



Basic non-technical skills for healthcare providers



เข้าใจพื้นฐาน **Non-technical skills(NTS)**
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และ ลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

หัวข้อการอบรม



Enhancing performance
with NTS



Situation awareness
and Decision making



Teamwork and
Communication skills
improvement

เอกสารประกอบการอบรม



รุ่นที่ 1

วันจันทร์ที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
๕ ธันวาคม ๒๕๕๐(SiMR) ชั้น 12



ติดต่อสอบถามได้ที่

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวชิรเวชศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณสุวรรณี / คุณพีรารัตน์ / คุณภาณุมาศ

โทร. 02-419-9978 / 02-419-6637 E-mail : shee.mahidol@gmail.com



shee.si.mahidol.ac.th



mahidol.shee

สารบัญ

	หน้า
กำหนดการ	1
รายชื่อผู้ร่วมอบรม	3
เอกสารประกอบการอบรม	5
หัวข้อ : Enhancing performance with NTS :	
ยกระดับการดูแลผู้ป่วย ด้วย NTS	7
หัวข้อ : Situation awareness and decision making :	
เพิ่มทักษะกลางสัngerณ์ สู่อการตัดสินใจที่ดีขึ้น	17
หัวข้อ : Communication skills in healthcare :	
สื่อสารอย่างไรให้ทรงพลัง	25
หัวข้อ : Teamwork in practice :	
ทีมเราสำคัญแค่ไหน	31
กระดาษบันทึก	43
ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	47



กำหนดการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ เรื่อง “Basic non-technical skills for healthcare providers”

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR) ชั้น 12 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันจันทร์ที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563	วิทยากรหลัก	วิทยากรร่วม
08.30 – 08.45 น.	ลงทะเบียนภาคเช้า	
08.45 – 10.15 น.	Enhancing performance with NTS : ยกระดับการดูแลผู้ป่วย ด้วย NTS	รศ.ดร. นพ.สีบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์ รศ. ดร. นพ.เชดศักดิ์ ไอรณณรัตน์ รศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ อ.ดร. พญ.วราภรณ์ อิ่มฤทัยเจริญโชค ภ.ญ.มณวรรณ์ เลหาจิริพันธ์ อ. นพ.ศิรส จิตประไพ พว.นันทพร พ่วงแก้ว
10.30 – 12.00 น.	Situation awareness and decision making : เพิ่มทักษะกลางสังหรณ์ สู่การตัดสินใจที่ดีขึ้น	รศ.ดร. นพ.สีบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์ รศ. พญ.กษณา รักขมณี ภ.ญ.มณวรรณ์ เลหาจิริพันธ์
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 – 14.30 น.	Communication skills in healthcare : สื่อสารอย่างไรให้ทรงพลัง	อ. นพ.ศิรส จิตประไพ รศ. พญ.ฉัชรพรรณ จิระติวานนท์
14.45 – 15.30 น.	Teamwork in practice : ทีมเราสำคัญแค่ไหน	อ.ดร. พญ.วราภรณ์ อิ่มฤทัยเจริญโชค รศ. พญ.กษณา รักขมณี
15.30 – 16.00	สรุปการอบรม	รศ. ดร. นพ.เชดศักดิ์ ไอรณณรัตน์ รศ.ดร. นพ.สีบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์ รศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ รศ. พญ.ฉัชรพรรณ จิระติวานนท์ อ.ดร. พญ.วราภรณ์ อิ่มฤทัยเจริญโชค อ. นพ.ศิรส จิตประไพ พว.นันทพร พ่วงแก้ว ภ.ญ.มณวรรณ์ เลหาจิริพันธ์

หมายเหตุ กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

รายชื่อผู้ร่วมอบรม

Basic non-technical skills for healthcare providers

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Basic non-technical skills for healthcare providers รุ่น 1”

ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR) ชั้น 12 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กลุ่มที่ 1

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	ผศ. พญ.	สุดารัตน์	ปิโยพีระพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก
2	พญ.	เกษศิริ	เหล็ยมวานิช	โรงพยาบาลลำปาง	จิตเวชศาสตร์
3	ผศ. นพ.	ประวัฒน์	โฆสิตะมงคล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาศัลยศาสตร์
4	นพ.	ปราการ	ทัตติยกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กุมารเวชศาสตร์
5	รศ. พญ.	งามแข	เรืองวรเวทย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาจักษุวิทยา
6	นางสาว	ทิพย์วิไล	ทวีพันธุ์รัตน์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	สาขาการบริหารทางเภสัชกรรม
7	นาง	รุจิตา	เชี่ยวชาญทอง	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา	ฝ่ายหอผู้ป่วยใน
8	นางสาว	พิริยาพร	พลอยทิพย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล

กลุ่มที่ 2

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	ผศ. ดร.	ชูพงษ์	ทองนาค	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก
2	รศ. นพ.	ชัยเจริญ	ตันธเนศ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก
3	รศ. นพ.	สุรศักดิ์	อังสุวัฒนา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
4	พญ.	จักรวิดา	โกษาการ	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า	โสต ศอ นาสิก
5	นางสาว	เสาวลักษณ์	จันทร์เกษมจิต	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
6	รศ. พญ.	วรางคณา	มันสกุล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	สาขา อายุรศาสตร์
7	อ.ภก.	ทักษิณ	จันทร์สิงห์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	เภสัชกร
8	นพ.	กิตติคุณ	รุ่งเรือง	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา	

กลุ่มที่ 3

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	นาง	อมรรัตน์	จวบสมัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล
2	พญ.	สุกัญญา	รักษขจีกุล	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	จิตเวชศาสตร์
3	นพ.	พลินท์	ลิมปวิทยาพร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ภาควิชาศัลยศาสตร์
4	ผศ. นพ.	กำแหง	วัชรรักษะ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
5	อ. พญ.	เพียงพร	ศักดิ์ศิริวุฒิไธ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาจักษุวิทยา
6	พญ.	หฤทยา	ภูษยานันท์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	สาขา อายุรศาสตร์
7	อ.ดร.ภก	สุภาพ	เตชะมхамณีนรัตน์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	สาขาการบริหารทางเภสัชกรรม

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติ เรื่อง “Basic non-technical skills for healthcare providers รุ่น 1”

ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR) ชั้น 12 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กลุ่มที่ 4

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	ดร.	ชญาณี	เศรษฐบุราโมทย์	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช	ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก
2	นาง	สมควร	พุทธเกษร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล
3	พญ.	ปิยศิริ	เศรษฐบุตร	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชจากรมย์	ศูนย์ผิวหนังและศัลยกรรมตกแต่ง
4	รศ. พญ.	อดิพร	ดวงทอง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาจักษุวิทยา
5	อ. นพ.	รัฐชัย	แก้วลาย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชารังสีวิทยา
6	นพ.	อมรพล	กันเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ภาควิชาศัลยศาสตร์
7	นาง	มานิดา	วาสนสิทธิ์	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา	ฝ่ายบริหารคุณภาพ

กลุ่มที่ 5

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	ดร.	สุกข์สถิต	บูรณะทรัพย์ขจร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
2	นาง	อุมาร	ภูมิศรี	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล
3	ผศ. นพ.	ขวลิต	หงส์เลิศสกุล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช	ศัลยศาสตร์
4	อ.ดร. นพ.	ภาวิต	สมนึก	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
5	ศ. พญ.	อรสา	ขวาลภฤทธิ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชารังสีวิทยา
6	นางสาว	สุชาติ	สุขใส	โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์	หอผู้ป่วยพิเศษ
7	นพ.	ประดิษฐ์	ศรีจใจ	Cosmacare clinic	ตจวิทยา

กลุ่มที่ 6

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	นางสาว	จอมเจียร	ถาวร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช	นักจิตวิทยา
2	นาง	ยุพาวดี	เดชปอง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล
3	พญ.	สิริลักษณ์	วงศ์ชัยสุริยะ	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า	กุมารแพทย์โรคไต
4	อ. ร.อ. นพ.	ปฐม	หัตถ์ละเมียร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
5	ผศ. พญ.	เบญจภาภา	เขี้ยวหวาน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชารังสีวิทยา
6	ร.ต. หญิง	สไบนาง	ท่าจะดี	โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
7	พญ.	ศศิธร	สุจริตธนะการ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ภาควิชาศัลยศาสตร์

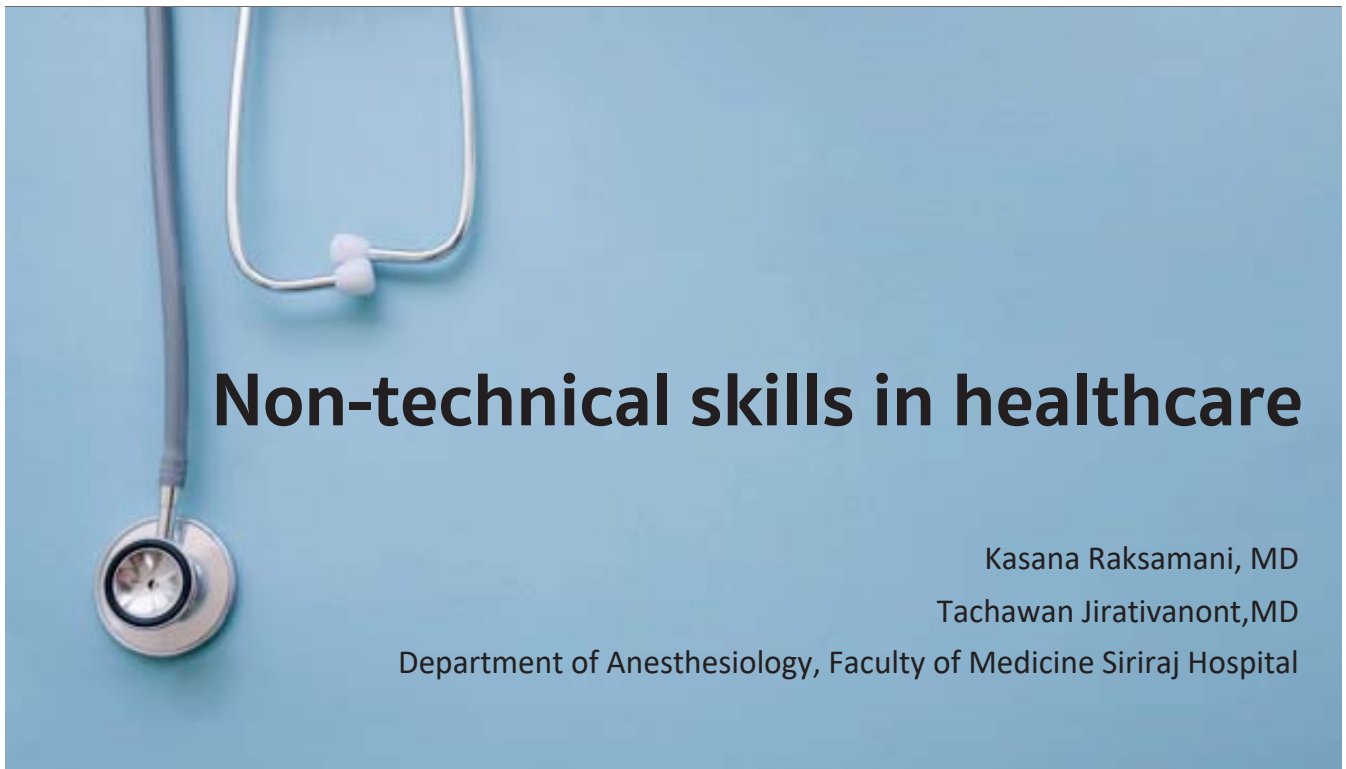
เอกสารประกอบการอบรม



3 Feb 2020

3 Feb 2020

หัวข้อ : Enhancing performance with NTS : ยกระดับการดูแลผู้ป่วย ด้วย NTS

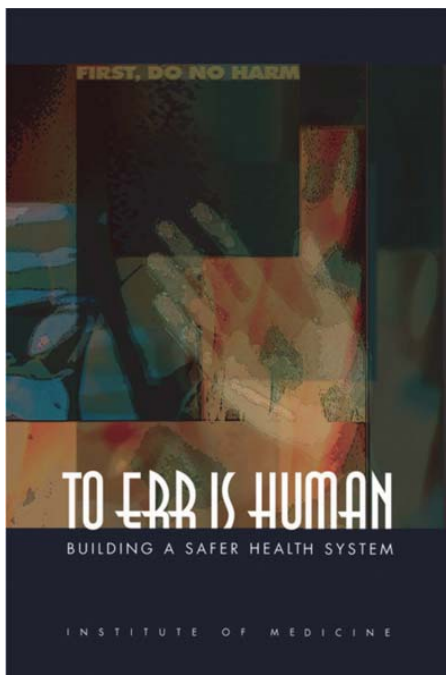


Know yourself, know your environment

- การทำงานของเราไม่ได้ต้องการ **peak human performance** ตลอดเวลา
- **Behavior** และ **style of interaction** กับบุคคลรอบข้าง เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าในการทำให้การทำงานราบรื่น

Medicine is about

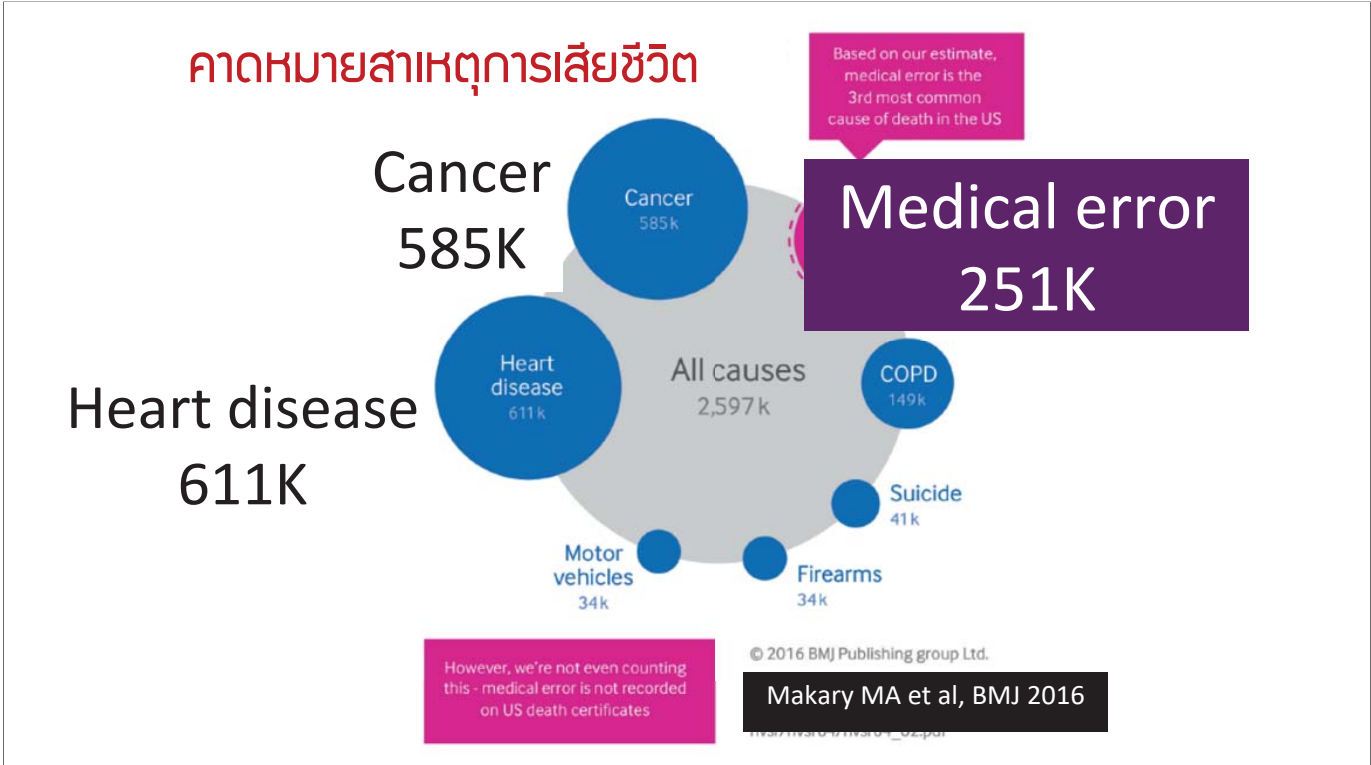
“healing the sick and relieving suffering”

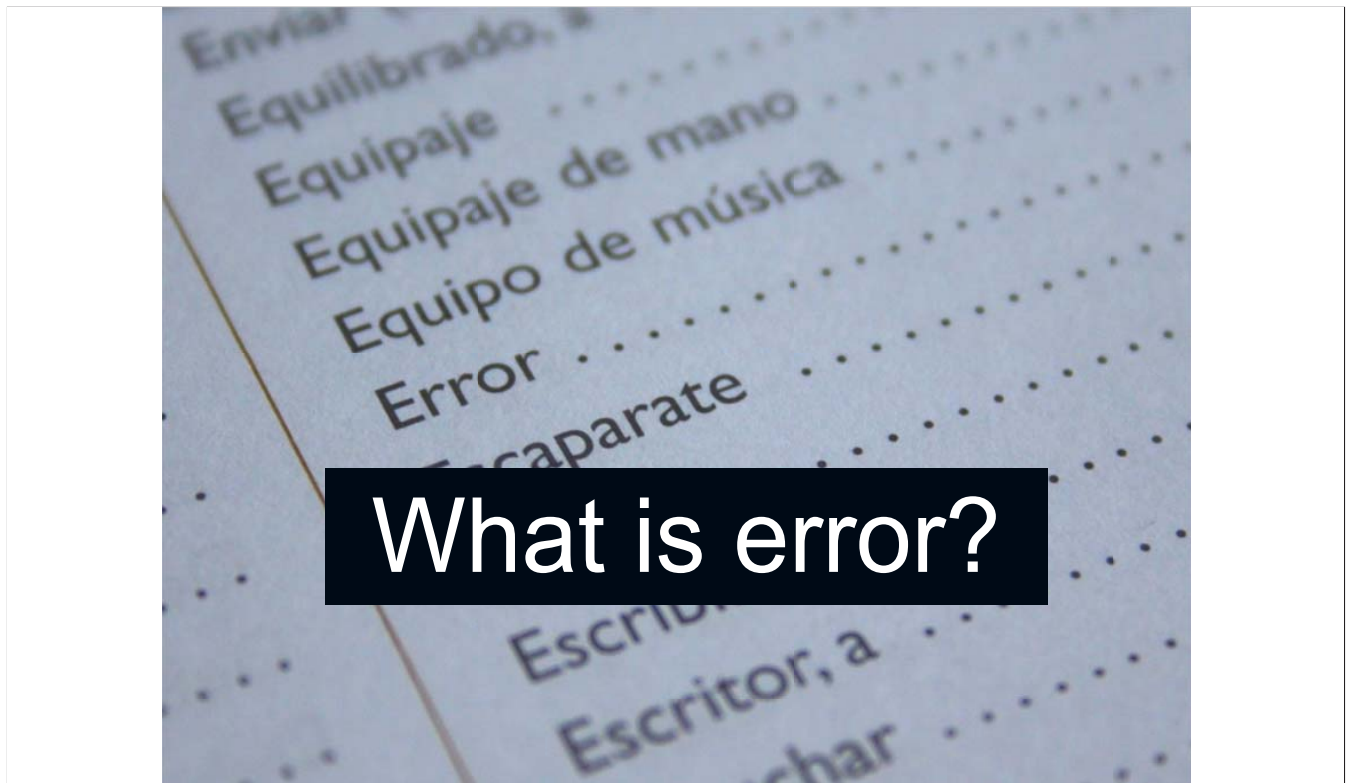


ปัญหาที่พบทางการแพทย์

ผู้ป่วย 44,000 – 98,000
เสียชีวิตจากเหตุที่ป้องกันได้

Kohn L. To err is human: building a safer health system.
National Academy Press; 2000.



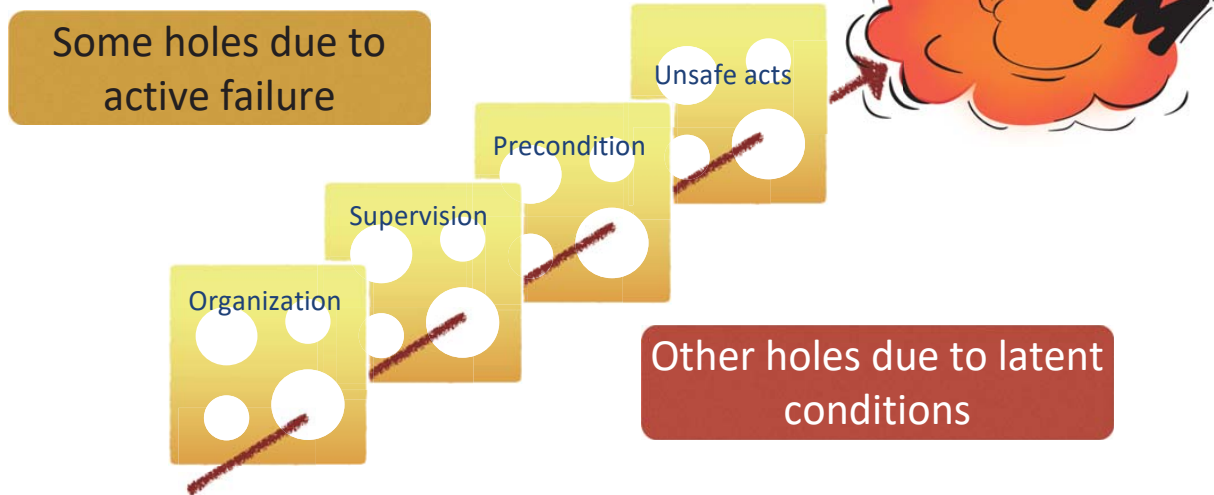


ERROR



การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือ
ไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูก/ที่ควรกระทำ)
ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์หรือ
โอกาสเกิดผลลัพธ์*ที่ไม่พึงประสงค์*

Reason's Model (1997)



How Can These Errors Happen?

- People are fallible.
- Medicine is an art and science.
- Systems frequently do not catch mistakes before they reach the patient.

Ahrq.gov

Three principles of safe design

- Standardize when possible
- Create independent checks
- Learn from defects

Ahrq.gov



Non-technical skills

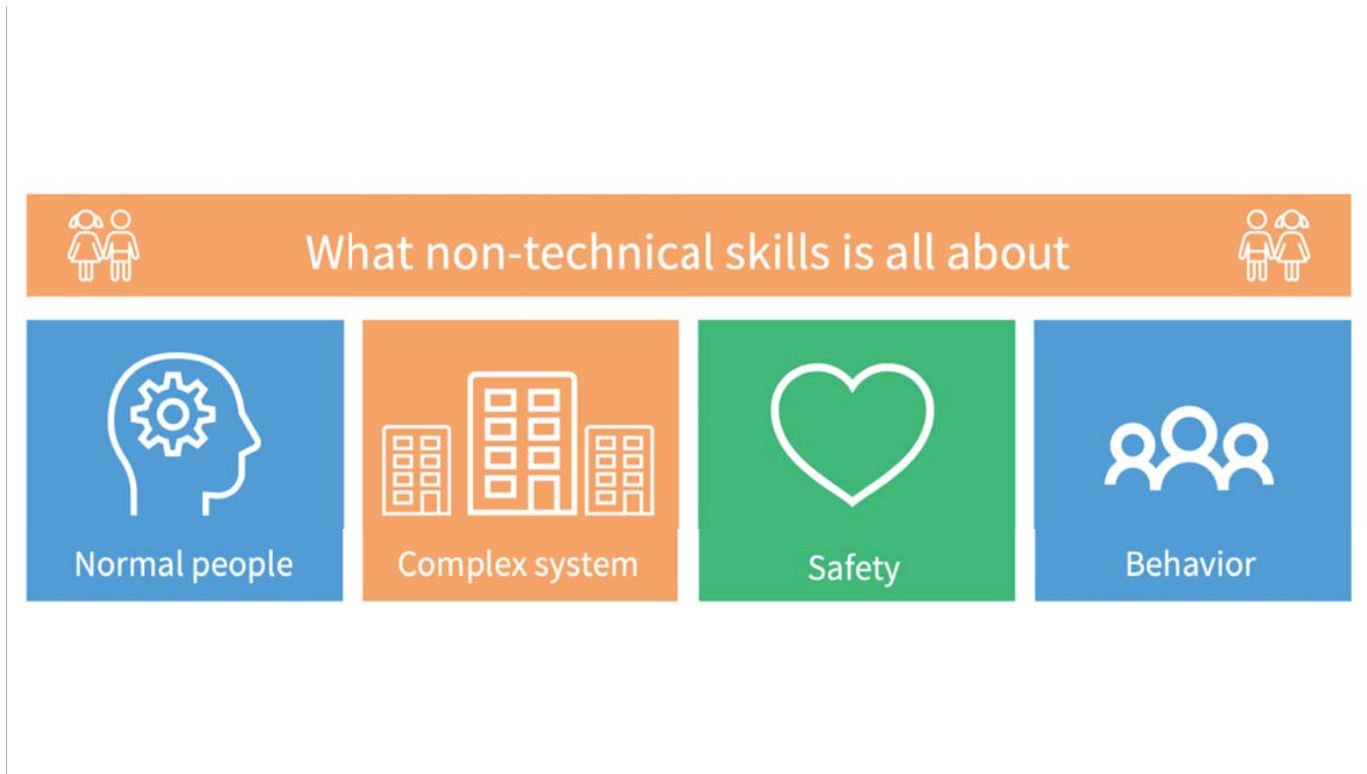
- คือ ทักษะรอบด้านของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย **กระบวนการคิด การสื่อสาร** และ **ทักษะทางสังคม** ที่ใช้ร่วมกับ technical skills เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และประโยชน์สูงสุด เมื่อทำการทํางานใดการทํางานหนึ่ง

Raksamani, k. Teaching non-technical skills in anesthesiology. Thai J Anesth 2015;41:47-52.

Non-technical Skills

People skills,
soft skills,
essential skills,
core skills, employability
skills, work-place know
how,
life skills,
human factor skills





Non-technical skills behavioral marker specific to the trainees

- **NOTECH** : Pilots' non-technical skills
- **ANTS** : Anesthetists' non-technical skills
- **ANTS-AP** : Anesthetic Non-technical Skills for Anesthetic Practitioners
- **NOTSS** : Non-technical Skill for Surgeons
- **SPLINTS** : Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills

www.abdn.ac.uk/iprc/tools/

Non-technical skills เป็นพฤติกรรม ไม่ใช่นิสัย



3 Feb 2020

หัวข้อ : Situation awareness and decision making : เพิ่มทักษะกลางสังหรณ์ สู่การตัดสินใจที่ดีขึ้น



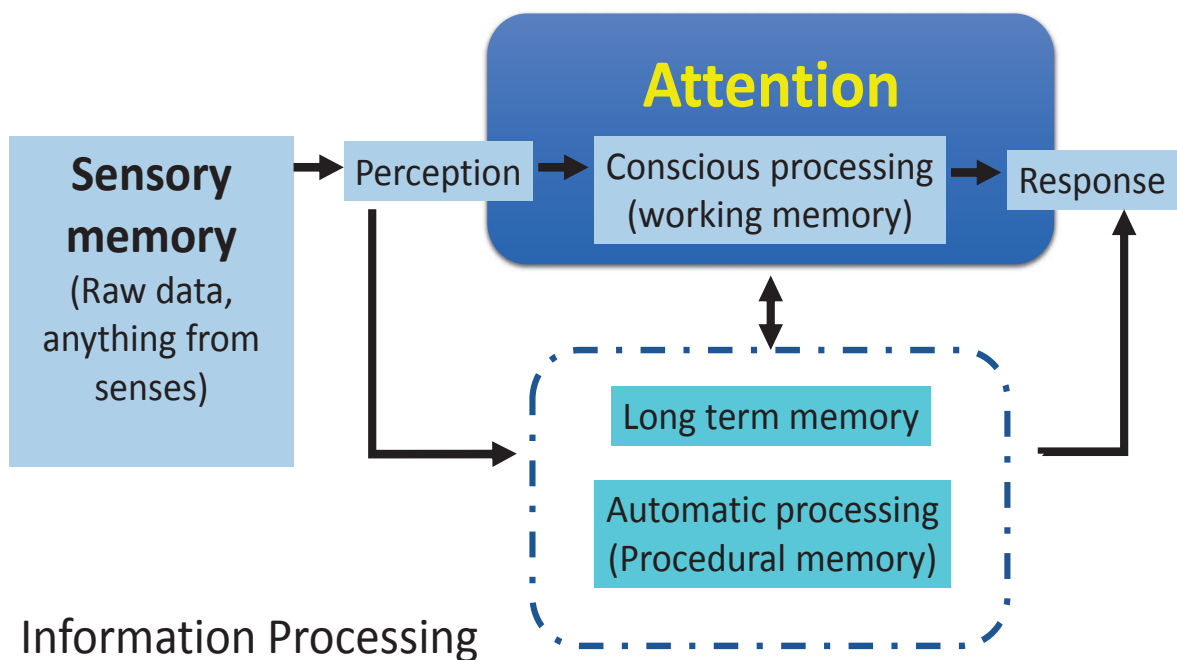
Situation awareness & decision making

สร้างภาวะตื่นรู้ สู่การตัดสินใจ

จับคู่ อ่านสี่ภาษาอังกฤษ จากซ้ายไปขวา ทีละแถว

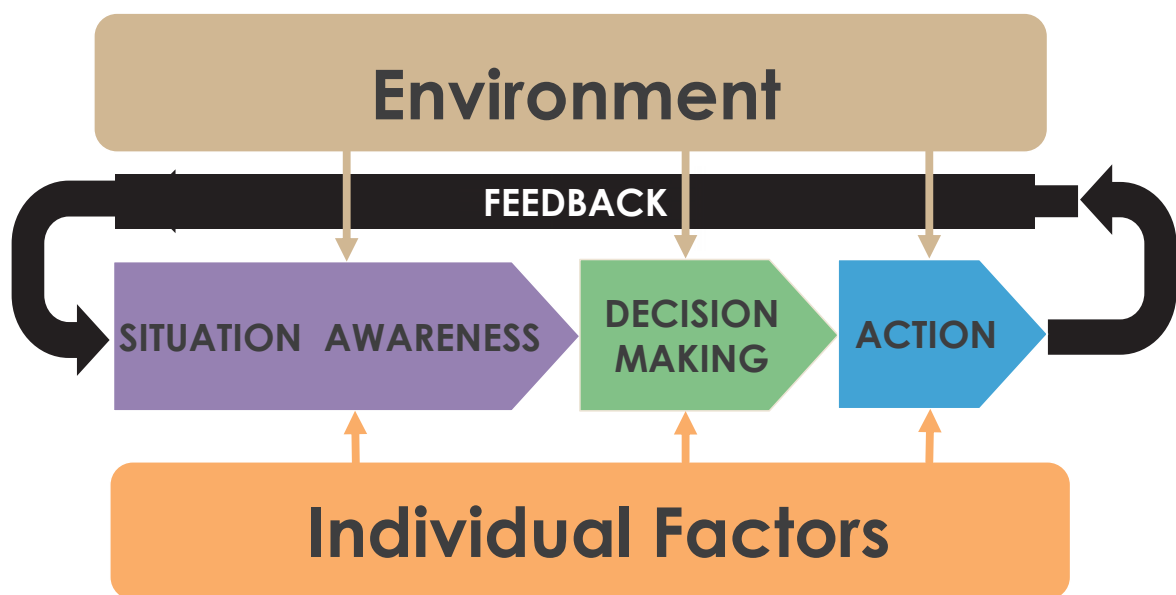
จับคู่ อ่านสี่เป็นภาษาไทย จากซ้ายไปขวา ทีละแถว ภายใน **10** วิ

เกิดอะไรขึ้นกับความสามารถของเรา



Flight-crew human factors handbook CAP 737

**“Cognitive process”
does matters in patient safety.**



Information Acquisition and Processing

Endsley M; Endsley's model of SA

Situation Awareness: การตระหนักรู้ในสถานการณ์**“knowing what is going on”**

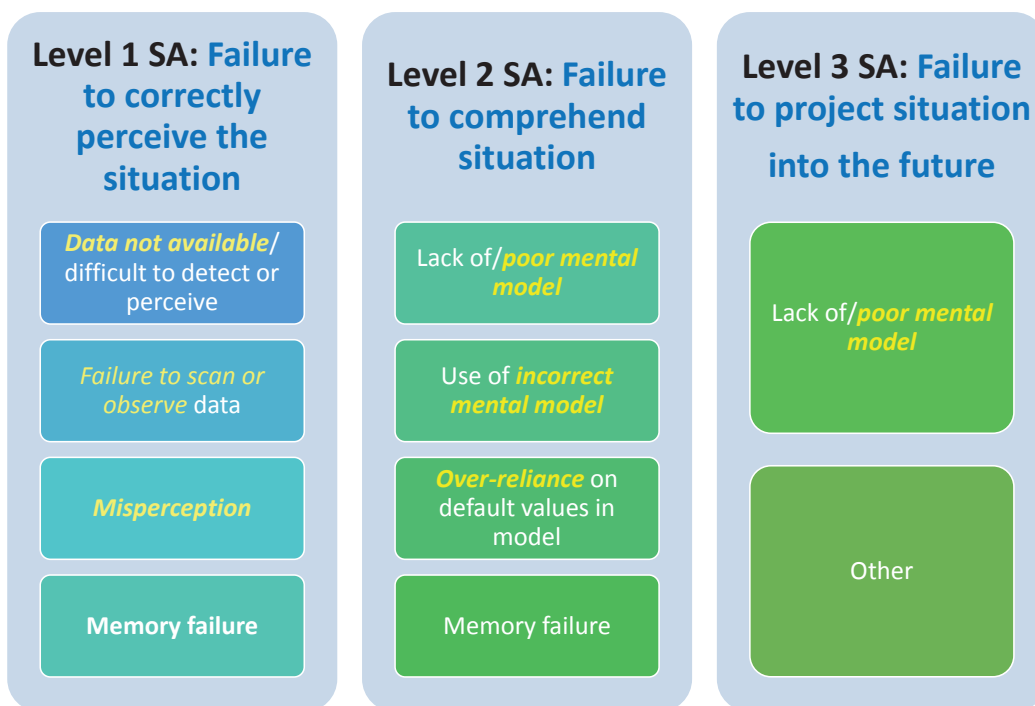
- ในกลุ่มของท่าน แบ่งกันสังเกตพฤติกรรมของ

extern และ *resident*

- มีปัญหาใน *situation awareness* และ/หรือ

decision making หรือไม่ อย่างไร

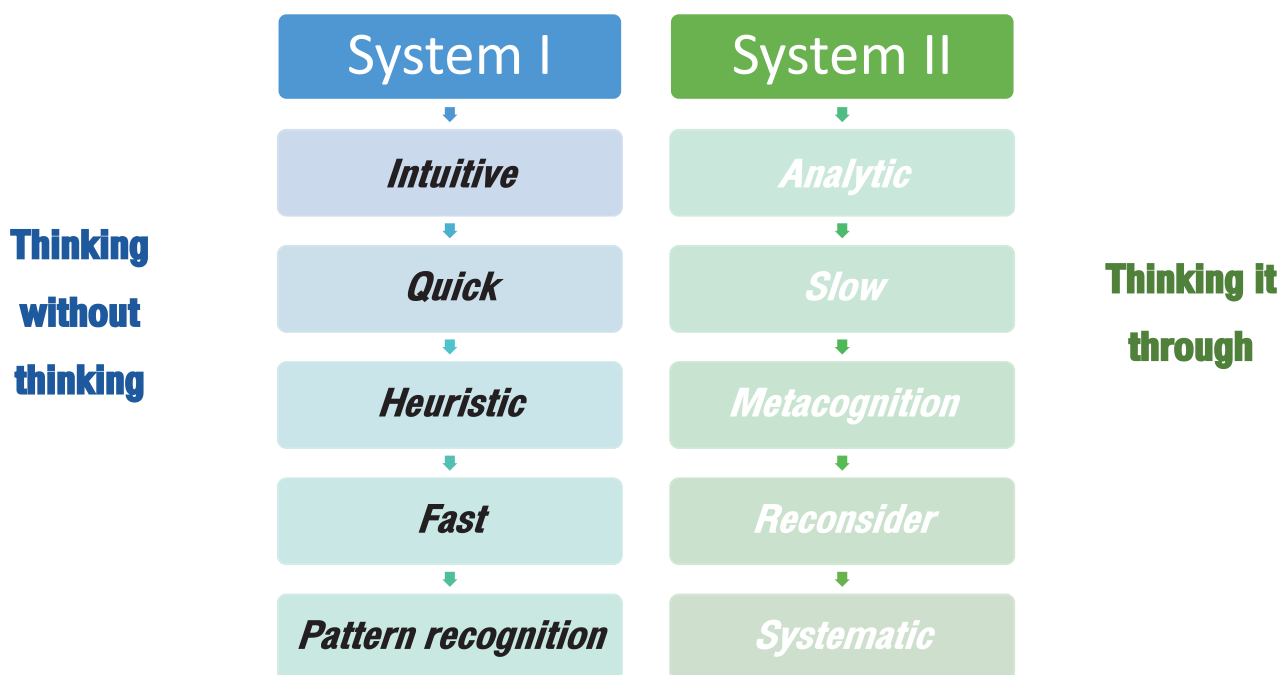
Clip VDO
Extern and Med Student



SA Error Taxonomy (Endsley, 1995)

How we make decision?

Dual Process Theory
Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*



Cognitive Bias VS. Affective bias



- A decision-making “bias” refers to a systematic preference to **exclude certain perspectives** on decision possibilities

Stiegler MP, Cognitive knowledge in anesthesiology, Decision making, 2014



3 Feb 2020

หัวข้อ : Communication skills in healthcare : สื่อสารอย่างไรให้ทรงพลัง



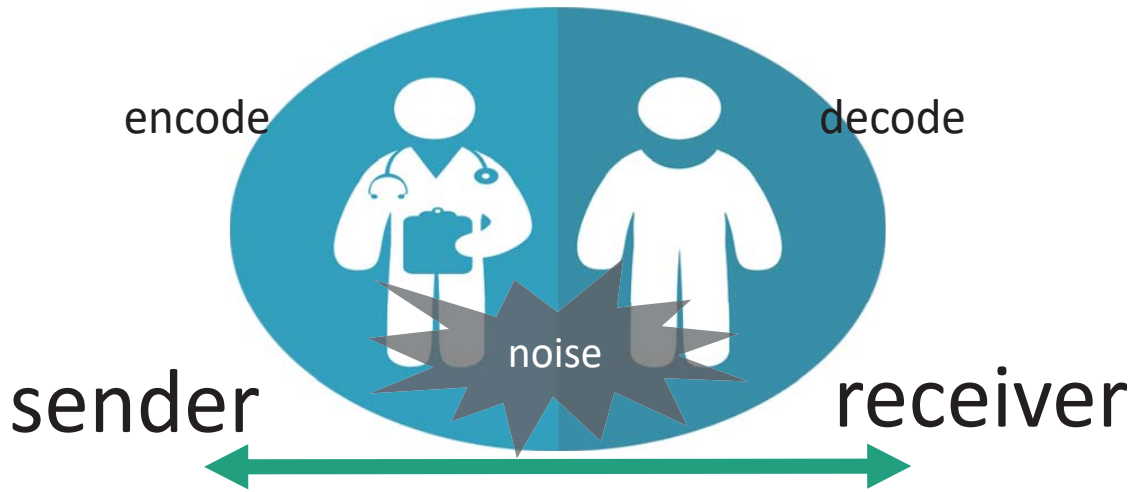
Communication Skill in Healthcare

- Suebwong Chuthapisith, MD
- Tachawan Jirativanont, MD.



การสื่อสาร
คือ การส่งต่อข้อมูล

โครงสร้างของการสื่อสาร



Effective Communication

Communication failures have been reported at the root of over 60% of sentinel events report.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Sentinel event statistics, June 2003

ตัวอย่างการสื่อสารที่ล้มเหลว

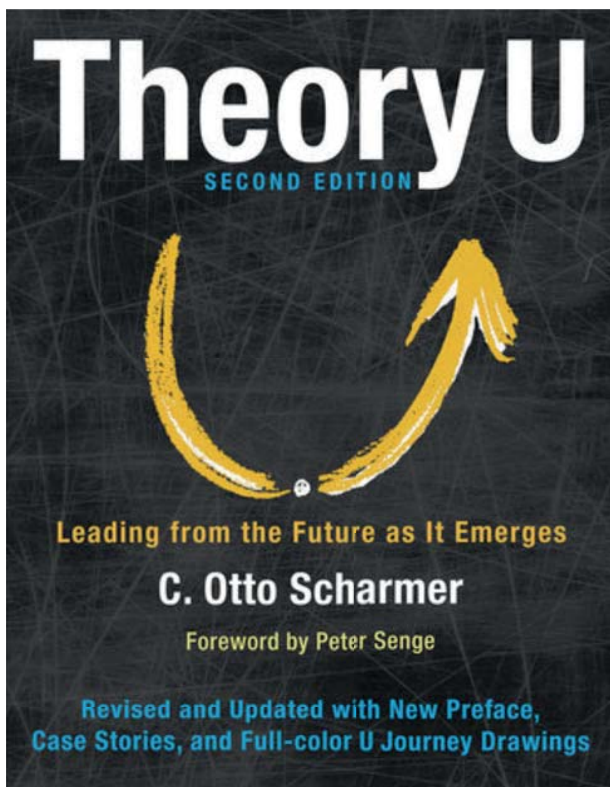


- ล้มเหลวในโอกาส (occasional failures)
- ล้มเหลวในข้อมูล (content failures)
- ล้มเหลวในตัวผู้ฟัง (audience failures)
- ล้มเหลวในเจตจำนง (purpose failures)

ได้ฟัง Hearing or Listening ได้ยิน



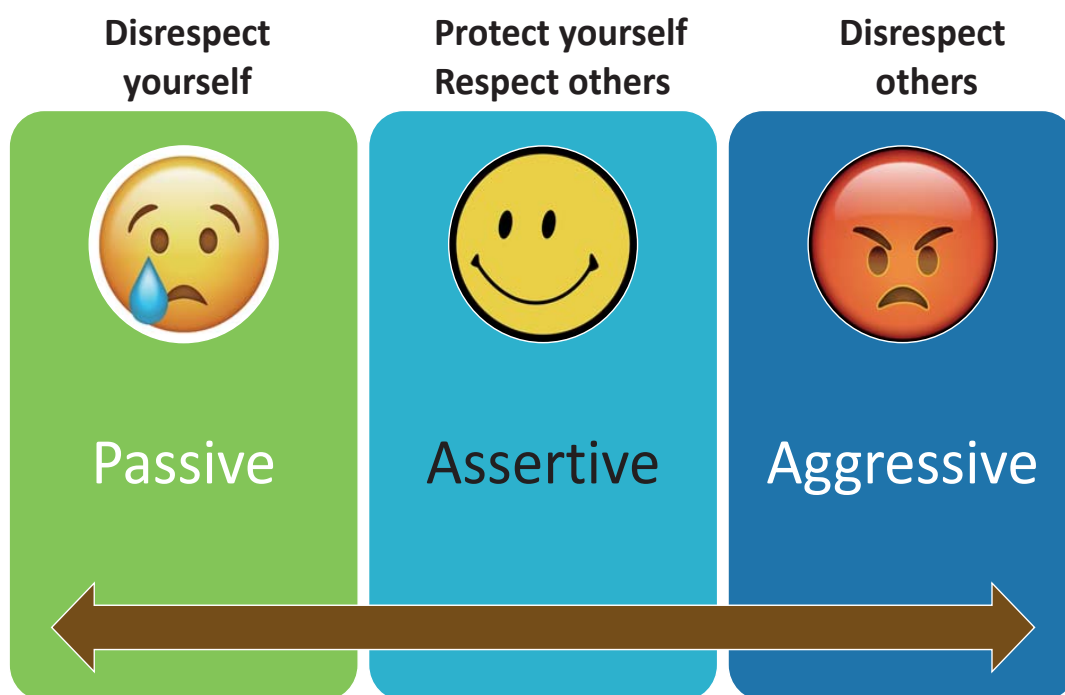
Decoding:
Extracting information



Theory U
Otto Scharmer

Level 1 Downloading Habits of judgement	→	Reconfirming old opinions
Level 2 Factual Noticing differences	→	Disconfirming (new) data
Level 3 Empathic Emotional connection	→	Seeing through another person's eyes
Level 4 generative from the future wanting to emerge	→	Connecting to the future

Theory U: Otto Scharmer



How to be assertive

- Direct พูดตรง
- Honest ซื่อสัตย์ เห็นแก่ความถูกต้อง
- Courteous มีมารยาท
- Respect เคารพ

ขั้นตอน
assertive



3 Feb 2020

หัวข้อ : Teamwork in practice : ทีมเราสำคัญแค่ไหน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 ม.ค. — เม.ย. 2561

การสอนการทำงานเป็นทีม โดยการ ใช้สถานการณ์จำลอง

ธัชวราณ จิระดิวานนท์ พ.บ.

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

บทคัดย่อ

การทำงานในวิชาชีพแพทย์ ต้องทำงานร่วมกับบุคลากรมากมายหลายระดับ การทำงานเป็นทีมเป็นทักษะพื้นฐานที่แพทย์ทุกคนพึงมี ควบคู่ไปกับการมีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ที่ดี หากแต่ในความเป็นจริง ทักษะนี้มักถูกมองข้าม ไม่มีการเรียนการสอนอย่างจริงจังในโรงเรียนแพทย์ ส่งผลให้นักศึกษาแพทย์ส่วนหนึ่งที่จบการศึกษาไป ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ และส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย ทักษะการทำงานเป็นทีมที่ควรได้รับการฝึกสอน ประกอบด้วย การรู้จักกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน การรู้จักองค์ประกอบของทีม การเป็นผู้นำและการเป็นผู้ตาม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการรู้จักสังเกตสถานการณ์ต่างๆ

การสอนการทำงานเป็นทีม สามารถทำได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงกระตุ้นการตระหนักความสำคัญ ช่วงฝึกฝนและรับฟังข้อเสนอแนะ และ ช่วงต่อยอดความรู้ต่อเนื่อง การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเข้ามามีบทบาทในช่วงที่ 2 และ 3 เพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ให้กับผู้เรียน และวิเคราะห์ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดเป็นองค์ความรู้ เพื่อส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป ผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมและประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สอนต้องมีความรู้ทั้งหลักการของการทำงานเป็นทีม และความสามารถในการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

คำสำคัญ : ทักษะ non-technical; การทำงานเป็นทีม; สถานการณ์จำลอง; การสอนทีม

Abstract: **Team-training in Healthcare: The Role of Simulation**
Tachawan Jirativanont, M.D.

*Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Med Bull 2018;11(1): 34-45

In the healthcare system, working coordinately with multidisciplinary medical personnel is essential. Teamwork is a fundamental skill that every physician should have, in combination with the advance knowledge and skillful technical management. However, in the real world, the teamwork skill has not been taught consistently in medical school, which might result in problem working with others and has an effect on patient outcome. Teamwork components should compose of team goals, team structure, leadership, communication, and situation monitoring.

Teaching teamwork skills are divided into three phases, which are awareness, practice and feedback and continual reinforcement phase. Simulation plays an important role, especially in the second and third phase. It has a big advantage in creating the experience for students so that they can learn from their practice. Experiential learning has an impact on critical thinking and behavioral changing, which are influenced by simulation educators. The knowledge of teamwork skills with the ability in simulation teaching is required to be an effective trainer.

Keywords: Non-technical skills; teamwork; simulation; teamwork training

Correspondence to: Tachawan Jirativanont, E-mail: tachawan.jir@mahidol.ac.th

บทนำ

การทำงานในวิชาชีพแพทย์ ประกอบด้วยศาสตร์ และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วย การมีความรู้ทางการแพทย์ ที่ถูกต้องทันสมัยและมีความสามารถในการทำหัตถการ เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และเป็นสิ่งที่โรงเรียนแพทย์ มักให้ความสำคัญ หากแต่การเป็นแพทย์ที่ดี จำเป็น ต้องเรียนรู้ทักษะที่นอกเหนือจากนั้น ไม่ว่าจะเป็น การ มีความระแวดระวัง, การตัดสินใจ, การสื่อสาร ทั้งกับ ผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงผู้ร่วมงาน หรือแม้แต่การ ทำงานเป็นทีม เพื่อจุดมุ่งหมายสูงสุดคือ ความ ปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งทักษะที่กล่าวมานี้ มีการกล่าวถึง อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน และเรียกทักษะดังกล่าวว่า non-technical skills

มีการให้คำจำกัดความของ ทักษะ non-technical ว่าเป็น “ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ส่งเสริม กับความรู้ และทักษะหัตถการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อ เพิ่มศักยภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย”¹ ทักษะเหล่านี้มีหลากหลาย และมีประเด็นแตกต่างกันในรายละเอียด ที่ผ่านมา การเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ มักไม่ได้ถูกสอนอย่างเป็นรูปธรรม มักเป็นการเรียนรู้ จากประสบการณ์ หรือสังเกตจากอาจารย์ผู้ใหญ่ ใน ลักษณะของ role model ทำให้การเรียนรู้มีความ หลากหลาย ผู้เรียนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกฝน ใน ปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับการเรียนการสอน ทักษะนี้มากขึ้น² และมีการเรียนการสอนกันอย่างเป็น ระบบมากขึ้นในโรงเรียนแพทย์ ในที่นี้จะขอยกกล่าวถึง ทักษะการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นหนึ่งในทักษะทาง สังคม ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ทุกคน ควร ได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน

ความปลอดภัยทางการแพทย์

เป็นที่ประจักษ์แล้วว่า การทำงานในการดูแลผู้ป่วย มีความเสี่ยง ซึ่งแตกต่างกันไปตามลักษณะงาน โดย องค์การหรือหน่วยงานที่มีความซับซ้อน ต้องดูแลผู้ป่วย ในภาวะวิกฤติ หรือต้องทำงานในภาวะที่ตึงเครียด แข่งกับเวลา และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา มักเกิดความผิดพลาดที่รุนแรงในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้ง่าย จากรายงานในปี 1999 “To Err Is Human:

Building a Safer Healthcare System”³ ได้มีการ ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทางการแพทย์ ประมาณ 44,000-98,000 คนต่อปี ได้เสียชีวิตไปจาก สาเหตุที่สามารถป้องกันได้ จากการประมาณการณ ค่าว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์ น่าจะเป็นสาเหตุ การเสียชีวิต อันดับ 3 ในสหรัฐอเมริกา รองมาจาก โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง⁴

ความผิดพลาดทางการแพทย์⁴ ในที่นี้ หมายถึง การกระทำที่ไม่ได้ตั้งใจกระทำ (ไม่จะเป็นการลงมือทำ หรือไม่ลงมือทำ) หรือ การกระทำที่ไม่สามารถทำให้เกิด ผลอย่างที่ตั้งใจ หรือ ความล้มเหลว/ผิดพลาดในการ วางแผนในการดูแลผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนจาก สิ่งที่ควรจะเป็นในกระบวนการการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจ ส่งผลให้เกิดหรือไม่เกิดความสูญเสียขึ้นกับผู้ป่วยก็ได้ จะเห็นได้ว่าความผิดพลาดเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นเรื่อง ของกระบวนการ ซึ่งหากได้รับการดูแลอย่างทันทั่วทั้งที จะไม่เกิดความสูญเสียต่อผู้ป่วย (near miss) และทำให้ คิดว่าไม่เกิดความผิดพลาด เมื่อไม่เกิดความสูญเสีย จึงมักไม่ได้รับการนำมาปรับปรุงแก้ไข หากแต่ความ ผิดพลาดในลักษณะดังกล่าวเป็นส่วนที่มีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์กร เพื่อไม่ให้เกิดความ ผิดพลาดซ้ำอีก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความสูญเสีย ที่ยิ่งใหญ่ได้

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดพลาด เกิดขึ้นได้ จากทั้งระบบ หรือปัจจัยส่วนบุคคล รวมไปถึงปัจจัย มนุษย์ (human factor) ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขไปพร้อมกัน การพัฒนาทักษะ non-technical เป็นการพัฒนาปัจจัย ส่วนบุคคล เพื่อให้การทำงานมีความราบรื่นยิ่งขึ้น ความรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์ และความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย นับว่าเป็นความรู้พื้นฐาน ที่ผู้ที่ทำการเรียนการสอนทักษะนี้ จำเป็นต้องให้ความ สำคัญ และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

การทำงานเป็นทีมกับความปลอดภัยทางการแพทย์

ในการทำงานทางการแพทย์ จำเป็นต้องทำงาน ร่วมกันกับบุคลากรอื่น ทั้งในหน่วยงานเดียวกันและ ต่างสาขาวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม หมายถึง การ ทำงานร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อ

จุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยแต่ละบุคคลต้องมีบทบาทชัดเจน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ⁹ ทีมทางการแพทย์มีความแตกต่างจากองค์กรอื่น ๆ คือ บุคลากรในทีมมีความหลากหลายในวิชาชีพ (multidisciplinary team) ที่ทำงานภายใต้งานที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีความกดดันจากเวลาและสถานะของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทีมมักเป็นลักษณะของทีมเฉพาะกิจ ที่ต้องสามารถทำงานร่วมกันได้¹⁰ หากแต่ที่ผ่านมาพบว่า การทำงานเป็นทีมมักมีปัญหา และมักไม่มีการเรียนการสอนเรื่องการทำงานร่วมกันอย่างทั่วถึง

ปัญหาที่พบในการทำงานเป็นทีม ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ การขาดการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรภายในทีม สื่อสารในเวลาและเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ไม่มีวัตถุประสงค์ที่แน่ชัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ทำงานไม่รู้แผนงานที่ชัดเจน ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง หรือไม่กล้าที่จะให้คำแนะนำกับบุคลากรอื่น ๆ ที่มีปัญหาในการทำงานนั้น ๆ^{7,8} ปัญหาเหล่านี้มักเป็นปัญหาที่ซ่อนอยู่ในหน่วยงาน ไม่มีการรายงานออกมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในสังคมไทย ที่มักมีความเกรงใจเข้ามาเกี่ยวข้อง และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามคำสั่งของผู้ที่มีบทบาทเหนือกว่า โดยไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ซึ่งอาจส่งผลให้การทำงานไม่ราบรื่น หรือส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยได้

ทีมที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร

ก่อนจะทำความรู้จักว่าทีมที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร ขอยกตัวอย่างสถานการณ์จำลองในห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อประกอบการอภิปราย

“ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เวลา 21.00 น. นางสาวลิ นุญช่วย (นามสมมติ) ผู้ป่วยหญิงอายุ 79 ปี ญาติพบหมดสติ ล้มอยู่ในห้องนอนประมาณ 30 นาที ก่อนญาติเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ก่อนหน้านี้อาสาสมัครดูแลตัวเองได้จนกระทั่ง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติได้ยินเสียงผู้ป่วยล้มหมดสติอยู่ในห้องนอน”

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการทำงานเป็นทีม เพื่อ

ให้การทำงานเป็นทีมประสบความสำเร็จ^{9,10} มีดังนี้

1. มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน และเป็นจุดมุ่งหมายที่จับต้องได้

เช่นในกรณีด้านบน บุคลากรทุกคนพึงตระหนักถึงจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และอยู่บนพื้นฐานของความปลอดภัย ซึ่งควรประกอบด้วยจุดมุ่งหมายย่อยที่จับต้องได้ แล้วแต่บริบทของแต่ละที่ เช่น สามารถวินิจฉัย รักษาเบื้องต้น และส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางได้ภายใน 3 ชม. เป็นต้น หากแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ แต่ละคนมักไม่ได้คำนึงจุดมุ่งหมายร่วมกัน และสนใจแต่จุดมุ่งหมายของตัวเอง เช่น ในสถานการณ์นี้แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินอยากรีบตรวจและส่งผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุดเพื่อผลภาระรับผิดชอบ โดยอาจยังไม่ได้ให้การรักษาที่เหมาะสม พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล เกี่ยงงานกันในช่วงต่อเวร เพราะคิดว่าไม่ใช่ภาระหน้าที่ของตน หรือแม้แต่ผู้เรียน เช่น นักศึกษาแพทย์ ที่อาจมองผู้ป่วยเป็นแค่ให้เขาได้เรียนรู้และเขียนรายงาน โดยไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามบทบาทของตนเอง เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การกำหนดจุดมุ่งหมายเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการทำงานร่วมกัน มักขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลนั้น ๆ ในการทำงาน รวมถึงการปลูกฝังและการวางมาตรฐานขององค์กร

2. รู้จักองค์ประกอบของทีม

ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ มีใครบ้าง

2.1. ทีมแกนหลัก (core team) คือ กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการให้การรักษาและดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องมีหัวหน้าทีม (team leader) และลูกทีม (team members, followers) ที่มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน ในสถานการณ์นี้เกิดขึ้นในห้องฉุกเฉิน ผู้ที่ทำหน้าที่อยู่ในทีมแกนหลัก จึงควรมี (อย่างน้อย) แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล รวมไปถึงจนถึง เภสัชกรที่จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

2.2. ทีมประสานงาน (coordinating team) คือ กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ เพื่อให้ทีมหลักทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3. ทีมฉุกเฉิน (contingency team) คือ กลุ่มบุคคลที่มาช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เช่น cardiac arrest team, rapid response team

2.4. ทีมสนับสนุน (ancillary and support service) คือ กลุ่มบุคคลที่ทำงานด้านบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยราบรื่นปลอดภัย เช่น ด้านความสะอาด สภาพแวดล้อม ด้านการบริหารจัดการข้อมูล เป็นต้น

2.5. ฝ่ายบริหาร (administration) คือ กลุ่มบุคคลที่ดูแลด้านนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

2.6. ผู้ป่วย และญาติ

จะเห็นได้ว่า มีกลุ่มบุคคลหลายกลุ่มเข้ามา มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ขอให้พึงระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยและญาติ ก็เป็นส่วนหนึ่งของทีม ที่มีส่วนสำคัญในการออกความเห็น และตัดสินใจในการดูแลรักษา ในขณะที่เดียวกัน โครงสร้างของทีมอาจเปลี่ยนแปลงไป หากมีการส่งต่อการรักษาให้กลุ่มบุคคลอื่น เช่น มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ทีมหลักที่จะดูแลผู้ป่วยจะเปลี่ยนเป็นทีมในรถฉุกเฉิน และเมื่อผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลที่ส่งตัวไปแล้ว ทีมหลักในการดูแลจะเป็นทีมที่ห้องฉุกเฉิน หรือทีมเฉพาะ ที่ทำการดูแลโรคนั้น ๆ เป็นต้น

3. มีหัวหน้าทีมที่มีศักยภาพ และมีลูกทีมที่รู้จักหน้าที่ของตนเอง

3.1. หัวหน้าทีม (leader) มีบทบาทสำคัญ และเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การทำงานเป็นทีม ประสบผลสำเร็จ หัวหน้าทีมมี 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ หัวหน้าทีมที่เกิดจากการแต่งตั้ง (designated team leader) ได้แก่ แพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง จากสถานการณ์ตัวอย่าง หัวหน้าทีม คือ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน และหัวหน้าทีมที่เกิดขึ้นเพราะสถานการณ์ (situational team leader) เช่น หากในสถานการณ์สมมติ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องไปทำกิจกรรมที่สำคัญกว่า พยาบาลอาวุโสที่อยู่ในห้อง

ฉุกเฉินขณะนั้น จะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วย การจะเป็นหัวหน้าทีมที่ดีได้นั้น ต้องมีการฝึกฝน จัดเป็นทักษะอย่างหนึ่งที่แพทย์ทุกคนจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ เป็นทักษะที่พัฒนาได้ และควรปลูกฝังให้มีการพัฒนาตั้งแต่ยังเป็นแพทย์ฝึกหัด แพทย์บางท่านคิดว่าประสบการณ์จะสอนเราได้เอง หากแต่ความเป็นจริงนั้น ประสบการณ์ไม่สามารถสอนทุกคนได้ และอาจทำให้การฝึกฝนทำได้ยากลำบากมากขึ้น

หน้าที่หลักของหัวหน้าทีม คือ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย และวางแผนจัดการและประสานงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้กับลูกทีม โดย

3.1.1. จัดลำดับความสำคัญของงาน และวางแผนการทำงาน

3.1.2. ให้การตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

3.1.3. แบ่งงานภายในทีมตามความสามารถของแต่ละบุคคลอย่างเท่าเทียม

3.1.4. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งสิ่งของและมนุษย์อย่างคุ้มค่า

3.1.5. ติดตามการทำงานที่เกิดขึ้น และพร้อมปรับเปลี่ยนแผนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

3.1.6. แก้ปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นภายในทีม

จะเห็นได้ว่า หัวหน้าทีมมีหน้าที่หลักเกี่ยวข้องกับการวางแผน การแก้ปัญหา และการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย หัวหน้าทีมที่ดีจึงควรส่งเสริมและนำการทำกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่

1) การสรุปกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติ (briefs) โดยหากมีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลเดิม หรือจากหน่วยกู้ภัย จะช่วยให้การวางแผนในทีมทำได้ง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมาจากบ้าน จึงเป็นการยากหากจะวางแผนล่วงหน้าในการ

ดูแลผู้ป่วยรายนี้ก่อนการชักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น ในสถานการณ์ ตัวอย่าง เมื่อมีผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ผู้เป็นหัวหน้าทีมควรมีการวางแผนกับลูกทีมให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะโคมา จำเป็นต้องดูแลอย่างไรรับด่วนตามหลัก ABC มีการมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละบุคคลให้ชัดเจน เป็นต้น

2) การทบทวนกิจกรรมขณะลงมือปฏิบัติ (huddles) เช่น ในสถานการณ์ ตัวอย่าง หลังจากการตรวจร่างกาย และช่วยเหลือเบื้องต้น สงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke) ต้องได้รับการส่งตัวเพื่อการวินิจฉัย และรักษา ต่อเนื่อง หัวหน้าทีมจำเป็นต้องทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำไป และวางแผนการดูแล เช่น ใส่ท่อหายใจ การดูแลความดันโลหิต ประเมินการทำงานที่เกิดขึ้นว่ามีสิ่งใดส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้นอีกหรือไม่ เช่น อาจมีการให้น้ำในปริมาณมากในเวลาอันรวดเร็ว หรือ ให้การช่วยหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพจนอาจทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เป็นต้น

3) การทบทวนกิจกรรมหลังลงมือปฏิบัติ (Debriefs) เป็นขบวนการที่นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน ในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมที่ดีควรมีการวิเคราะห์สิ่งที่ทีมได้ทำไป ทั้งสิ่งที่ทำได้ดีและควรปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การทำงานในครั้งหน้าทำได้ดี และราบรื่นยิ่งขึ้น

3.2. ลูกทีม (team members, followers) ทีมที่ดี จำเป็นที่ทุก ๆ คนในทีมต้องรู้หน้าที่ของตนเอง เคารพและเชื่อมั่นในกันและกัน ถ้าที่จะแย้งเมื่อเห็นว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ลูกทีมอาจจำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้า

ทีมในบางสถานการณ์

4. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารทางการแพทย์ ประกอบด้วย การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน และการสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติ โดยการทำงานเป็นทีมในที่นี้ จะเน้นเรื่องการสื่อสารกับผู้ร่วมงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน หลักการที่สำคัญคือ ชัดเจน กระชับ และถูกต้อง (3C: clear, concise, correct) ทราบว่าเวลาใดควรพูดอะไร พูดกับใคร ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ก่อให้เกิดการเข้าใจผิดหรือบาดหมางน้ำใจกัน ในปัจจุบันมีลักษณะการพูดที่แนะนำให้ทำในบางช่วงสถานการณ์ ซึ่งเป็นลักษณะการพูดที่ฝึกได้ และเข้าใจง่าย เช่น

- **ISBAR** (I=introduction, S=situation, B=background, A=assessment, R=recommendation) เป็นลักษณะการพูดเพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องการการตัดสินใจ หรือการดูแลอย่างรีบด่วน และเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ส่งไปนั้นมีความถูกต้อง
- **Check-back** เป็นลักษณะการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ผู้พูดส่งไป ผู้รับสารรับรู้ เข้าใจถูกต้อง เช่น ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยแพทย์สั่ง “ให้ adrenaline 1mg IV push”, พยาบาลทวน “adrenaline 1mg IV push ค่ะ”, แพทย์ทวนอีกครั้ง “ถูกต้องครับ” โดยการสื่อสารที่ตื่นอกจากมีการ check back แล้วต้อง closed loop โดยทำ check-back และบอกกลับอีกครั้ง เมื่อให้ยานั้น ๆ หรือทำกิจกรรมใด ๆ ตามที่สั่งเรียบร้อยแล้ว “adrenaline 1mg IV push เรียบร้อยค่ะ”
- **I PASS THE BATON** (I=introduction, P=patient, A=assessment, S=situation, S=safety the B=background, A=action, T=timing, O=owners, N=next) เป็นตัวอย่างเทคนิคการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูลช่วงส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยกำลังจะได้รับการดูแลโดยทีมใหม่ ข้อมูลที่จำเป็นต้องรู้ ต้องได้รับการส่งต่ออย่างชัดเจน และหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ยังไม่จำเป็น ผู้รับข้อมูลต้อง

ยืนยันความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ

5. มีการสังเกตการณ์สถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดเวลา (situation monitoring) มีองค์ประกอบสำคัญคือ

5.1. การสังเกตการณ์ (situation monitoring) เป็นทักษะของแต่ละบุคคลที่จะตรวจสอบ และพิจารณาสถานการณ์รอบด้านอย่างรอบคอบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ ต้องมีการสังเกตบุคลากรภายในทีมว่าแต่ละคนสามารถทำงานของตัวเองได้ดีหรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้าง, สังเกตสภาพแวดล้อมว่ามีอะไรที่มีผลต่อการทำงานหรือไม่ เช่น ขณะดูแลผู้ป่วยรายนี้ อาจมีผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นที่ไม่มีใครดูแลเบื้องต้น และที่สำคัญต้องรับรู้ว่าการดูแลที่เราทำอยู่ประสบความสำเร็จ ตามที่คาดการณ์หรือไม่ หรือพิจารณาตามหลัก STEP (S=status of the patient, T=team member, E=environment, P=progress toward goal)

5.2. การรับรู้สถานการณ์ (situation awareness) เป็นสถานะของการรับรู้ถึงสภาวะการณ์รอบด้านที่มีผลต่อการทำงานของบุคคลนั้น เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากทักษะการสังเกตการณ์ของแต่ละบุคคล และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญมากในการทำงาน เพื่อให้เกิดการวางแผน และการตัดสินใจต่อไป

5.3. การรับรู้สถานการณ์ร่วมกัน (shared mental models) เป็นสถานะของการรับรู้สภาวะการณ์ร่วมกันของทุกคนในทีม เป็นผลลัพธ์หนึ่งที่สำคัญของการทำงานเป็นทีม เริ่มที่การรับรู้จุดมุ่งหมายร่วมกัน ระหว่างการรักษามีการบอกผลที่ได้จากการตรวจและแผนการให้กับคนในทีม ยกตัวอย่างในกรณีข้างต้น แพทย์บอกกับทุกคนในทีมว่า “ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะโคมา ที่สงสัยว่าเกิดจากภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง Glasgow coma scale (GCS) เท่ากับ 8 เราจะช่วยเหลือเบื้องต้นใส่ท่อหายใจ ระวังไม่ให้ความดันในสมองสูงมากกว่านี้ และส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดโดยเร็ว” ทำให้ทุกคนในทีม

รับทราบว่าจะทำอะไร มีอะไรต้องระมัดระวัง ในขณะที่เดียวกันหากพยาบาลตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะอื่นใดที่ส่งผลให้อาการแยลง ควรรีบรายงานแพทย์ เช่น “ผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูงค่ะ ร่วมกับมีไข้ 38 องศา” เป็นต้น shared mental models ควรทำตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ทุกคนในทีมเข้าใจว่าต้องทำอะไร เพื่อเป้าหมายอะไร



รูปที่ 1. องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

การสอนการทำงานเป็นทีม

การเรียนการสอนในปัจจุบัน มักมุ่งเน้นไปที่การสอนความรู้และการทำหัตถการที่จำเป็น เพื่อการสอบใบประกอบโรคศิลป์ หากแต่ในปัจจุบันจะพบว่า ความรู้มีมากมายและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ที่ทำการสอนจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์และเลือกลีงที่ผู้เรียนจำเป็นต้องได้เรียนรู้ก่อนที่จะไปเป็นแพทย์จริง ๆ การสอนเรื่องการทำงานเป็นทีมควรเริ่มสอนทันทีที่มีโอกาส โดยเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท เช่น สอนการทำงานเป็นทีม ในบทบาทที่ตนเป็นนักศึกษาแพทย์ และเริ่มเข้ามาเรียนในชั้นคลินิก หรือสอนการทำงานเป็นทีม ในบทบาทที่ตนเป็นแพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้า เพื่อฝึกการตัดสินใจและแบ่งงาน เป็นต้น การสอนสามารถทำได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการบรรยาย การทำกิจกรรมกลุ่ม การอภิปรายปัญหา

โดยอภิปรายจากวิดีโอคลิป หรือจากกรณีศึกษา หรือ แม้แต่การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้เรียน เข้ามามีประสบการณ์ของตัวเอง

หลักการเบื้องต้นสำหรับการสอนการทำงานเป็น ทีม ในที่นี้ขออ้างอิงจากหลักการของ crew resource management (CRM) ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนหลักใน อองค์กรที่ต้องการความปลอดภัยสูง เช่น การบิน ใช้ใน การสอนการทำงานเป็นทีม ได้แบ่งขั้นตอนการสอน ออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงกระตุ้นการตระหนักความสำคัญ (awareness phase) เนื่องจากคนส่วนใหญ่ รวมไปถึง นักศึกษา มักมองว่าหัวข้อเรื่องการทำงานเป็นทีม เป็นสิ่งที่พวกเขารู้อยู่แล้ว บางคนอาจจะคิดว่าไร้สาระ อยากรเรียนเนื้อหาที่เป็นความรู้มากกว่า ผู้ที่เป็นผู้สอน จึงมีหน้าที่ในการวิเคราะห์และปรับมุมมองของผู้เรียน ให้เห็นความสำคัญ และพร้อมที่จะเรียนรู้รูปแบบการสอน ส่วนใหญ่จึงเป็นการกระตุ้นให้คิด ผ่านการบรรยาย หรือการทำงานกลุ่ม เป็นช่วงที่เน้นให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการทำงานเป็น ทีม และปูพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

2. ช่วงฝึกฝนและรับฟังข้อเสนอแนะ (practice and feedback phase) หลังจากผู้เรียนเห็นความสำคัญ และเข้าใจศัพท์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำงานเป็นทีมแล้ว ผู้เรียนควรได้ฝึกฝนเพื่อนำเอาความรู้ที่เรียนมาใช้ใน สถานการณ์จำลองที่ผู้สอนออกแบบไว้ เป็นช่วงที่สำคัญ ในการวิเคราะห์ตัวเอง และรับฟังข้อเสนอแนะต่าง ๆ

3. ช่วงต่อยอดความรู้ต่อเนื่อง (continual reinforcement phase) การเรียนการสอนครั้งเดียว ไม่สามารถทำให้การเรียนรู้ยืนยาวได้ จำเป็นต้องมีการ ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป แนะนำว่าควรมีการวิเคราะห์ หัวข้อที่ผู้เรียนมีปัญหาหรือควรได้รับการปรับปรุงเพื่อ มาทำเป็นหัวข้อการเรียนรู้เพิ่มเติม

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

การเรียนการสอนทางการแพทย์ มีหลายปัจจัย ที่ต้องนำมาคำนึงถึง ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาความรู้ที่มี มากมายและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้เรียนที่มีความ หลากหลายในแง่ประสบการณ์การเรียนรู้และความ สนใจ ผู้สอนที่มีความถนัดเฉพาะในวิชาชีพ แต่ขาด

ความเข้าใจเรื่องแพทยศาสตรศึกษา หรือแม้แต่ปัจจัย ด้านผู้ป่วย ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะใน โรงเรียนแพทย์ มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้โอกาสการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ลดลง

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นการสอน ที่เข้ามามีบทบาทในการเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ ของผู้เรียน โดยการจำลองเหตุการณ์เพื่อให้ผู้เรียนคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกการรักษา หรือทำการรักษา ด้วยตัวเอง ยอมรับการกระทำที่ผิดพลาด เพื่อนำมา ปรับปรุงพัฒนา แนวคิดการเรียนการสอนโดยวิธีนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียน ก่อนที่จะ ปฏิบัติงานจริง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เผชิญกับ ภาวะของผู้ป่วยที่ไม่ได้พบบ่อยทางคลินิกแต่มีความ สำคัญ ในปัจจุบัน มีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นที่บ่งบอกถึง ประโยชน์ที่ได้รับจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยเฉพาะเมื่อนำมาสอนเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม¹¹

การสอนการทำงานเป็นทีมโดยใช้ สถานการณ์จำลอง

แม้การสอนจะมุ่งเน้นเรื่องการทำงานเป็นทีม หากแต่ผู้เรียนจำเป็นต้องมีความรู้ และมีความสามารถ ในการทำหัตถการทางการแพทย์เป็นอย่างดี อย่าลืมน่า ทักขณะนี้ เป็นทักษะที่ช่วยเกื้อหนุนให้การทำงานราบรื่น ขึ้น และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ภายใต้ความรู้ตาม มาตรฐานวิชาชีพ ผู้ที่ทำการสอนการทำงานเป็นทีม โดยการใช้สถานการณ์จำลอง ควรมีประสบการณ์ การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองที่เน้นความรู้และ หัตถการมาก่อน ร่วมกับมีความรู้เรื่องความปลอดภัยและการทำงานเป็นทีมร่วมด้วย

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการสอนการทำงานเป็นทีม โดยใช้สถานการณ์จำลองตามหลัก 3P มีดังนี้

1. รู้จักผู้เรียน (participant) ควรรู้ว่าผู้เรียนระดับ นี้ ต้องการการเรียนรู้ที่ระดับไหน เช่น นักศึกษาแพทย์ ปีที่ 4 ที่เพิ่งขึ้นปฏิบัติงานทางคลินิก มักให้ความสำคัญ กับความรู้มากกว่าการทำงานเป็นทีม การเรียนรู้เรื่องนี้ อาจทำเพียงชี้ให้เห็น หรือให้ฝึกทักษะย่อยของการ สื่อสาร เช่น การส่งต่อข้อมูล ในขณะที่แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ 6 ควรฝึกให้เขาเป็นหัวหน้าทีม สั่งการรักษาและ บริหารจัดการสถานการณ์

2. มีวัตถุประสงค์ที่แน่ชัด (purpose) การสอนเรื่องทีม เป็นการสอนที่มีเนื้อหากว้างมาก ผู้สอนจึงจำเป็นต้องลงรายละเอียดบทเรียนให้เหมาะกับผู้เรียนดังกล่าวไปแล้วข้างต้น และวัตถุประสงค์นี้ควรทำได้ในเวลาจำกัด วัตถุประสงค์หลังสิ้นสุดการเรียน

3. มีขั้นตอนการสอนตามแบบแผน (process) ขั้นตอนที่สำคัญคือ การสร้างสถานการณ์จำลอง, การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ และการทบทวนกิจกรรมหลังลงมือปฏิบัติ

การสร้างสถานการณ์จำลอง¹² (scenario design)

การสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อการเรียนการสอนเรื่องการทำงานเป็นทีมทำได้ 2 ลักษณะ

1. สร้างสถานการณ์จำลองเหมือนการเรียน

การสอนความรู้โดยทั่วไป ที่ต้องมีการทำงานร่วมกันกับผู้ร่วมงานคนอื่นหรือญาติผู้ป่วย ผู้สอนเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนเอง ว่ามีประเด็นใดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม และควรนำมาอภิปราย ข้อดีของวิธีนี้คือ ผู้สอนค่อนข้างคุ้นเคยกับโจทย์ต่างๆ ได้สอนความรู้และทักษะที่ผู้เรียนสนใจ หากแต่ผู้สอนต้องมีความสามารถพอสมควรในการมองประเด็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนได้ เช่น สร้างสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะโคมาอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ต้องการประเมินเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น ในขณะเดียวกัน หากมองในมุมของการทำงานเป็นทีม จะสามารถมองเห็นทักษะของการเป็นผู้นำ ที่ต้องมีการตัดสินใจและสั่งการ รวมถึงการสื่อสารกับพยาบาล เป็นต้น

2. สร้างสถานการณ์จำลองที่นำเอาส่วนของการทำงานเป็นทีม มาเป็นส่วนหนึ่งในสถานการณ์ การเตรียมสถานการณ์ในลักษณะนี้มุ่งให้ผู้เรียนฝึกเรื่องการทำงานเป็นทีมโดยเฉพาะ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอนที่ดำเนินไปของสถานการณ์ ผู้เรียนควรมีความรู้พื้นฐานที่ดี หรือสถานการณ์ที่ใช้ควรเป็นสถานการณ์ที่ใช้ความรู้พื้นฐาน เพื่อไม่ให้ผู้เรียนกังวลอยู่กับส่วนที่เป็นความรู้มากเกินไป ยก

ตัวอย่างเช่น สร้างสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะโคมาอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 โดยให้ฝึกการทำ brief และ huddle ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้ และอาจเพิ่มการทำงานเป็นทีมที่พบบ่อย เช่น การส่งข้อมูลเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่างโรงพยาบาล การย้ายผู้ป่วยจากเตียงที่ห้องฉุกเฉินลงเปล เพื่อฝึกการทำงานเป็นทีมในแง่ของการเป็นผู้นำ ที่เน้นการจัดลำดับเหตุการณ์ก่อนหลังและจัดสรรบุคลากร หรือเพิ่มทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เช่น ขณะใส่ท่อหายใจ ผู้ป่วยเริ่มมีออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างรวดเร็ว เพื่อฝึกทักษะการตระหนักรู้ และการจัดการกับงาน เป็นต้น

ในการร่างสถานการณ์จำลอง ทำได้โดยการลองเขียนเหตุการณ์ทั้งหมด รวมถึงสิ่งที่คาดว่าจะให้ทำออกมาก่อน โดยในแต่ละสถานการณ์จะกำหนดให้มีพฤติกรรมที่คาดหวัง (expected behavior) แตกต่างกันไปตามความสามารถของผู้เรียน โดยมากจะประมาณ 3-5 จุด ที่เป็นจุดเน้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นผู้สอนจะมองภาพของนักเรียนของเราว่ามีโอกาสแสดงพฤติกรรมอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลงไปได้บ้าง นำมาเขียนเป็นแผนภูมิ หรือกำหนดใส่ตาราง ดังภาคผนวก

ช่วงการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

หลังจากการสร้างสถานการณ์จำลองในกระดาษแล้ว ผู้สอนควรมีการนำสถานการณ์จำลองนั้น ๆ มาทดสอบก่อนการสอนจริง การทำงานเป็นทีมมีองค์ประกอบที่หลากหลาย ผู้เรียนอาจมีพฤติกรรมที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น การทดสอบก่อนการสอนจริงจะช่วยให้ผู้สอนคาดเดาพฤติกรรมบางอย่างได้ รวมถึงทดสอบความเสมือนจริงของสถานการณ์ ดังรูปที่ 2 เป็นการสอนการทำงานเป็นทีมในห้องผ่าตัดขณะมีเพลิงไหม้ จำเป็นต้องมีการซ้อมการดับไฟ การทำควีนและแสงไฟจำลอง เพื่อให้เกิดความสมจริงในระหว่างการเรียนรู้ หน้าที่ของผู้สอนในระหว่างการดำเนินสถานการณ์ คือ การทำให้สถานการณ์ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ อย่างราบรื่น จำเป็นต้องมีไหวพริบในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ในกรณีที่สถานการณ์มีความคาดเคลื่อนจากที่ประเมินไว้

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 ม.ค. — เม.ย. 2561



รูปที่ 2. ภาพจากการสอนสถานการณ์จำลองการทำงานเป็นทีมในห้องผ่าตัด ในขณะที่มีเพลิงไหม้ จากงานประชุม The Asian-Oceanic Society of Regional Anesthesia & Pain Medicine Congress (AOSRA) 2015 ณ โรงแรม เซ็นทรัลลาดพร้าว

การทบทวนกิจกรรมหลังลงมือปฏิบัติ (debriefing)

Debriefing เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นขั้นตอนที่ใช้เรียกการวิเคราะห์ตนเองหลังจากเผชิญสถานการณ์ โดยอาศัยทักษะของการคิดวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้น (reflection) ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้สอนหรือเพื่อนร่วมชั้น (feedback) ผู้สอนมีบทบาทเป็นวิทยากรกระบวนการ (facilitator) ที่คอยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้มองเห็นตัวเองผ่านประสบการณ์จำลอง

แม้หลักการของการทำ debriefing จะมีหลากหลาย แต่โดยมากมักประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ช่วงรวบรวมข้อมูล (gathering phase)

ผู้เรียนจะบรรยายเหตุการณ์ และความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตนเองได้ทำไป เป็นช่วงที่ผู้เรียนจะได้ตั้งสติ รวบรวมความคิด บางครั้งผู้เรียนรู้สึกเครียดมาก ช่วงแรกนี้จะเป็นช่วงให้ผู้เรียนได้ปลดปล่อยอารมณ์

2. ช่วงวิเคราะห์ (analysis phase) เป็นช่วง

ที่สำคัญที่ผู้เรียนจะได้ทราบว่า สิ่งที่ตนเองเคยได้รู้หรือกระทำไปนั้น แตกต่างจากสิ่งที่พึงกระทำ

หรือมาตรฐานอย่างไร ผู้สอนจะทำหน้าที่เป็น facilitator เปิดประเด็นการเรียนรู้ที่ได้วางแผนไว้ตามวัตถุประสงค์ โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียน นำมาตั้งเป็นคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการคิดวิเคราะห์ ในการสอนการทำงานเป็นทีม ผู้สอนจึงจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับทีมเป็นอย่างดี เพื่อช่วยในการสังเกตพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย และทำให้การ debrief ไม่หลงทาง ยกตัวอย่างเช่น สร้างสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะโคมาอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เพื่อฝึกการเป็นผู้นำ ผู้สอนควรมีความรู้เรื่องภาวะความเป็นผู้นำ ในขณะที่เดียวกัน ต้องเข้าใจด้วยว่าบทบาทของผู้นำมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ผู้นำไม่ควรเป็นผู้ทำหัตถการ แต่หากไม่สามารถให้ใครทำหัตถการแทนตนได้ ต้องมีการมอบหมายหน้าที่ของผู้นำบางอย่างให้ผู้ร่วมทีม เช่น ขณะใส่ท่อหายใจ มีการสั่งการพยาบาลให้คอยสังเกตสัญญาณชีพของผู้ป่วย เป็นต้น ในบางครั้ง ผู้เรียนจะทำสิ่งที่ไม่ได้คาดคิด ผู้สอนจำเป็นต้องจัดการให้สถานการณ์ดำเนินต่อ และมองประเด็นนั้น ๆ ให้ได้ว่าควรนำมา debrief ด้วยหรือไม่ แนะนำให้มองที่วัตถุประสงค์เป็นหลัก หากแต่ถ้าสิ่งที่ผู้เรียนทำเป็นสิ่งที่ละเอียดไม่ได้ หรือควรได้รับการปรับปรุง อาจจะทำเรื่องนั้น ๆ มา debrief ด้วย เช่น นักศึกษาแพทย์ไม่สามารถใส่ท่อหายใจได้ และพยายามใส่อยู่หลายครั้งโดยไม่ขอความช่วยเหลือ ประเด็นนี้ควรนำมา debrief เนื่องจากเป็นประเด็นที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติที่แพทย์มักมุ่งทำหัตถการของตนจนละเลยการดูผู้ป่วยในองค์รวม และไม่ร้องขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การ debrief ทักษะการทำงานเป็นทีม มีความละเอียดอ่อน ปัจจุบันมีเครื่องมือหลายอย่างที่นำมาช่วยให้การ debrief ง่ายขึ้น เครื่องมือส่วนใหญ่ทำมาใช้ในการประเมิน ซึ่งรวมถึงการทำ debrief ที่เป็นการประเมินในลักษณะ formative evaluation หรือการประเมินเพื่อการพัฒนา มักเป็นแบบประเมินที่นำมาใช้ในการทำงานเป็นทีมที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้สอนควรศึกษาแต่ละแบบประเมินให้เข้าใจถ่องแท้

และทดลองใช้ก่อนนำมาใช้จริง แบบประเมินที่มีความละเอียดอาจจะมีประโยชน์ในแง่การทำ formative evaluation แต่การนำไปใช้ในการประเมินผลแบบได้ตกทำได้ลำบากกว่า¹³

3. ช่วงสรุป (summary phase) ในช่วงนี้ผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดว่าสิ่งที่ได้รับจากการเรียนวันนี้คืออะไร และมีเรื่องอะไรที่นักเรียนอยากเรียนรู้เพิ่มเติม ลักษณะเหมือนการทำ “take home message”

การทำงานเป็นทีมเป็นหนึ่งในทักษะที่เรียกว่า non-technical skills เป็นทักษะที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิดฝึกฝนได้ และเป็นทักษะที่จำเป็นในการทำงานในวิชาชีพแพทย์ การเรียนการสอนสามารถทำได้หลายวิธี โดยผู้สอนควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการของความปลอดภัยทางการแพทย์ และการทำงานเป็นทีมเป็นอย่างดี การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีประโยชน์เพื่อฝึกฝนให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์การทำงานเป็นทีมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยการจัดสถานการณ์ให้มีบริบทของการทำงานร่วมกัน ภายใต้วัตถุประสงค์ที่กำหนด และกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์สิ่งที่ทำได้ดีหรือควรพัฒนา อย่างไรก็ตาม การเรียนการสอนไม่สามารถจบลงเพียงการสอนแค่ครั้งเดียว ควรมีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่มีปัญหาและต้องการการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ได้เขียนบทความนี้จากการเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ The Asia-Pacific Meeting of Simulation in Healthcare 2016 (APMSH 2016) ณ ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งผู้นิพนธ์ได้รับทุนการเข้าร่วม

ประชุมจากกองทุนพัฒนาแพทยศาสตรศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (FUND 16)

เอกสารอ้างอิง

1. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills: Ashgate Publishing, Ltd.; 2008.
2. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care 2009; 18(6): 424-8.
3. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system: National Academies Press; 2000.
4. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016 May 03; 353: i2139.
5. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53(2): 143-51.
6. Rosenman ED, Shandro JR, Ilgen JS, Harper AL, Fernandez R. Leadership training in health care action teams: a systematic review. Academic Medicine 2014; 89(9): 1295-306.
7. Pierre MS, Hofinger G, Buerschaper C, Simon R. Crisis management in acute care settings: Springer; 2011.
8. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care 2004; 13(5): 330-4.
9. TeamSTEPPS® 2.0 | Agency for Healthcare Research & Quality [Internet]. Ahrq.gov. 2016 [cited 10 July 2017]. Available from: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>
10. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. [Cited July 2017.] Available from URL: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en>
11. McGaghie WC, Draycott TJ, Dunn WF, Lopez CM, Stefanidis D. Evaluating the impact of simulation on translational patient outcomes. Simul Healthc 2011; 6 Suppl: S42-7.
12. Cheng A, Donoghue A, Gilfoyle E, Eppich W. Simulation-based crisis resource management training for pediatric critical care medicine: a review for instructors. Pediatr Crit Care Med 2012; 13(2): 197-203.
13. Jirativanont T, Raksamani K, Aroonpruksakul N, Apidechakul P, Suraseranivongse S. Validity Evidence of Non-Technical Skills Assessment Tools in Simulated Anaesthesia Crisis Management. Anaesth Intensive Care 2017; 45(4): 469-75.

ภาคผนวก

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง : การทำงานเป็นทีมในห้องฉุกเฉิน
ผู้พัฒนาบท : ผศ.พญ.ธัชวรรณ จิระติวานนท์
ผู้เรียน : นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6
ประเมินเวลาสำหรับ scenario 10 นาที
ประเมินเวลาสำหรับ debrief 30 นาที

วัตถุประสงค์การเรียนรู้:

- เมื่อสิ้นสุดการทำ simulation ผู้เรียนต้องสามารถ
1. ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโคม่าได้
 2. ให้การรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งตัวในผู้ป่วยที่มีภาวะโคม่าได้
 3. เข้าใจถึงหลักการการทำงานเป็นทีมในภาวะฉุกเฉิน โดยสามารถ^{9,10}
 - 1) ทำการ brief ให้กับทีมเมื่อผู้ป่วยมาถึงได้
 - 2) มีการ huddle ให้กับทีมเมื่อมีการรักษาเพิ่มเติม
 - 3) สามารถจัดสรรแบ่งงานภายในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 4) มีการสื่อสารที่เป็น closed loop communication
 - 5) มีการตระหนักรู้ในสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง

โครงร่างสถานการณ์จำลองและความคาดหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้นในสถานการณ์

“ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เวลา 21.00 น. นางสาวลิ บุษยชัย (นามสมมติ) ผู้ป่วยหญิงอายุ 79 ปี ญาติพบหมดสติ ล้มอยู่ในห้องนอนประมาณ 30 นาที ก่อนญาติเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ก่อนหน้านี้อาสาตรวจแลตัวเองได้ จนกระทั่ง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติได้ยินเสียงผู้ป่วยล้มหมดสติอยู่ในห้องนอน ไม่มีลักษณะของอุบัติเหตุ”

เมื่อมีผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ผู้เป็นหัวหน้าทีมควรมีการวางแผนกับลูกทีมให้ชัดเจน (brief) ว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะโคม่า จำเป็นต้องดูแลอย่างรีบด่วนตามหลัก ABC และ มีการมอบหมายหน้าที่ให้แก่แต่ละบุคคลให้ชัดเจน โดยตนเป็นผู้ใส่ท่อหายใจ (expected behavior)

การทบทวนกิจกรรมขณะลงมือปฏิบัติ (huddles) หลังจากการตรวจร่างกายและช่วยเหลือเบื้องต้น แพทย์แจ้งทีมว่า สงสัยภาวะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke) ต้องได้รับการส่งตัวเพื่อการวินิจฉัย และรักษาต่อเนื่อง หัวหน้าทีมจำเป็นต้องทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำไป และวางแผนการดูแล เช่น ใส่ท่อหายใจ การดูแลความดันโลหิต ประเมินการทำงานที่เกิดขึ้นว่ามีสิ่งใดส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้นอีกหรือไม่ (expected behavior)

ขณะทำการใส่ท่อหายใจ แพทย์แบ่งงานโดยสอบถามพยาบาลจบใหม่ว่าสามารถช่วยใส่ท่อหายใจได้หรือไม่ และให้พยาบาลอาวุโสช่วยดูแลสัญญาณชีพ โดยขณะใส่ท่อหายใจสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีออกซิเจนในเลือดต่ำลง และทำการช่วยหายใจทางหน้ากากจนออกซิเจนเป็นปกติ ก่อนทำการใส่ท่อหายใจ (expected behavior)

การเตรียมสถานการณ์และอุปกรณ์

สถานที่สมมติสำหรับสถานการณ์นี้ : ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

ชนิดของ simulator : high fidelity full body manikin (ฟังเสียงปอดได้)

อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์นี้

- เครื่อง monitor : EKG, NIBP, Pulse oximeter, temperature
- อุปกรณ์ดูแลทางเดินหายใจ : laryngoscope No.3, ETT No.7, oral airway, suction, nasal canula, simple face mask, ambubag, O2source wall/tank
- อุปกรณ์สำหรับการให้สารน้ำ : 0.9% NaCl, เสาน้ำเกลือ

การเตรียมผู้ป่วยจำลอง

ตัวแสดง/บทบาทในสถานการณ์

ผู้เรียน: แพทย์ใช้ทุนของโรงพยาบาลชุมชน อยู่เวรห้องฉุกเฉิน

เวชบันทึกศิริราช **บทความทั่วไป**

นักแสดง (สามารถให้เพื่อนในกลุ่มแสดงได้): ญาติผู้ป่วย, พยาบาลอาวุโส และ พยาบาลจบใหม่ ประจำห้องฉุกเฉิน

รายละเอียดผู้ป่วย

นางลำลี บุญช่วย (นามสมมติ) ผู้ป่วยหญิงอายุ 79 ปี ญาติพบหมดสติ ล้มอยู่ในห้องนอนประมาณ 30 นาที ก่อนญาติเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไชมันโนเส้นเลือดสูง ก่อนหน้านี้อาสาสมัครดูแลตัวเองได้จนกระทั่ง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติได้ยินเสียงผู้ป่วยล้มหมดสติอยู่ในห้องนอน

รายละเอียดเพิ่มเติม (รอซักถาม)

ผู้ป่วยไม่ส่งเสียง ลืมตาเมื่อกระตุ้นด้วย pain ไม่ทำตามสั่ง ชัยบมือซ้ายเอามือมาปิดตำแหน่งที่มี pain stimuli (E2V1M5)

การเตรียม simulator

ผู้ป่วยหญิงอายุประมาณ 70 ปี

สถานการณ์จำลอง

สถานะผู้ป่วย	การขับเคลื่อนสู่ภาวะถัดไป	พฤติกรรมที่คาดหวัง และประเด็นการ debrief
1. หลับตา จะลืมตาเมื่อมี painful stimuli BP 180/90 mmHg, HR90/minRR22/min, O ₂ sat 95%, T 37°C เมื่อผู้เรียนถามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวให้ตอบว่าขยับแต่แขนซ้าย ประมาณ grade 4	เตรียมใส่ท่อหายใจไป box 2 หากผู้เรียนไม่พิจารณาใส่ท่อหายใจ ภายใน 5 นาที ให้พยาบาลอาวุโสเสนอแนะว่าควรใส่ท่อหายใจก่อนการส่งตัว หาก ventilate: O ₂ sat จะเป็น 99%	<ul style="list-style-type: none"> - ซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยภาวะโคม่า การประเมิน GCS และความผิดปกติของระบบประสาท - การ brief ภาวะผู้ป่วยแรกรับและการดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้กับทุกคนในทีม - การ huddle เมื่อทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองพร้อมชี้แจงข้อควรระวัง - การแบ่งงาน ได้แก่ การเจาะ blood glucose, การให้สารน้ำ, การสังเกตสัญญาณชีพ, การเตรียมใส่ท่อหายใจ, การแจ้งญาติ และ การเตรียมการส่งตัว โดยมีการใช้คำพูดที่ชัดเจน และมี closed loop communication
2. BP 180/90 mmHg, HR90/minRR22/min, O ₂ sat 95% ขณะเปิด laryngoscope blade ให้ O ₂ sat 90%	หากไม่ ventilate: O ₂ sat จะลดลงเรื่อย ๆ ถึง 85% เมื่อใส่ท่อหายใจเสร็จ O ₂ sat จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นถึง 99%	<ul style="list-style-type: none"> - การตระหนักในสถานะของผู้ป่วย และการตัดสินใจ

กระดาษบันทึก

กระดานบันทึก

กระดานบันทึก

กระดานบันทึก

▶ Question & Comments

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาศาสตร์สุขภาพ (ศสว)
Siriraj Health science Education Excellence center (SHEE)

ฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำนักงาน: ตึกอตุลยเดชวิกรม ชั้น 6 (ห้อง 656)

Tel. 02 419 9978, 02 419 96637 Fax. 02 412 3901



shee.si.mahidol.ac.th



shee.mahidol@gmail.com



mahidol.shee



SHEE FC



Siriraj Health science Education Excellence center