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น หากต้องทำในครั้งต่อไป หากนักศึกษาจากต่างวิชาชีพมาฝึกร่วมกันในสถานการณ์จำลอง บทบาท มุมมอง และความท้าทายของแต่ละวิชาชีพที่ต่างกันก็สามารถนำมาอภิปรายในช่วงการสรุปตอนเสร็จงานได้เช่นกัน

ข้อจำกัดประการสำคัญในการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกหัดคือต้องใช้ทรัพยากรมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากใช้หุ่นจำลองคอมพิวเตอร์ (computerized mannequin) และ/หรือ หากพยายามจัดสถานที่ทำการสอนให้ดูเหมือนกับสภาพแวดล้อมจริงในคลินิก

### **การมีส่วนร่วมในทีมบริการสุขภาพ**

นักศึกษาโดยเฉพาะในปีสุดท้ายของการเรียน ควรจะได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในทีมบริการสุขภาพที่หลากหลายในทุกๆ โอกาสที่สามารถทำได้ หากแพทย์ในคลินิกหรือภาควิชาหนึ่งยังคงปฏิบัติงานบริการสุขภาพในแบบดั้งเดิมที่แยกส่วนกัน (ไม่ได้เป็นสหวิชาชีพ) การปฏิบัติงานแบบนี้ต้องไม่ห้ามนักศึกษาเข้าร่วมปฏิบัติงานกับบุคลากรวิชาชีพอื่นในการเป็นส่วนหนึ่งในทีม

อาจารย์ควรหาทีมที่ยินดีต้อนรับนักศึกษาเข้าเป็นสมาชิกทีม และในอุดมคติควรกำหนดบทบาทการมีส่วนร่วมของนักศึกษา ทีมเหล่านี้อาจเป็นทีมที่มีแผนการดูแลที่เป็นสหวิชาชีพ เช่น ทีมสุขภาพจิต ทีมรักษาโรค มะเร็ง หรือทีมให้สารน้ำ เช่น ทีมที่ทำในห้องฉุกเฉิน อาจรวมถึงทีมให้บริการ ในระดับปฐมภูมิในชุมชน

มีความสำคัญที่นักศึกษาจะได้สะท้อนคิดประสบการณ์การปฏิบัติงาน เป็นทีม และแบ่งปันประสบการณ์กับเพื่อนๆ และอาจารย์ กิจกรรมนี้จะช่วยให้เกิดการอภิปรายทั้งเชิงบวกและเชิงลบของประสบการณ์ของเขา นักศึกษาอาจถูกกระตุ้นให้ระบุทีมที่ควรเป็นแบบอย่าง และให้อธิบายว่า เพราะเหตุใด เขาควรได้รับการกระตุ้นให้ถามคำถามเช่น

- ความเข้มแข็งของทีมคืออะไร
- มีวิชาชีพอะไรบ้างในทีม และบทบาทของเขาคืออะไร
- ทีมมีเป้าหมายที่ชัดเจนหรือไม่
- มีผู้นำที่ชัดเจนหรือไม่
- สมาชิกของทีมได้มีโอกาสมีส่วนร่วมทุกคนหรือไม่
- คนในทีมมีวิธีการสื่อสารอย่างไร
- นักศึกษาได้มองเห็นทีมมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทีมด้วยหรือไม่
- ผลลัพธ์เป็นอย่างไรและมีประสิทธิภาพหรือไม่

นักศึกษาควรถูกถามให้สำรวจและสะท้อนคิดในด้านต่างๆ ของการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ทราบว่าความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ หรือ ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

อาจจะเป็นไปได้สำหรับนักศึกษาในการมีส่วนร่วมในการอภิปราย หมูกับทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ เพื่ออภิปรายถึงทีมเป็นอย่างไรและ วิธีปฏิบัติงานร่วมกัน



## การสอนระหว่างสาขาวิชาชีพ

การปฏิบัติงานเป็นทีมในงานบริการสุขภาพ ไม่อาจละเว้นการกล่าวถึงบทบาทที่สำคัญของการสอนระหว่างสาขาวิชาชีพ (interprofessional education: IPE) ในการศึกษาในระดับปริญญาตรี

หัวใจของ IPE เป็นการเตรียมผู้ปฏิบัติงานในอนาคต ให้สามารถปฏิบัติงานแบบเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ โดยการนำนักศึกษาจากสาขาต่างๆ มารวมกันระหว่างการศึกษาในระดับปริญญาตรี เพื่อเรียนรู้จากกันและกัน สิ่งนี้ช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้ที่จะซาบซึ้ง และให้ความเคารพในบทบาทที่แตกต่างกันของแต่ละวิชาชีพ ก่อนที่จะมาปฏิบัติงานในสาขาวิชาชีพของตนเอง

ในขณะที่มีการถกเถียงเชิงบังคับ (compelling argument) ว่าการใช้ IPE มาใช้ในระดับปริญญาตรีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นทีมเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว แต่งานวิจัยที่สนับสนุนข้อถกเถียงนี้ยังไม่เป็นที่สรุป

มหาวิทยาลัยใช้วิธีการต่างๆ กันในการนำ IPE เข้าไปในหลักสูตร ขึ้นอยู่กับทรัพยากร โปรแกรมระดับปริญญาตรีที่มีอยู่ และระดับการสนับสนุน การนำแนวคิดมาใช้ในการเรียนปีท้ายๆ วิธีการมีตั้งแต่การปรับปรุงหลักสูตรใหม่ จนถึงการแทรก IPE เข้าไปในหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะเอื้อให้ทำได้

ทรัพยากรและกิจกรรมในคู่มือนี้ ตั้งใจที่จะให้ใช้สำหรับสอนนักศึกษาในสาขาหนึ่ง เช่นเดียวกับใช้สอนในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นสหวิชาชีพด้วย

บัญชีรายการเอกสารค้นคว้าเพิ่มเติมสำหรับเรื่อง IPE และการเชื่อมกับมหาวิทยาลัยที่ได้นำ IPE เข้าไปในหลักสูตร ได้แสดงไว้ในข้างล่างนี้

## เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า IPE

Greiner AC, Knebel E, eds. Health professions education: a bridge to quality. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. Best practices in patient safety education: module handbook. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

มหาวิทยาลัยที่นำกิจกรรมหลักของ IPE มาใช้

- Faculty of Health Sciences, Linkoping University, Sweden. (<http://www.hu.liu.se/?l=en>; accessed 20 February 2011).
- College of Health Disciplines, University of British Columbia, Canada. (<http://www.chd.ubc.ca/>; accessed 20 February 2011).

เกมส์การสร้างทีมที่ฟรีหาได้จากเว็บไซต์

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accessed 20 February 2011.

### สรุป

โดยสรุป การสอนเรื่องการทำงานเป็นทีมสำหรับนักศึกษาในวิชาชีพสุขภาพ สามารถใช้เทคนิคได้หลากหลาย ได้แก่ การสอนในห้องเรียน หรือการใช้สถานการณ์จำลองที่มีความสมจริงในระดับต่ำ

ในอนาคต นักศึกษาควรมีส่วนร่วมกับทีมจริง และเรียนรู้จากประสบการณ์ และฝึกสะท้อนคิดตามคำแนะนำ และการฝึกการทำงานเป็นทีมควรเน้นที่หลักการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

## เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

**TeamSTEPPS™** : กลวิธีและเครื่องมือที่จะช่วยการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นและผู้ป่วยปลอดภัย

กระทรวงกลาโหม สหรัฐอเมริกา โดยความร่วมมือกับ AHRQ (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>; accessed 20 February 2011). TeamSTEPPS™ ยังมีวีดิทัศน์อีกหลายเรื่องที่สามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ชุดเครื่องมือ The SBAR สามารถหาได้จากเว็บไซต์ของ TeamSTEPPS (<http://www.ahrq.gov/teamstepstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbars19>; accessed 14 November 2010).

## การประเมินความรู้ของหัวข้อนี้

มีหลากหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานเป็นทีม MCQ สามารถใช้ได้ในการค้นหาความรู้ แฟ้มสะสมผลงานสามารถนำมาใช้เพื่อการบันทึก และสะท้อนคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของทีมตลอดโปรแกรมการฝึกอบรม

งานที่จะมอบหมายให้นักศึกษาสามารถออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อต้องการให้นักศึกษาปฏิบัติงานเป็นทีมในหมู่นักศึกษาด้วยกัน งานนี้อาจได้แก่ ให้นักศึกษาทำโครงการที่เลือกเอง ทั้งที่เกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็ได้ หรืออาจารย์แนะนำให้ทำโครงการ เช่น ให้ออกแบบแผนการพัฒนาห้องพักสำหรับคนที่ต้องการใช้รถเข็น หรือวางแผนในการพัฒนาชนบทที่ห่างไกลสำหรับการพัฒนาสุขภาพช่องปาก ในการพัฒนางานที่จะมอบหมายให้นักศึกษาทำ จุดเน้นไม่ได้อยู่ที่ผลลัพธ์ของโครงการ แต่ต้องการทราบว่านักศึกษาปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างไร

การประเมินในภายหลังอาจซับซ้อนมากขึ้น นักศึกษาสามารถที่จะทบทวนทีมที่เขาปฏิบัติงานด้วย และให้ข้อเสนอแนะที่จะพัฒนาทีมให้ดีขึ้นได้อย่างไร

งานเขียนที่จะให้นักศึกษาทำอาจประกอบด้วย การปฏิบัติงานเป็นทีมที่ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่กำหนด หรือติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ และทบทวนดูว่าเขาได้พูดคุยกับทีมต่างๆ แคไหน และบทบาทอะไรที่เขาทำในแต่ละทีม

ทีมอาจถูกถามถึงประเด็นเรื่องความปลอดภัย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และ

วิเคราะห์ข้อมูลเรื่องนี้และอธิบายถึงวิธีที่จะป้องกัน หรือทำให้ปัญหาเรื่องความปลอดภัยลดลง

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่ การฝึกหัดโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถนำมาใช้สำหรับการประเมินการปฏิบัติงานเป็นทีม ทั้งการประเมิน

ระหว่างการดำเนินงาน และเสร็จสิ้นงาน

ในอุดมคติ การประเมินบางครั้งต้องให้นักศึกษาจากต่างสาขาวิชาชีพ มาปฏิบัติงานด้วยกัน

## การประเมินการสอนหัวข้อนี้

เหมือนกับการฝึกหัดการประเมินเรื่องอื่นๆ การประเมินในระยะต่างๆ จำเป็นต้องนำมาพิจารณา ซึ่งประกอบด้วย

- การวิเคราะห์ความต้องการ (หรือเป็นการประเมินไปข้างหน้า) เพื่อที่จะดูว่า คำแนะนำการปฏิบัติงานเป็นทีมที่มีอยู่แล้วมีมากน้อยแค่ไหน และต้องการเพิ่มอีกเท่าใด
- การประเมินกระบวนการระหว่างการดำเนินงานโปรแกรมใดๆ ที่จะทำให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
- การประเมินผลกระทบ เพื่อที่จะหาดูว่าผลกระทบของโปรแกรมต่อความรู้และความสามารถที่ได้รับจากการฝึกอบรม

คู่มือผู้สอน (ส่วน A) สำหรับที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นในเรื่องการประเมิน

## เอกสารอ้างอิง

1. Baker DP et al. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review.* AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>; accessed 20 February 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992:3-29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods.* Norwood, NJ, Ablex, 1993:327-345.

4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333-380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. *Team workload: its meaning and measurement*. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85-108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3-16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Sweeney RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPS<sup>TM</sup>: strategies and tools to enhance performance and patient safety*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330-334.
11. Mician SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211-217.
12. Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21-26.

13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363-370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553-1581.
15. Risser DT et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373-383.
16. Mician SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358-370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384-399.
18. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422-426.
20. Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75-S79.
21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical

- communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137-140.
23. Barenfanger J et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
  24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13:ii3-ii9.
  25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295-1308.
  26. Stanton N et al. *Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.
  27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Suppl. Sect. 11):B77-B85.
  28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.
  29. Chakraborti C et al. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846-853.

## สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 4 การเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือการถามคำถามนักศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้

สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 4 ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้สอนในการที่จะถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นกรณีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น









“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 978-616-8024-01-0



9 786168 024010