



สารแพทยศาสตรศึกษา มอ. PSU Medical Education Newsletter

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม 2539

Vol.3 No.1 January-March 1996

สารบัญ : Contents

- | | |
|--|---|
| การสอน "การสัมภาษณ์ผู้ป่วย"
Teaching of medical interview | 2 |
| มองแพทยศาสตรศึกษาผ่านกระจกฝ้า :
ความประพฤติของนักศึกษาแพทย์
A tinted look at med-ed : Student behaviour | 3 |
| การใช้ผู้ป่วยจำลอง : ประสบการณ์จากประเทศ
แคนาดา
Use of Standardized Patients in Canada | 4 |
| การประชุมสัมมนาแพทยศาสตรศึกษาระดับ
ภูมิภาคเอเชียอาคเนย์
South-east Asian Regional Conference
on Medical Education | 5 |
| อะไร? ที่ไหน?
Forthcoming events | 6 |

unusannakorn : Editorial

ฉบับนี้ได้้นำเรื่อง การสอน"การสัมภาษณ์ผู้ป่วย" มาฝากท่านผู้อ่าน ซึ่งมีข้อแนะนำที่น่าสนใจ อาจนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนได้บ้าง และยังได้นำสาระจากการประชุมสัมมนาแพทยศาสตรศึกษาระดับภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ เมื่อวันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ 2539 ณ โรงแรมเวลคัม จอมเทียนบีช พัทยา มาสรุปให้ท่านได้อ่านด้วย ในฉบับเดียวกันนี้ ได้แนบข่าวพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มาด้วย เพื่อให้ท่านทราบความเคลื่อนไหวการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร

มองแพทยศาสตรศึกษาผ่านกระจกฝ้า นำเสนอเรื่องความประพฤติของนักศึกษาแพทย์มีประเด็นที่น่าสนใจให้ขบคิดอีกเช่นเคย นอกจากนี้ ยังได้รับเกียรติจาก Ms Sydney M Smees สำนักประเมินผล แพทยสภา ประเทศแคนาดา ส่งบทความมาร่วมเผยแพร่ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับบทความข้อคิดเห็นด้านแพทยศาสตรศึกษาจากทุกท่านตลอดเวลา พบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ

This issue features a wide variety of aspects of medical education. We start with a 20-item list of steps for conducting medical interviews. This should be useful for everyone dealing with patients. A related aspect is the use of SPs for teaching and training, described by a colleague in Canada. We also report on the Regional Conference on Medical Education, held on 7-9 February at Jomtien Pattaya. Our regular tinted look at med-ed focuses on student behaviour.

Finally we are pleased to insert news about recent curriculum developments in the Faculty.



การสอน 'การสัมภาษณ์ผู้ป่วย' Medical Interview



การสัมภาษณ์ผู้ป่วย เป็นเครื่องมือทางคลินิก และเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 70 ของการวินิจฉัยโรค ได้จากการสัมภาษณ์หรือซัก

ประวัติผู้ป่วยที่ดี การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่แพทย์ต้องปฏิบัติอยู่ทุกวันในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นเครื่องมือราคาถูก แต่ส่วนใหญ่ก็ยังถูกละเลยและให้ความสำคัญน้อย โดยเฉพาะปัจจุบันจะมุ่งเน้นไปทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งมีราคาแพง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

จากการศึกษาของ Marquire และ Rutter พบว่านักศึกษาแพทย์มากกว่าร้อยละ 50 ยังมีข้อบกพร่องในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย อาทิเช่น การใช้ ศัพท์ทางการแพทย์หรือคำที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ขาดความแม่นยำ เช่น ชนิดหรือขนาดของยาที่ผู้ป่วยใช้ พวดกวน ไม่สามารถจับประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย วันเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการรับฟังที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณหนึ่งในสามของนักศึกษาแพทย์มักจะละเลยสอบถามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติส่วนตัว ครอบครัว และสังคม ตามคำถามไม่สุภาพและไม่เหมาะสม ให้ความสนใจต่อผู้ป่วยค่อนข้างน้อย จากการจัดกิจกรรมหัวข้อการสื่อสารของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 1 ปีการศึกษา 2535 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยให้ทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วย 120 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เกี่ยวกับคุณสมบัติของแพทย์ที่พึงประสงค์ พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือการพูดจาไพเราะ เข้าใจง่าย รองลงมาคือ เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย มีความรับผิดชอบ และรักษาเก่ง มีความรู้ดี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะการพูด การสัมภาษณ์ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดที่ผู้ป่วยต้องการ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้เห็นถึงความสำคัญของ 'การสัมภาษณ์ผู้ป่วย' จึงได้เริ่มจัดการเรียนการสอนในเรื่อง Medical Interview ในรายวิชาพหุทางคลินิก ให้แก่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นมา วิธีการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย ศึกษาตัวอย่างการซักประวัติผู้ป่วยที่ดีและไม่ดีจากวิดีโอ และการศึกษาจากสถานการณ์จริงที่คลินิกผู้ป่วยนอก เป็นต้น กิจกรรมที่จัดจะเน้นเทคนิค การสัมภาษณ์ ซึ่งมีข้อแนะนำ 20 ประการ ที่น่าสนใจสำหรับเป็นพื้นฐานของทักษะการสัมภาษณ์ดังนี้



ทักษะการสัมภาษณ์ (Interviewing skill) *

1. องค์ประกอบโครงสร้างของการสัมภาษณ์ (Organization)
 - การแนะนำตนเองและบอกบทบาทของผู้สัมภาษณ์
 - เนื้อหาของการสัมภาษณ์
 - การสรุปหรือการปิดการสัมภาษณ์
2. ลำดับเหตุการณ์ตามเวลาที่เกิด (Chronological sequence หรือ timeline)
3. การเปลี่ยนหัวข้อสัมภาษณ์ (Transitional statements)
4. จังหวะการสัมภาษณ์หรือการถาม (Pacing of interview)
5. ทักษะการตั้งคำถาม-ชนิดของคำถาม (Questioning skills-type of question)
6. ทักษะการตั้งคำถาม-การถามซ้ำ (Questioning skills-duplication)
7. ทักษะการตั้งคำถาม-การสรุป (Questioning skills-summarizing)
8. ทักษะการตั้งคำถาม-หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์แพทย์หรือศัพท์เทคนิค (Questioning skills-lack of medical terms and jargon)
9. ทักษะการตั้งคำถาม-หาหลักฐานสนับสนุนให้กระจ่าง (Questioning skills-documentation)
10. บุคลิกภาพ ท่าทาง และมารยาท (Appearance and courtesy)
11. พฤติกรรมเอื้ออำนวย (Rapport-facilitative behavior)
12. การพูดเสริมแรง (Rapport-positive verbal reinforcement)
13. มุมมองของผู้ป่วย (Patient's perspective)
14. ผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และภาพลักษณ์ (Impact on patient and family and self image)
15. ระบบการช่วยเหลือสนับสนุน (Support system)
16. ความคาดหวังของผู้ป่วย (Patient's expectation)
17. ความเข้าใจของผู้ป่วย (Patient's understanding)
18. การยอมรับว่าด้อยประสบการณ์ (Admitting lack of experience)
19. การเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถาม (Encouragement of questions)
20. การปิดฉากการสัมภาษณ์ (Closure of the interview)

โดยสรุป การสัมภาษณ์ควรประกอบด้วยทักษะการสัมภาษณ์ และเนื้อหาที่จะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ผู้สัมภาษณ์ต้องทราบบทบาทและหน้าที่ของตนเองต่อการสัมภาษณ์นั้น การสัมภาษณ์ที่ดีจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ อันจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา การให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสัมภาษณ์หรือซักประวัติผู้ป่วยให้ดีขึ้นไม่ใช่ของง่าย เนื่องจากต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ เจตคติและประสบการณ์ แต่ก็คงไม่ยากเกินไป หากได้รับการฝึกฝน และปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ☆

* แปลจาก Stillman PL. Interview training manual เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ป่วยมาตรฐาน 2538

A tinted look at med-ed (9)

ความประพฤตินักศึกษาแพทย์



บันทึกได้เขียนเกี่ยวกับความประพฤติของนักศึกษาแพทย์ในคณะที่ผมทำงานว่า “ไม่ mature ไร้เดียงสา (ไม่เคยออกจากความอบอุ่นของครอบครัว) เห็นแก่ตัว ชอบเอาเปรียบ ขโมยหนังสือห้องสมุด

โครงการสอบ คิดไม่เป็น ไม่สนใจการเรียน ทำงานเป็นทีมไม่เป็น ไม่กล้าถาม ไม่อ่อนน้อม ไม่มีมารยาท”

เมื่อได้ ‘พ.บ.’ แล้ว ก็รู้สึกว่ายังถูกประนามคล้าย ๆ กัน แต่คำ “ไร้เดียงสา” หดไปแล้ว และเพิ่มคำ “เกียจคร้าน” ส่วนรุ่นน้องก็จะสังเกตว่ารุ่นพี่นี้ประสบความสำเร็จสูงโดยมีโรคชื่อ “แพรดิส” ซึ่งร้าย

จึงจำเป็นต้องถามว่า สิ่งที่ถูกกล่าวเป็นจริงหรือ ใช้อะไรเป็นมาตรฐาน และผู้ซึ่งให้ข้อสังเกตนี้เป็นใคร และความประพฤติขณะตัวเขาเองเป็นนักศึกษาแพทย์นั้นอยู่ในขั้นใด และผู้ที่เห็นความ “บกพร่อง” ของนักศึกษาแพทย์นี้อายุเท่าไร และมีประสบการณ์ในชีวิตมากหรือน้อย

ถ้าสิ่งเหล่านี้เป็นจริง ก็ต้องถามต่อไปอีกว่า ก.) ความประพฤติเหล่านี้เกิดกับนักศึกษาแพทย์รุ่นไหน นักศึกษาแพทย์รุ่น 20 ปีก่อนมีนิสัยและความประพฤติอย่างไร ข.) ความประพฤตินี้มีแต่ในนักศึกษาแพทย์เท่านั้นหรือมีสัดส่วนเท่ากันในนักศึกษาทุกคณะ ค.) สิ่งนี้เกิดกับนักศึกษาทั้งโลกหรือแต่ในประเทศไทย ง.) ความประพฤติเหล่านี้เป็น process หรือขั้นตอนของการเป็นผู้ใหญ่หรือเปล่า (growing up) หรือจะเป็นสิ่งซึ่งจะติดตัวตลอดชีวิตโดยเริ่มมีตั้งแต่อายุน้อย

ท่านผู้อ่านเคยประพฤติผิดไหม เช่น ไม่ลงข้อมูลทุกชั้นเมื่อรายงานภาษีเงินรายได้ (income tax returns) ดัดลบบัตรวางเบิกค่าใช้จ่ายเกินความเป็นจริงเพราะมีสิทธิ์และเพราะทุกคนก็ทำ มี article ดี ๆ แต่ไม่ส่งให้เพื่อนอ่าน. over-investigate เพราะไม่รู้จะทำอะไรต่อไปกับผู้ป่วย over-investigate เพราะได้ใบผล over-investigate แล้วปลอบตัวเองว่า “ถึงแม้โอกาสเป็นโรคนั้นน้อยมากแต่เสี่ยงไม่ได้” (คำหลักคือ over ซึ่งแปลว่าท่านรู้แล้วว่าเสี่ยง) ไปประชุมวิชาการแต่เรียน “บูช” เพื่อได้ของแจกไม่ใช่เพื่อศึกษาค้นคว้า

ขอเล่า 2 เรื่องก่อนสรุป นักศึกษาแพทย์คนหนึ่งหยิบ “เครดิตการ์ด” ของเพื่อนไปใช้และถูก “จับได้” พอรู้ว่าจะถูกทำโทษก็ไม่ยอมรับคำสารภาพ ผมโกรธมากเพราะถือว่าขโมยแล้วยังโกหกอีก จะฟ้องตำรวจเพื่อดำเนินคดีและหวังว่าจะไล่เขาออกโดยบอกตัวเองว่า “ถ้าเป็นหมอเช่นนั้นแล้วประเทศจะแย่” แต่ก็ไม่แน่ใจในความคิดชนิด puritanical นี้ จึงปรึกษาผู้พิพากษา เขาก็ย้อนถามว่าผิดมากหรือแก้ไขไม่ได้ใช่ไหม รู้หรือเปล่าว่าหลายแห่งในโลกไม่ฟ้อง shop-lifters แล้ว (shop-lifter คือผู้ซึ่งหยิบของจากร้านสรรพสินค้าที่ส่วนมากทิ้งของไว้ล่อตาล่อมือ) แล้วเขาก็ลงเอยด้วย “ขอคนนี้ให้ผมก็แล้วกัน” ซึ่งแปลว่าปล่อยไปเถิด ถ้าขึ้นศาล ชีวิตเขาหมดแน่ ผมก็ทำตามและก็อยากรู้ว่าขณะนี้แพทย์คนนี้มีนิสัยหรือความประพฤติเลกว่าพวกเรามากไหม อีกเรื่องเกี่ยวกับนักศึกษาที่ชกเพื่อนเพราะอารมณ์โมโห เพื่อนที่ถูกชกก็คงไม่ใช่ “พระ” โทษผู้ชกคือให้หยุดเรียน 1 เทอม ซึ่งสำหรับชั้นคลินิกก็เหมือนกับหยุดเรียน 1 ปี ขณะถูกพักผมติดตามสม่ำเสมอโดยนัดเขามาคุย ทานข้าว ฯลฯ

“ คำบันทึกได้เขียนเกี่ยวกับความประพฤติของนักศึกษาแพทย์ในคณะที่ผมทำงานว่า “ไม่ mature ไร้เดียงสา (ไม่เคยออกจากความอบอุ่นของครอบครัว)....”
....จึงจำเป็นต้องถามว่า สิ่งที่ถูกกล่าวเป็นจริงหรือ ใช้อะไรเป็นมาตรฐาน.... ”

และให้เขา audit เขาจบแล้ว คงยัง bitter และมีอาจารย์หลายท่านก็คิดว่าผมโหดมาก ผมจะมีทางรู้ไหมว่าการทำโทษนั้นช่วยหรือແລ້ງ

หลายท่านที่อ่านมาถึงตอนนี้ ก็อาจสับสนมากขึ้นว่า ผมจะ advocate อะไรในหัวข้อความประพฤติของนักศึกษา ข้อแก้ตัวของผมก็คือ มีหลายปัจจัย มีหลายประเด็นในการพิจารณาความเหมาะสมของความประพฤติ อีกเรื่องที่ชอบเล่าเพื่อล้อเลียนก็คืออาจารย์ผู้ใหญ่ท่านหนึ่งบ่นว่า เด็กสมัยนี้นิสัยไม่ดี ไม่ respect (นบนอบ) อาจารย์ผู้ใหญ่เดินผ่านก็ไม่คำนับ ฯลฯ ผมก็ถามในใจว่า ก.) นักศึกษานั้นมองเห็นอาจารย์หรือเปล่า ข.) เขารู้จักอาจารย์หรือเปล่า ค.) อาจารย์ทำอะไรจึงต้องให้เขาเคารพ นักศึกษาแพทย์คงไม่ต้องทำอะไรถ้าแต่ละวันต้องดูหน้าผู้เดินผ่านเพื่อคำนับ อาจเป็นความไม่ดีของผมก็ได้เพราะ บางวันผม เดินก้มหน้าตลอด หรือเดินตามชอกตามมุมเพื่อเลี่ยงคำนับตอบผู้อื่น

ข้อแนะนำในประเด็นของความประพฤตินักศึกษา: เห็นด้วยว่าทุกคนที่ยอมเป็นส่วนประกอบของสังคม ควรมีวินัยและเคารพกฎระเบียบที่มีเหตุผลของสังคม เราควรทบทวนกฎระเบียบของคณะถ้าเป็นไปได้ควรให้นักศึกษาเองมีส่วนสร้างกฎระเบียบนั้นด้วย (จะสังเกตว่าถ้าให้เขาสร้างเอง โทษจะรุนแรงกว่า) และควรโน้มน้าวในด้านปฏิบัติ ถ้าใครทำผิดก็ควรตัดสินถูกผิดโดยไม่มีข้อแม้ ส่วนเรื่องโทษนั้นควรใช้ทุกปัจจัยมาคานึง (ปัจจัยหนึ่งอาจเป็นเหตุสุดวิสัยที่เขาทำผิดแน่ แต่เพราะเหตุสุดวิสัยโทษจึงน้อย) ควรแยกกรรมการที่ต้องตัดสินว่าถูก/ผิดออกจากกรรมการกำหนดโทษ กลุ่มนี้หลังจากกำหนดโทษแล้วต้องติดตาม ต้องใช้วิจารณ์ของผู้อื่น ไม่ใช่อิงทุกตัวอักษรของกฎ ต้องกล้าตริตรอง และกล้าตัดสิน ส่วนตัวแล้วคิดว่าไม่สมควรที่จะยกโทษความผิดโดยอิง “อาจารย์ก็ยังทำเลย” ☆



ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย

USE OF STANDARDIZED PATIENTS



CANADA

In the over twenty years since my initiation as a Standardized Patient (SP), many Canadian schools have incorporated the use of SPs into their curriculum. Of sixteen Canadian medical schools, six currently have a full-time staff person and several more have a part-timer responsible for coordinating an SP program. The programs have banks of patients that range in size from 20 to 200 SPs. The coordinators are responsible for recruiting, training and scheduling them, organizing objective structured clinical examinations (OSCEs), assisting with case development, preparing SPs for new and innovative teaching approaches, and for contributing to SP-based research. SPs are used for teaching and assessing interviewing skills, interpersonal skills, and physical diagnosis skills. There also are a few programs where SPs (men and women) work with students to teach the genital-rectal examination.

Seven years ago, the MCC began developing its SP-based OSCE for assessing clinical skills at the licensure level. This OSCE was piloted

in 1991 and implemented as the Qualifying Examination Part II in 1992. At the end of October this year the Qualifying Examination Part II will be administered in 11 medical school across Canada. A total of 1,754 candidates will be assessed over two days. More than a thousand SPs and a similar number of physician examiners will be required to administer the examination. The examination has twenty SP-based stations. Ten of them are 10-minute encounters that focus on history taking, physical examination, or a combination of both. Some of the others are 10-minute stations focusing on communication skills or on the initial management of a specific patient problem. The remainder are 5-minute stations which focus on history or physical examination skills and are linked to 5-minute paper and pencil stations. These ask about the differential diagnosis, X-ray interpretation, management plans and/or investigations to be ordered.

The Qualifying Examination Part II was developed in response to concerns raised in the Medical Council that the clinical skills of medical graduates preparing to enter independent practice were not being assessed by the four existing paper and pencil-based tests that comprise the Qualifying Examination Part I. The SP-based, OSCE format was adopted because it was considered uniquely capable of assessing clinical skills and because it would allow for a fair and valid assessment of large numbers of candidates. A similar model had been successfully implemented by the Ontario Pre-Internship Program. Further, considerable work had already been reported that established the use of SPs and the OSCE for assessment.

The Qualifying Examination Part II grew out of the SP- and OSCE-related developments of the past 20 years. With its implementation, this examination has become a catalyst for the increasing use of SPs in

Canadian medical education. The funding and training supplied by the MCC for staff at the 11 examination centers has been combined with support from their universities to initiate or expand the use of SPs within each medical curriculum. Although the use of SPs is not yet universal in Canadian medical schools, they have become an established component of Canadian medical education. Concurrent with the use of SPs has been the development of an informal network of experienced SP specialists. This group is working together to better define the knowledge and skills required for training SPs and managing SP programs. The challenge of the next few years will be to articulate the principles and techniques for training SPs and guidelines for managing SP-based projects. Now that the novelty of SPs is in the past, a continued commitment to excellence must be maintained by SP specialists to sustain the role of SPs in medical education. ☆

**Sydney M. Smee, M.Ed., Coordinator
Medical Council of Canada Qualifying Examination Part II
Evaluation Bureau**



South-east Asian Regional Conference on Medical Education

7-9 February 1996

The Regional Conference took place at Jomtien, Thailand on 7-9 February 1996. The main co-sponsors were the Royal Government of Thailand, the South-east Asian Regional Office of the World Health Organization and the World Federation for Medical Education. The theme of the Conference was "Reorienting medical education, medical practice and health care systems to promote health security for all".

The Conference was attended by 435 participants from 19 countries, and included representatives from Government Ministries of Health and Education, Faculties of Medicine and Health Sciences, health care administrations and providers, National Medical Councils, and Associations of medical practitioners. The Conference was greatly assisted by eminent experts in medical education and health care from outside the region. There were 33 free papers and 15 poster presentations from various countries.

The Conference was opened by His Excellency Professor Vitura Sangsingkeo, Permanent Secretary, Ministry of Public Health,



Government of Thailand; Dr. Uton Mughtar Rafei, Director, WHO Regional Office (SEARO); and Professor Henry Walton, President of WFME.

The Conference, greatly aware of its responsibility to recognize the advances and address the deficiencies in the education and training of doctors in the Region, expressed its commitment to reforming medical education in the interests of the health care needs of all people in the countries of the Region. In particular, the Recommendations of the WFME 1993 World Summit on Medical Education were intensively reviewed in plenary sessions and expert working groups.

As a result of the Conference, a list of recommendations is currently being prepared. This will embrace all possible means for implementing the action which has been identified as urgently necessary, both for educating and training the doctors now needed in the countries of the Region, and also for improvement of health care services in the South-east Asian countries. ☆

Farewell...

Mr. Desmond Burton, our English language consultant, has now left us and returned home to United Kingdom after staying with us for more than 3 years. His work in the Faculty has related to improving English language reading and writing skills and conversation for different groups of staff. Many of us who have met him and benefitted from his experience can vouch for his valuable contributions to enhancing the standard of English in our Faculty, including this Newsletter. He will be sorely missed by many of us in the Faculty, and great is our appreciation for his efforts. Wishing him and his family all the best. ☆



