

กระบวนการสื่อสารของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4

จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์*
อาหนนท์ วิทยานนท์

Communication Skills among the Fourth-Year Medical Students.

Jarurin Pitanupong, Arnont Wittayanont

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,
Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

*E-mail: pjarurin@medicine.psu.ac.th

Songkla Med J 2013;31(6):261-269

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการสื่อสาร อุปสรรค และความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 และศึกษาปัจจัยเรื่องเพศและกลุ่มหมุ่นเวียนตามรายวิชาสัมพันธ์กับการใช้ทักษะการสื่อสารในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ prospective descriptive study เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองโดยนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ทุกคนประเมินตนเองในช่วงก่อนและช่วงสิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่หนึ่งและสอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษา: นักศึกษาแพทย์จำนวน 127 คน อายุเฉลี่ย 21.6 ปี เกรดเฉลี่ย 3.3 ร้อยละ 74.0 ของนักศึกษาแพทย์ ใช้กระบวนการสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีคะแนนการใช้กระบวนการสื่อสารเฉลี่ยตาม 5 กระบวนการย่อยเพิ่มขึ้นตามช่วงเวลาสิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่หนึ่งและสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นักศึกษาแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นตามช่วงเวลาสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่หนึ่งและสอง และมีอุปสรรคในการใช้กระบวนการสื่อสารลดลง นอกจากนี้พบว่าการใช้กระบวนการสื่อสารระหว่างนักศึกษาแพทย์เพศชายและหญิง และระหว่างกลุ่มหมุ่นเวียนตามรายวิชานั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ใช้กระบวนการการสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามช่วงเวลาเพิ่มขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กับเพศและกลุ่มหมุนเวียนตามรายวิชาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: กระบวนการสื่อสาร, นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก

Abstract:

Objective: To evaluate the communication skills of fourth-year medical students with their patients and to identify the association of sex and rotating groups of students with these skills among the fourth-year medical students.

Material and Method: This was a prospective descriptive study. The students assessed themselves on communication skills using an anonymous and self-administered questionnaire at three points of time during class study periods. Data were analyzed using descriptive and repeated measures ANOVA.

Results: We evaluated 127 students with a mean age of 21.6 years and an average grade of 3.3. About 74% of all students reported that they used communication skills to interview patients more than in other situations. The results showed that the communication skills of students categorized into 5 different subtypes were significantly improved over time ($p < 0.001$). In addition, doctor-patient relationships apparently improved by the end of the class. While communication obstacles clearly decreased, sex and rotating groups of students were not associated with communication skills among the fourth-year medical students.

Conclusion: The communication skills of students significantly improved over time. Sex and rotating groups of students were not associated with communication skills among the fourth-year medical students.

Keywords: communication skills, medical students

บทนำ

การสื่อสารถือว่ามีสำคัญอย่างมากต่อวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย¹ ในปัจจุบันมีการศึกษามากมายเพื่อแสวงหาวิธีการสอน การประเมินการสอนเรื่องการสื่อสารในนักศึกษาแพทย์¹⁻⁴ การค้นพบกระบวนการภายในจิตใจ (unconscious or unaware process) ของการสื่อสารที่ทำให้ผู้สื่อสารตระหนักถึงกระบวนการภายในจิตใจของตนเองในขณะที่สื่อสารจนสามารถควบคุมการสื่อสารได้นั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ของการสื่อสารที่สร้างสรรค์ ซึ่ง

กระบวนการภายในจิตใจของการสื่อสารประกอบด้วย 5 กระบวนการย่อย คือ 1) การแขวนความคิด (suspension of assumption) ตามวิธีการของ David Bohm 2) การเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ผู้ป่วย (tune in) ที่ Carl Roger เสนอให้ใช้ในการเข้าใจโลกและมุมมองของผู้อื่น 3) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) คือการเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งนำมาสู่ความไว้วางใจที่เห็นประโยชน์ในความสัมพันธ์ระหว่างกัน 4) เรื่องเล่า (narrative story) เป็นการสร้างความหมายของตัวตนหรือความหมายของเรื่องราวที่สัมพันธ์กับเวลา 5) การหาเหตุการณ์ที่เป็น

รูปธรรม (concrete evidences) คือ ผู้ฟังมีทักษะในการถามเพื่อให้ผู้พูดได้เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่ปราศจากความคิดเห็นส่วนตัว⁵⁻¹⁴ จากองค์ความรู้ดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนาการสอนเรื่องการสื่อสารของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ขึ้น ในปี พ.ศ. 2552 โดยคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ทำการสอนนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน¹⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2554 ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้ ทักษะ และการหยั่งรู้ตนของนักศึกษาแพทย์ หลังจากผ่านการได้รับองค์ความรู้ และฝึกประสบการณ์ตาม 5 กระบวนการย่อยของการสื่อสารนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่ององค์ความรู้ ทักษะ และการหยั่งรู้ตน¹⁶ ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมถึงการนำ 5 กระบวนการย่อยของการสื่อสารมาใช้ในชีวิตจริงเมื่อนักศึกษาแพทย์ขึ้นมาศึกษาในชั้นคลินิก จะทำให้เกิดความเข้าใจ มองเห็นจุดอ่อน จุดแข็งของกระบวนการสอน และเป็นโอกาสพัฒนาวิธีการสอนเรื่องการสื่อสาร ซึ่งนับว่ายังประโยชน์ต่อการคิดต่อยอดในด้านการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการใช้ 5 กระบวนการย่อยของการสื่อสาร อุปสรรค และความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4
2. ศึกษาปัจจัยเรื่องเพศและกลุ่มหมุนเวียนตามรายวิชาสัมพันธ์กับการใช้ทักษะการสื่อสารในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ prospective descriptive study เก็บข้อมูลสามช่วงเวลาคือ ช่วงแรกของการเรียน ช่วงสิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่หนึ่งและสอง ซึ่งใช้เวลาเรียนในแต่ละรายวิชา 10 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2554 ทุกคนที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษาแพทย์ออกเป็นสองกลุ่มตามรอบหมุนเวียนรายวิชาคือ กลุ่มหมุนเวียนที่ 1 จากรายวิชาสุขภาพและโรคของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ต่อด้วยรายวิชาการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด และกลุ่มหมุนเวียนที่ 2 จากรายวิชาการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด ต่อด้วยรายวิชาสุขภาพและโรคของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบบตอบเองซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเป็นแบบ rating scale เพื่อใช้ประเมินการสอน โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบหรือข้อมูลใดๆที่ทำให้สืบค้นแหล่งที่มาของผู้ให้ข้อมูลได้ ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการใช้ 5 กระบวนการย่อยของการสื่อสาร แบบสอบถามการประเมินตนเองในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและอุปสรรคต่อการสื่อสารรวม 8 ข้อคำถาม ซึ่งจะถามในช่วงแรก ช่วงสิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่หนึ่งและสอง กำหนดให้คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 10 หมายถึง มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลนักศึกษาแพทย์ทุกคนในวันแรกของการเปิดภาคเรียน และทุกครั้งที่สิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่หนึ่งและสองรวม 3 ครั้ง โดยทุกครั้งจะแจกแบบสอบถามในชั้นเรียนและรวบรวมกลับทันทีพร้อมกับใบยินยอมขอใช้ข้อมูล (inform consent) และโครงการนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 (เลขที่ EC 55-310-03-1-3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 130 คน เก็บข้อมูลได้จำนวน 127 คน (ร้อยละ 97.7) เป็นเพศชาย 56 คน (ร้อยละ 44.1) เพศหญิง 71 คน (ร้อยละ 55.9) อายุเฉลี่ย 21.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)=1.33) เกรดเฉลี่ย 3.3 (S.D.=0.5) เป็นนักศึกษาแพทย์กลุ่มหมุนเวียนที่ 1 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 33.9) และกลุ่มหมุนเวียนที่ 2 จำนวน 84 คน (ร้อยละ 66.1) โดยกลุ่มหมุนเวียนที่ 1 เป็นเพศชาย 19 คน (ร้อยละ 44.2) เพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 55.8) เกรดเฉลี่ย 3.2 (S.D.=0.5) กลุ่มหมุนเวียนที่ 2 เป็นเพศชาย 37 คน (ร้อยละ 44.1) เพศหญิง 47 คน (ร้อยละ 55.9) เกรดเฉลี่ย 3.3 (S.D.=0.4) (ตารางที่ 1)

การใช้ทักษะการสื่อสาร และความสัมพันธ์กับกลุ่มหมุนเวียนตามรายวิชา

นักศึกษาแพทย์จำนวน 94 คน (ร้อยละ 74.0) ใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนที่เหลือคือ ใช้ทักษะการสื่อสารในการให้คำแนะนำญาติหรือพ่อแม่ของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยโดยวิธีวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) พบว่าคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเฉลี่ยนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.245$) ระหว่าง 2 กลุ่มหมุนเวียน

นอกจากนี้พบว่า นักศึกษาแพทย์กลุ่มหมุนเวียนที่ 1 และ 2 มีคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาในลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มหมุนเวียนที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และเพิ่มขึ้นเพียง

เล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 2 ในขณะที่กลุ่มหมุนเวียนที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดทั้งในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และ 2 (รูปที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์จำแนกทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์ตาม 5 กระบวนการย่อยคือ การชวนความคิด (suspension of assumption) การเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ผู้ป่วย (tune in) การหาเหตุการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete evidence) เรื่องเล่า (narrative process) และความเห็นอกเห็นใจ (empathy) พบว่า มีคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้ง 5 กระบวนการย่อย โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่มหมุนเวียน ยกเว้นทักษะในเรื่องการเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ผู้ป่วย (tune in) ซึ่งกลุ่มหมุนเวียนที่ 1 และ 2 มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยตามช่วงเวลาในลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) โดยกลุ่มหมุนเวียนที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 2 ในขณะที่กลุ่มหมุนเวียนที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดทั้งในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และ 2 (รูปที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

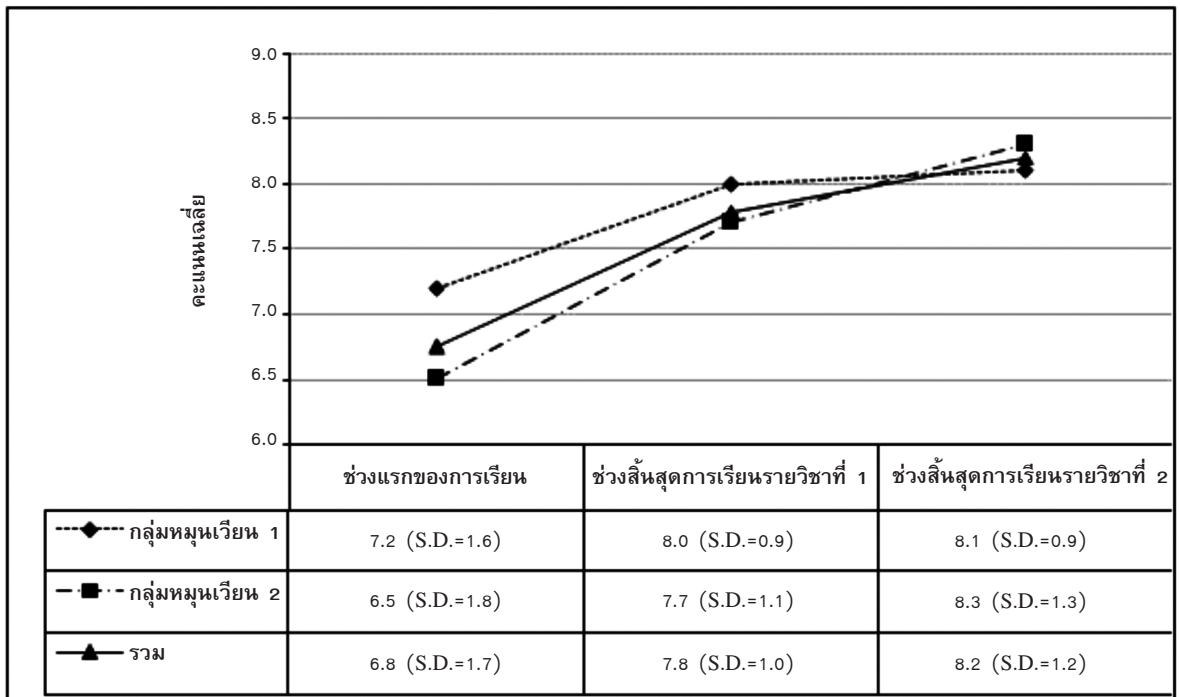
	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มหมุนเวียนที่ 1 (N=43)	กลุ่มหมุนเวียนที่ 2 (N=84)
เพศ		
ชาย	19 (44.2)	37 (44.1)
หญิง	24 (55.8)	47 (55.9)
เกรดเฉลี่ย		
<2.75	6 (13.9)	7 (8.3)
2.75-4.00	37 (86.1)	77 (91.7)
ค่าเฉลี่ย±S.D.	3.2±0.5	3.3±0.4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองในโอกาสที่ได้ใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน 3 ช่วงเวลาเรียน ระหว่าง 2 กลุ่มหมุนเวียน

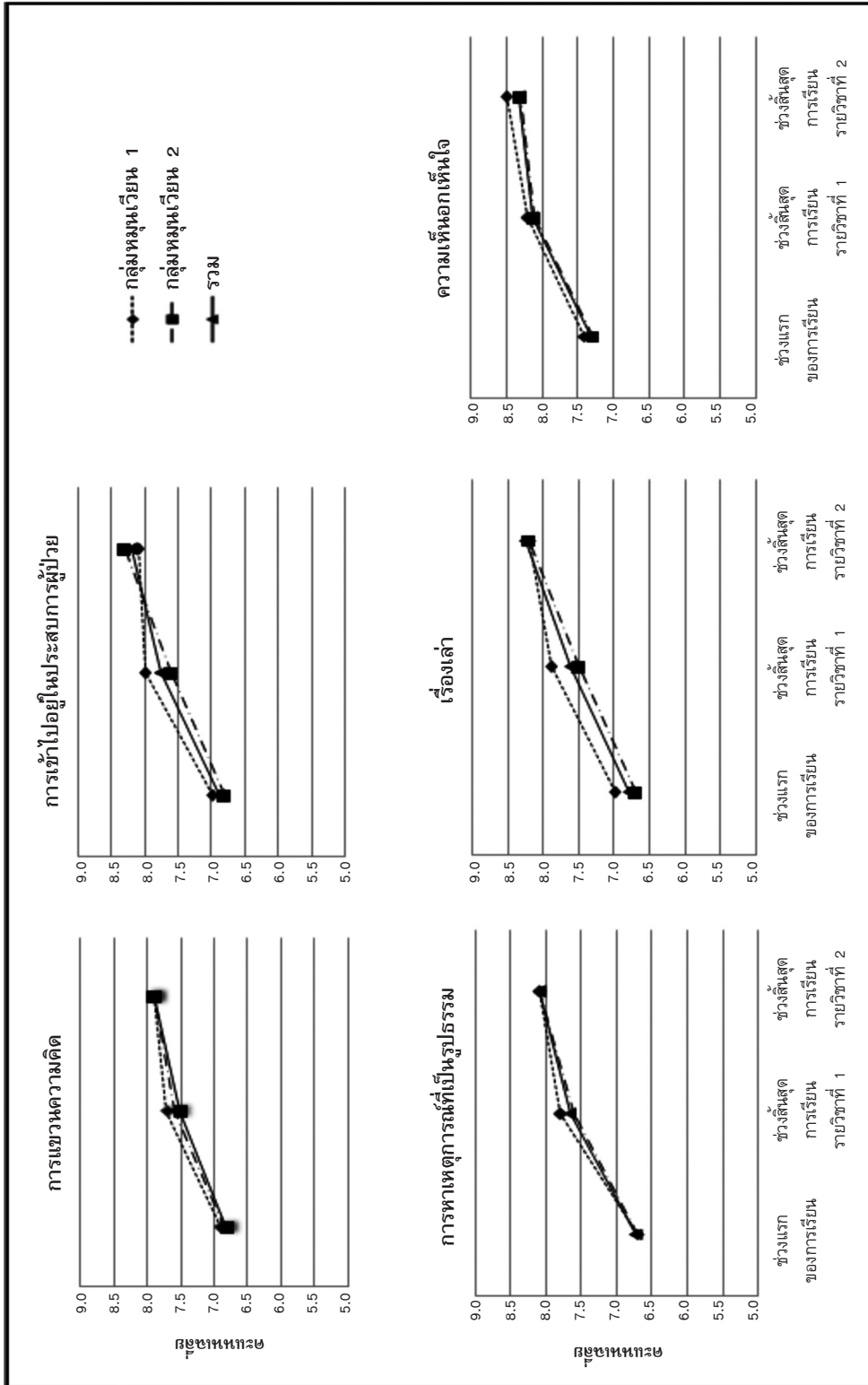
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	4.60	1	4.611	1.351	0.247
เพศ	0.40	1	0.373	0.109	0.742
กลุ่ม:เพศ	2.70	1	2.654	0.778	0.380
ความคลาดเคลื่อน	419.80	123	3.413		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	141.28	2	70.64	68.708	<0.001
กลุ่ม:เวลา	11.27	2	5.63	5.480	0.005
เพศ:เวลา	0.36	2	0.18	0.174	0.841
กลุ่ม:เพศ:เวลา	0.86	2	0.43	0.417	0.659
ความคลาดเคลื่อน	252.91	246	1.03		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

SS=Sum of squares df=Degree of freedom MS=Mean squares F=F-statistic



รูปที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองในโอกาสที่ได้ใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย



รูปที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองของโอกาสที่นักศึกษาได้ใช้ทักษะการสื่อสารที่เรียนมาในการซักประวัติผู้ป่วยตาม 5 กระบวนการย่อย

**ความสามารถในด้านการสร้างความสัมพันธ์
ต่อผู้ป่วย และอุปสรรคในการใช้ทักษะการสื่อสาร**

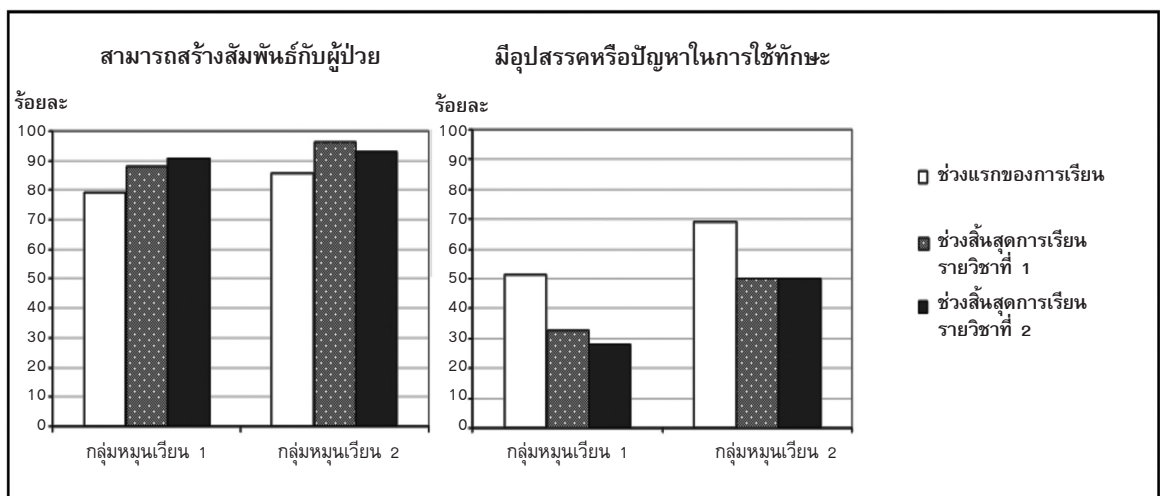
หลังสิ้นสุดการเรียน นักศึกษาแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม
หมุนเวียน สามารถสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ในสัดส่วน
ที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับในช่วงแรกของการเรียน และ
มีอุปสรรคในการใช้ทักษะการสื่อสารในสัดส่วนที่ลดลง
เมื่อเทียบกับในช่วงแรกของการเรียน (รูปที่ 3) โดย
อุปสรรคในการใช้ทักษะการสื่อสารส่วนใหญ่คือ ขาด
ความมั่นใจ ใช้ทักษะการสื่อสารได้ไม่คล่องแคล่ว ถาม
วทวน ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจภาษาท้องถิ่น รวมทั้ง
มีข้อจำกัดเรื่องเวลา

**การใช้ทักษะการสื่อสาร และความสัมพันธ์
กับเพศ**

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยวิธีวัดซ้ำ
(repeated measures ANOVA) (ตารางที่ 2) พบว่า
คะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
เฉลี่ย ระหว่างนักศึกษาแพทย์เพศชายกับเพศหญิงไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.742$)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 74.0 ของนักศึกษา
แพทย์ใช้รูปแบบทักษะการสื่อสารตาม 5 กระบวนการย่อย
คือ suspension of assumption, tune in, concrete
evidence, narrative process และ empathy ในการ
สัมภาษณ์ประวัติอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดย
ให้คำแนะนำเฉลี่ยของการใช้ทักษะการสื่อสาร การสร้าง
สัมพันธ์กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และพบอุปสรรคในการใช้ทักษะ
การสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยลดลงตาม
ช่วงเวลาของการเรียน เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์
หาความสัมพันธ์พบว่าคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสาร
ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศและกลุ่มหมุนเวียนตามรายวิชา
จากผลการศึกษาข้างต้นนี้อาจกล่าวได้ว่าเมื่อนักศึกษา
แพทย์ผ่านการเรียนในรายวิชาใดก็ตามไม่ว่าจะเป็น
รายวิชาสุขภาพและโรคของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (medical
base) หรือรายวิชาการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด
(surgical base) ย่อมมีองค์ประกอบของเนื้อหาวิชา
ทั้งในแง่ของลักษณะโรค อาการ รวมทั้งวิธีการสอน
สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป แต่นักศึกษาแพทย์



รูปที่ 3 ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และอุปสรรคในการใช้ทักษะการสื่อสารตามช่วงเวลาเรียน

ยังคงสามารถเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารของตนเองและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้โดยไม่ขึ้นตรงกับเนื้อหาหรือองค์ประกอบอื่น ๆ ในรายวิชานั้น ๆ แต่เป็นการใช้การสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ที่น่าจะอยู่เหนือกรอบของวิชาใด ๆ ทางการแพทย์ เป็นไปดังแนวทางที่สอดคล้องกับพระราชดำริของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกที่ว่า “ฉันไม่ได้ต้องการให้เธอมีความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ฉันต้องการให้เธอเป็นคนด้วย”¹⁷

แต่เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาในเรื่องคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยแยกตามกลุ่มหมุนเวียนพบว่า นักศึกษาแพทย์กลุ่มหมุนเวียนที่ 1 มีคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 2 ในขณะที่กลุ่มหมุนเวียนที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดทั้งในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 และ 2 นั้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มหมุนเวียนที่ 1 คือ กลุ่มหมุนเวียนที่ผ่านการเรียนในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ทำให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสเห็นตัวอย่าง ได้ทบทวนและฝึกใช้ทักษะการสื่อสารภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จึงทำให้ค่าคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงสิ้นสุดการเรียนรายวิชาที่ 1 เช่นเดียวกับที่พบในกลุ่มหมุนเวียนที่ 2 ที่นักศึกษาแพทย์ให้ค่าคะแนนการใช้ทักษะการสื่อสารเฉลี่ยเมื่อสิ้นสุดการเรียนในรายวิชาที่ 2 ซึ่งมีรายวิชาจิตเวชศาสตร์บรรจุอยู่เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามอาจสรุปได้ว่า นักศึกษาแพทย์จะยังคงสามารถเพิ่มพูนทักษะด้านการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง トラบใดที่ยังคงมีผู้ป่วย และยินดีที่จะนำวิธีการสื่อสารเหล่านี้ไปใช้โดยปราศจากเงื่อนไขเรื่องรายวิชา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสอนเรื่องทักษะการสื่อสารน่าจะมีประโยชน์อย่างแท้จริงสำหรับการใช้ชีวิตของนักศึกษาแพทย์ และสามารถพัฒนาให้เชี่ยวชาญมากขึ้นได้เรื่อยๆ ดังคำกล่าวของ Sean McPheat¹⁸ ที่ว่า “เทคนิคการสื่อสารที่ดี

นอกจากทำให้เกิดความเข้าใจและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันแล้ว ยังมีผลทำให้การเจรจาและการต่อรองต่างๆ สำเร็จตามความมุ่งหวังด้วย”

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาที่ทำให้รู้ถึงกระบวนการพัฒนาการสื่อสารในระดับบุคคลเป็นการประเมินตนเอง (subject evaluation) ออกมาเป็นคะแนน (object evaluation) ซึ่งถือว่าประเมินผลได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดความเข้าใจในระดับเชิงลึกถึงการเติบโตภายในของตัวผู้สื่อสาร และการประเมินผลจากผู้ป่วยที่นักศึกษาแพทย์มีปฏิสัมพันธ์ด้วย ดังนั้น การศึกษาต่อไปควรมุ่งเน้นถึงการศึกษาคงคุณภาพเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงภายในของจิตใจและตัวตนของนักศึกษาแพทย์ รวมทั้งศึกษาในผู้ป่วยที่นักศึกษาแพทย์มีปฏิสัมพันธ์ด้วย ทั้งนี้ จะทำให้มองเห็นภาพผลลัพธ์ของการสอนเรื่องการสื่อสารในนักศึกษาแพทย์ที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการสอนเรื่องการสื่อสารต่อไป

สรุป

นักศึกษาแพทย์ใช้กระบวนการการสื่อสารในการสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กับเพศและกลุ่มหมุนเวียนตามรายวิชาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. JAMA 2003; 290: 1157 - 65.
2. Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, et al. Measuring medical students' communication skills: development and evaluation of an interview rating scale. Psychology Health 1992; 6:213-25.
3. Cooper C, Mira M. Who should assess medical students' communication skill: their academic teachers or their patients? Med Educ 1998; 32: 419 - 21.

4. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, et al. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns* 2005; 58: 265 - 70.
5. Bernstein D, Penner LA, Clarke-Stewart A, et al. *Psychology*. 8th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2008.
6. Bohm D. On dialogue. Nichol L, editor. *Bohm on dialogue*. London: Routledge; 1996.
7. Iacoboni M. *Mirroring people: the science of empathy and how we connect with others*. New York: Picador; 2009.
8. Krishnamurti J. *Network of thought*. Hampshire: Brockwood Park School; 1979.
9. Michael JB. *The empathic healer: an endangered species*. San Diego: Academic Press; 2001.
10. Mason R. *Understanding understanding*. Albany: State University of New York Press; 2003.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
12. Scharmer CO. *Theory U: leading from the future as it emerges*. San Francisco: Barrett-Koehler Publishers; 2009.
13. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Clinical interviewing*. 4th ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2009.
14. Moss S. Symbolic self completion theory [homepage on the Internet]. Caulfield East: School of Psychology and Psychiatry, Monash University [cited 2011 Mar 20]. Available from: <http://www.psych-it.com.au/Psychlopedia/article.asp?id=292>
15. Vittayanont A, Pitanupong J. Processes of communication. *Songkla Med J* 2011; 29: 195 - 201.
16. Pitanupong J, Vittayanont A. Knowledge, attitude and insight regarding communication skills in medical students. *Songkla Med J* 2011; 29: 109 - 116.
17. HRH Prince Mahidol Foundation of the Arrow Adulyadejvikrom Praboromarajchanok [home page on the Internet]. Bangkok: Somdet Phra Mahitala Dhibesra Adulyadej Vikrom the Prince Father Foundation [cited 2013 Jan 10]. Available from: <http://www.princemahidolfoundation.com/profiles/main7.html>
18. McPheat S. *MTD training: advanced communication skills*. Coventry: BoBoCoAe, MTD Training & Ventus Publishing ApS; 2010; p.35.