

FISHER' S RULES: คิดต่างอย่างปรมาจารย์

ประพันธ์ ยอดนพเกล้า

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์

“Listen! Listen to your patients, he is telling you the diagnosis”⁽¹⁾

William Osler

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาด้านกฎหมาย การแพทย์ ลิทธิผู้ป่วยและเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความสับสนอย่างมากสำหรับผู้อยู่ในวงการแพทย์ ความจริงที่ปรากฏในขณะนี้คือ

1. ความรู้ต่างๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นถึงเท่าตัวในระยะเวลาประมาณ 5 ปี ในขณะที่เวลาในการศึกษาแพทย์คงที่ การสอนในรูปแบบเดิมคือ เน้นที่การถ่ายทอดเนื้อหา (content oriented) โดยที่ว่าครูเป็นแหล่งสะสมความรู้ ย่อมไม่มีทางที่จะแทรกเนื้อหาที่เพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาลงในตารางเรียนเดิมได้^(2,3)

2. ในวงการแพทย์ร่วมสมัย แพทย์จำนวนมากเน้นการตรวจค้นโดยใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ละเลยความสามารถพื้นฐาน ในการเก็บข้อมูลทางคลินิก (bedside data gathering) และวิธีคิดอย่างมีเหตุผล (clinical reasoning)⁽⁴⁾

3. ในสังคมผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาทั่วโลกในปัจจุบัน ความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นำแปลกใจที่ใช้เทคโนโลยีต่างๆ ไม่ได้ช่วยให้ diagnostic errors ลดลงแต่กลับเพิ่มค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นปัญหาระดับนานาชาติ⁽⁵⁾ ในโรงเรียนแพทย์ นักเรียนแพทย์ และแพทย์

ประจำบ้านต้องพบกับผู้ป่วยที่ซับซ้อนและรับการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการจำนวนมากจนเคยชิน ในสหรัฐอเมริกาจากการศึกษาพบว่า แพทย์ใช้การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการเกินความจำเป็นถึงร้อยละ 30⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นผลบางส่วนมาจากความเคยชินระหว่างฝึกอบรมในโรงเรียนแพทย์ จนต้องปรับหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านใหม่ เน้นให้ใช้ทักษะและวิธีคิดทางคลินิกมากขึ้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายและอันตรายทางเทคโนโลยี (high-value cost conscious care)⁽⁷⁾

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย ซึ่งนับวันจะถูกเทคโนโลยีและระบบการค้าเข้ามาขวางกั้นให้ห่างกันไปทุกที⁽⁸⁾

ผลจากความซับซ้อนที่ตามมาก็คือ นักศึกษาแพทย์ซึ่งเรียนและฝึกงานอยู่ในบริบทดังกล่าว จับหลักไม่ได้ บางรายแม้จะจบการศึกษาแล้วและแปลงกายเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ก็ยังคงจับหลักไม่ได้ และขาดวิธีคิดอย่างมีเหตุผล การถ่ายทอดวิชาการในลักษณะตายตัว คือสอนให้จดจำสิ่งที่ครูอยากให้นักศึกษารู้โดยการเน้นเฉพาะเนื้อหา โดยไม่สอนวิธีคิดในการแก้ปัญหา (clinical reasoning)⁽⁹⁾ จึงกลายเป็น



วิธีการที่ล้าสมัย แพทย์ที่สำเร็จออกมาโดยวิธีการนี้ไม่มีนิสัยและความสามารถในการเรียนรู้ต่อเนื่องที่จะพัฒนาสติปัญญาและความเชี่ยวชาญด้วยตัวเอง อุปมาดังเหมือนการหยิบยื่นเนื้อปลาให้กิน โดยไม่สอนวิธีที่จะตกปลา⁽¹⁰⁾ สุดท้ายแพทย์จำนวนมากต้องกลายเป็นแพทย์ที่ขาดความชำนาญในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย หากต้องการบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว วิธีหนึ่งที่ยั่งยืน รวดเร็วและเห็นผลทางปฏิบัติมากที่สุด คือ การศึกษาปรัชญาการทำงานวิธีคิดอย่างมีเหตุผลของแพทย์ และปรมาจารย์แพทย์ผู้ได้รับความสำเร็จอย่างสูง

ผู้เขียนในฐานะแพทย์ผู้ผ่านการอบรมทางประสาทวิทยามาแล้วและได้ผ่านประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณและเครื่องมือ วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (low-cost doctor) พบว่า แนวทางของ Fisher น่าจะเป็นแนวทางสากลในการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วย ทั้งยังเป็นแนวทางที่ง่าย และสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะต่างๆ ทางคลินิก ให้แก่ตนเองเป็นอย่างมาก แม้เวลาผ่านไปนานหลายสิบปี พบว่าข้อคิดของท่านยังคงทันสมัยและยังสำคัญมากขึ้นในบริบทการแพทย์ในปัจจุบันที่มีปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น Fisher เป็นปรมาจารย์ประสาทวิทยาที่มหาวิทยาลัย Harvard ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุดแห่งหนึ่งของโลก แต่แนวทางและวิธีคิดของท่านสามารถนำมาประยุกต์ใช้สำหรับแพทย์ทุกสาขา ทั้งในเมืองและชนบทได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะปัจจุบันซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการได้พุ่งตัวสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยกลับดังลงในอัตราใกล้เคียงกัน Fisher ได้เน้นถึงการเฝ้าสังเกตอาการข้างเตียงผู้ป่วย (bedside observation) การดำเนินโรค (clinical course) ธรรมชาติของโรค (natural history) ซึ่งกำลังถูกละเลยไป สำหรับ Fisher แล้ว “The observation is the investigation” ซึ่งนับเป็นภาวะที่อาจเรียกได้ว่า สูงสุดสู่สามัญ มีผู้รวบรวมแนวทางและวิธีคิดของ Fisher และสรุปไว้เป็นหลักใหญ่ๆ 17 ข้อ เรียกว่า Fisher’s rules ดังต่อไปนี้^(11,12)

1. The bedside can be your laboratory, study the patient seriously

Fisher ได้เน้นความสำคัญของข้อมูลข้างเตียงผู้ป่วย ทั้งประวัติ ตรวจร่างกายและการเฝ้าสังเกตอาการ (clinical observation) การดำเนินโรค (clinical course) และธรรมชาติ

ของโรค (natural history) ว่ามีความสำคัญอย่างมากไม่แพ้หรืออาจมากกว่าการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งทำได้ทุกหนแห่ง เพียงแต่ต้องใช้เวลาและอดทนเพียงพอ สิ่งเหล่านี้เป็นบันไดขั้นแรกที่สำคัญที่สุดในการตั้งสมมุติฐานที่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นตัวชี้้นำในการเลือกใช้การตรวจห้องปฏิบัติการที่มุ่งเน้น (clinical guided) เพื่อแยกโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างที่พบบ่อยคือ แพทย์ที่ขาดการตั้งสมมุติฐานที่ถูกต้อง มักหลงทางไปกับการทดสอบทางห้องปฏิบัติการแบบเหวี่ยงแห ซึ่งมีข้อจำกัด อีกทั้งอาจมีข้อผิดพลาดในการแปลผล เนื่องจากขาดข้อมูลทางคลินิก (clinical correlation) เป็นผลมาจากการขาดทักษะในการเก็บข้อมูล (bedside data) ที่ดีพอ ง่ายๆ คือ ไม่มี clinical data จะให้ correlate จึงแปลผลทางห้องปฏิบัติการแบบ “คนตาบอด” (blind interpretation)

2. Settle an issue as it arises at the bedside don't leave a “may be”

Fisher จะพยายามสรุปปัญหา และแนวทางการสืบค้นและรักษา ณ ข้างเตียงผู้ป่วยเสมอโดยหลักการที่ว่า สถานการณ์วันพรุ่งนี้อาจแปรเปลี่ยนไป และข้อมูลทางคลินิกที่ “หละหลวม” ตั้งแต่เริ่มต้น บ่อยครั้งไม่สามารถชัดเจนด้วยการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างที่พบบ่อยคือ นักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านมักต้องตอบอาจารย์ในวันรุ่งขึ้นว่า “เมื่อวานนี้ผมไม่ทันสังเกต” “ไม่ทันนึกถึง” ซึ่งสายไปเสีย แล้วเพราะธรรมชาติของการดำเนินโรคเป็นพลวัตน์ บางครั้ง อาการเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (transient) หรืออาการอาจถูกบดบังเมื่อเวลาผ่านไปด้วยโรคแทรกซ้อนเพิ่มเติมจนไม่สามารถตรวจสอบโดยแพทย์ผู้อื่นได้ (masked)

3. Make a hypothesis and then try as hard as you can to disprove it or find the exception before accepting it as valid

หลังจากที่ได้ตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของโรค หรืออาการได้แล้ว ต้องพยายามพิสูจน์ซ้ำแล้วซ้ำอีกก่อนจะสรุปผลงานของ Fisher หลายชิ้นเกิดจากการพยายามตั้งสมมุติฐาน (ได้จาก clinical observation ที่ดีเยี่ยม) และผ่านการทดสอบครั้งแล้วครั้งเล่า และบางครั้งเป็นเวลานานนับปี ก่อนการตีพิมพ์ หรือสรุปออกเป็น concept เนื่องจาก Fisher เข้าใจดีเกี่ยวกับ “อคติ” ที่พบบ่อยที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือการด่วนสรุป “การวินิจฉัย” หรือ “ผลการรักษา” (premature closure)⁽¹³⁾

4. Always be working on one or more projects; it will make the daily routine more meaningful

การพยายามทำโครงการหนึ่งโครงการใดหรือการวิจัยอย่างหนึ่งอย่างใดควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานประจำ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตการเป็นแพทย์เพราะจะทำให้ไม่เกิดความจำเจในการทำงาน โครงการและการวิจัยเหล่านี้ ถ้าได้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้เรามีสติและสมาธิจดจ่อในรายละเอียดของผู้ป่วยมากขึ้น จึงเป็นผลดีทั้งกับผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลที่จะได้ความรู้และประสบการณ์จากความหลากหลายของอาการและอาการแสดงที่ไม่สามารถหาได้จากในตำรา

5. In arriving at a clinical diagnosis, think of the five most common findings (historical, physical findings, or laboratory) found in a given disorder

ในการศึกษาโรคหนึ่งโรคใดพยายามหาข้อมูล ไม่ว่าจะอาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พบบ่อยที่สุดอย่างน้อย 5 อย่าง และการวินิจฉัยโรคดังกล่าวในผู้ป่วย ควรให้มีข้อมูลอย่างน้อย 3 ใน 5 บ่อยครั้งที่ Fisher ใช้หลักการดังกล่าวในการตรวจสอบสมมุติฐาน และพบว่าถ้ามี 3 ใน 5 ของอาการและอาการแสดง และการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ ไม่เข้ากับโรคในสมมุติฐานที่ตั้งไว้ มีโอกาสวินิจฉัยผิดค่อนข้างมาก การตรวจสอบนี้ช่วยไม่ให้เกิดการ “ด่วนสรุป” การวินิจฉัยซึ่งเป็นอคติทำให้เกิด diagnostic error บ่อยที่สุดดังกล่าวข้างต้น⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามในชีวิตจริงอาการและอาการแสดงของโรคมักไม่พบตามตำราผู้ป่วยอาจมาด้วย atypical presentation และ variation หลากหลาย ทั้งอาจมา early อาการและอาการแสดงจึงยังไม่ครบ หรือมา late จนมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน บดบังโรคพื้นฐานไป ทำให้เราเขวหลงทางในการวินิจฉัยได้ จึงต้องวางใจพร้อมรับข้อมูลใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนสมมุติฐานได้เสมอ

6. Describe quantitatively and precisely⁽¹⁵⁾

การบันทึกอาการผู้ป่วยอย่างชัดเจน และการบันทึกแบบที่สามารถวัดออกมาได้แม่นยำแน่นอนเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไปหรือการส่งตัวผู้ป่วยให้ผู้อื่นดูแล ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสามารถยกขาสูง 6 นิ้วได้นาน 10

วินาทีในท่านอน จะชัดเจนกว่าการบันทึกว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของขามากพอสมควร ปัญหาที่พบในหน้าป้ายผู้ป่วยและใบส่งตัวเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยอยู่ในมือแพทย์คนที่สองหรือบางครั้งในมือแพทย์คนเดิมก็ไม่สามารถบอกได้ว่าอาการได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วหรือไม่ การบันทึกเช่นนี้อาจขัดแย้งกว่าการบันทึกตาม scores มาตรฐานต่างๆ เสียอีก เนื่องจากสามารถบรรยายปฏิกิริยาผู้ป่วย (Human reaction to disease) เพิ่มเติมลงไปได้ ในปัจจุบันการบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยยังทวีความสำคัญขึ้นในแง่ของกฎหมายหากมีความผิดเกิดขึ้น

7. The details of the case are important; their analysis distinguishes the expert from the journeyman

หลายครั้งที่เกร็ดย่อยๆ และรายละเอียดในประวัติเป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ถูกละเลยไป ตัวอย่างที่พบได้บ่อยคือนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านมักงุนงงและไม่เข้าใจว่าทำไมรายละเอียดที่สำคัญในประวัติมักมาได้จากการซักประวัติของอาจารย์ในตอนเช้าเสมอ บางรายถึงกับโยนความผิดให้ผู้ป่วยว่า “ทำไมเมื่อวานไม่ยอมบอก” ก็มี นี่เองที่ Fisher ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์พเนจร

8. Collect and categorize phenomena; their mechanism and meaning may become clearer later if enough cases are gathered

Fisher มักบันทึกปรากฏการณ์ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้ จากการเฝ้าสังเกตอย่างละเอียดหลายครั้งที่นำกลับมาวิเคราะห์และได้คำตอบเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หลักการนี้ทำให้หลีกเลี่ยงการสูญเสียข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญ ซึ่งไม่สามารถหาได้จากข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ตัวอย่างการค้นพบโรคใหม่มากมาย เช่น โรค AIDS โรควัวบ้า (Mad cow disease) ฯลฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติเกิดจากคุณสมบัติดังกล่าวนี้

9. Fully accept what you have heard or read only when you have verified it yourself

ในยุคแห่งข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งหลั่งไหลมามากมาย การพิจารณาความถูกต้อง และเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ แพทย์ต้องรู้จักวิธีตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากวารสาร การบรรยาย โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ต่างๆ ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย คำแนะนำนี้



Fisher ได้ใช้ปฏิบัติก่อนหน้าที่จะเกิด “Evidence based medicine” หลายสิบปี⁽¹⁶⁾ ซึ่งให้เห็นว่าปรมาจารย์จะมี “critical thinking” ไม่ใช่ง่าย ตื่นตัว พร้อมที่จะปรับเปลี่ยน ความคิดใหม่ๆ ได้เสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า “Today’s brightest advances may be labeled tomorrow as yesterday’s mistake”

10. Learn from your own past experience and that of others (literature and experienced colleagues)

นั่นคือแพทย์ต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งจาก วารสาร และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ที่มีอยู่ในตำรา (explicit knowledge) เปรียบเสมือน “ยอดภูเขาน้ำแข็ง” ยังมีความรู้อีกจำนวนมากที่ได้จากการลงมือทำ และเรียนรู้จากทั้งความผิดพลาดและความสำเร็จของตนเอง และผู้อื่น ดังคำกล่าวของ Sir William Osler ที่ว่า “To study the phenomena of disease without books is to sail an uncharted sea, while to study books without patients is not to go to the sea at all”⁽¹⁷⁾

11. Didactic talks benefit most the lecturer We teach other best by listening, questioning, and demonstrating

การอภิปราย หรือโต้แย้งทางวิชาการ ไม่ว่าจะเป็นรูปของการฟังการบรรยาย อภิปราย หรือการสอนแสดง ทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำฝังแน่น ความรู้ที่ได้มาด้วยความยากลำบาก เช่น ถูกถามอภิปรายโต้แย้ง และไปค้นคว้ามาเอง ย่อมติดตรึงอยู่ในความทรงจำ และได้รับประสบการณ์ดีกว่าการรับฟังเฉยๆ การให้ความสำคัญกับการวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ การยอมรับฟัง คิดตาม และปรับปรุงเมื่อพบข้อผิดพลาด เป็นคุณสมบัติสำคัญของผู้เชี่ยวชาญที่แท้จริง

12. Write often and carefully. Let others gain from your work and ideas

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการได้ประโยชน์ทั้งผู้ร่วมวิชาชีพ ในขณะเดียวกัน กระตุ้นให้แพทย์ผู้เผยแพร่ต้องศึกษา และได้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น ผู้รู้กล่าวไว้ว่า “teaching is learning” การสอน บรรยาย การทำวิจัย จะทำให้เราได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงการเขียนที่สามารถ “ทำเรื่องยากให้เข้าใจได้ง่าย จะเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าเรารู้เรื่องนั้นอย่างตถกผลึกจริง

13. Pay particular attention to the specifics of the patient with a known diagnosis; it will be helpful later when similar phenomena occur in an unknown case

แพทย์จำนวนมากที่หยุดการซักประวัติผู้ป่วยหลังจากได้วินิจฉัยโรคแล้ว มิใช่เพียงเพราะว่าไม่มีเวลา แต่เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ

Fisher ซึ่งให้ความสำคัญในการเก็บเกี่ยวข้อมูลจากผู้ป่วยที่รู้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนเหล่านี้เพื่อเป็นประสบการณ์ และฐานข้อมูลที่สำคัญเมื่อแพทย์พบอาการดังกล่าวในผู้ป่วยรายต่อไป เช่น การเปรียบเทียบอาการทางตาของผู้ป่วยที่เพิ่งจะมาพบเรากับอาการทางตาของผู้ป่วย migraine 100 ราย ก่อนหน้าที่เราได้ซักถาม แพทย์ประจำบ้านมักบอกอาจารย์ว่า “case นี้เป็นผู้ป่วยไมเกรนธรรมดา ไม่มีอะไรน่าสนใจ” ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายโอกาสอย่างยิ่ง ปรมาจารย์เคยกล่าวว่า “เราสามารถเรียนรู้จากผู้ป่วยได้ในทุกๆ ราย ในแง่มุมต่างๆ ขึ้นกับความอยากรู้ อยากรู้อะไรของเรา แม้แต่ “วิธีการทำแกงเขียวหวานไก่” จากแม่ค้าขายข้าวแกงที่มาป่วยในโรงพยาบาล

14. Be a good listener; even from the mouths of beginners may come wisdom

แพทย์และอาจารย์แพทย์หลายท่านยอมรับว่า บางครั้งจากการถูกปัญหาผู้ป่วยกับผู้ร่วมงานที่ประสบการณ์น้อย หรือแม้กับนักศึกษาแพทย์ อาจจุดประกายหรือสานต่อความคิดใหม่ๆ ที่มีคุณค่าขึ้นมาได้ ความคิดสร้างสรรค์และคำถามเปลี่ยนโลกมักเกิดในคนหนุ่มสาวที่ยังไม่ถูกตีกรอบทางวิชาการ จึงไม่น่าแปลกใจที่ปรมาจารย์มักกล่าวว่า “ความคิดสร้างสรรค์และความอยากรู้อยากเห็นของนักเรียนแพทย์ลดน้อยลงทุกทีเมื่อเวลาผ่านไป เข้าทำนอง “ยิ่งเรียน ยิ่ง...” “ยิ่งโต ยิ่ง...” ส่วนหนึ่งเกิดจากการเน้นที่เนื้อหามากเกินไปจนความจำเป็นจนไม่มีเวลาให้ใช้ความคิด

15. Resist the temptation to prematurely place a case or disorder into a diagnostic cubbyhole that fits poorly

แพทย์ผู้อ่อนประสบการณ์มักมีความโน้มเอียง (bias) ที่จะวินิจฉัยโรคที่ตัวเองคิดถึงและมองหา (จากการที่เพิ่งพบจากวารสารเรื่องที่ตัวเองสนใจเป็นพิเศษ หรือเพิ่งฟังการ

บรรยายมา) ทั้งๆ ที่มีข้อขัดแย้งมากมาย แพทย์ผู้มีประสบการณ์จะสามารถทนทานต่อแรงดึงดูดดังกล่าวและหลีกเลี่ยงความผิดพลาดจากความโน้มเอียง (bias) ข้างต้น ความโน้มเอียงหรืออคติชนิดนี้ เป็นหนึ่งในอคติที่พบบ่อยในการตัดสินใจแก้ปัญหาของแพทย์ ทาง cognitive psychology เรียกว่า “Availability Heuristic” คือโน้มเอียงที่จะวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย เพิ่งเจอ อายากเจอ เจอแล้วประทับใจ เจ็บแล้วจำ ซึ่งผุดขึ้นมาในความทรงจำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เราต้อง “ยังคิด” เพื่อตรวจสอบได้ (18-20)

16. The patient is always doing the best he can

บางครั้งพบว่า การกระทำหลายอย่างของผู้ป่วยอาจทำให้แพทย์ผู้รักษาไม่พอใจ เช่น การรักษาตนเองอย่างไม่ถูกต้อง ความเชื่อบางอย่างหรือแม้แต่การตอบคำถามแบบเอาใจแพทย์ โดยเดาว่าแพทย์ต้องการคำตอบดังกล่าวก็มี แต่ขอให้เข้าใจว่าในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยได้พยายามอย่างถึงที่สุดแล้ว ใครบ้างไม่กลัวตาย หากแพทย์เข้าใจหลักการดังกล่าวจะช่วยลดการอารมณ์เสียแบบรู้เท่าไม่ถึงการณ์ลงได้มาก

17. Maintain a lively interest in patients as people

นอกจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว แพทย์ควรสนใจความเป็นอยู่เศรษฐกิจสังคม และความคิดของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยอาจวนเวียนหาแพทย์มาหลายจังหวัดเพียงเพื่อต้องการคำตอบว่า “ตนเองไม่ได้เป็นเนื้องอกในสมอง”

แพทย์ยังสามารถศึกษาหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในเกือบทุกสาขาวิชาชีพที่มาเป็นผู้ป่วยของท่านด้วยความเต็มใจและยินดีที่ท่านไม่เพียงสนใจความเจ็บป่วยทางกายของเขา ยังสนใจความเป็นอยู่ของเขาอีกด้วย ผู้เขียนเคยสนทนากับผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเป็นมือปืนซึ่งเพิ่งพ้นโทษคดีฆ่าคนตายมากกว่า 10 ศพ หลังจากหายจาก ruptured aneurysm แล้ว ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่างๆ มากมายซึ่งแม้แต่ญาติสนิท และตำรวจเองเขาก็ไม่เคยเล่าให้ฟังมาก่อน ตบท้ายการสนทนาวันนั้น ผู้ป่วยได้กระซิบบอกอีกด้วยว่า ถ้าหมอต้องการ “เก็บ” ใครขอให้บอกผมเป็นคนแรก!!!!!!

“TECHNOLOGY MUST REMAIN THE SERVANT OF THE CLINICIAN AND NEVER BECOME THE MASTER”⁽²¹⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Hodgins E. Listen to the patient. N Engl J Med 1966;274:657-62.
2. Belianca J, Brandt R. 21st century skills: rethinking how students learn (leading edge). Las Vegas: Solution Tress press; 2010.
3. Ambrose S, Bridges MW, DiPietro M, Lovett MC, Norman MK. How learning works : seven research - based principles for smart teaching. Sanfrancisco: Jossey-Bass; 2010.
4. Singh H, Graber M. Improving diagnosis in health care-the next imperative for patient safety. N Engl J Med 2015;26:1-3.
5. Khulla D, Jha A, Jena AB. Reducing diagnostic errors - why now? N Engl J Med 2015;28:1-3.
6. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012;307:1801-2.
7. Smith CD. Teaching high-value, cost-conscious care to residents: The alliance for academic internal medicine-american college of physicians curriculum. Academia and the profession. Ann Intern Med 2012; 157:284-6.
8. Fred HL. Hyposkillia: deficiency of clinical skills. Tex Heart Inst J 2005;32:255-7.



9. Trowbridge R, Rencic JJ, Durning S. Teaching clinical reasoning. Philadelphia: American College of Physicians; 2015.
10. กัมมันต์ พันธุมจินดา. Critical thinking. เอกสารประกอบการสอน Introduction to clinical medicine. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
11. Caplan LR. Fisher's rules. Arch Neurol 1982;39:389-90.
12. Adams R, Richardson EP. Salute to C Miller Fisher. Arch Neurol 1981;38:137-8.
13. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med 2003;78:775-80.
14. Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Penguin Group; 2015.
15. Fisher CM. Quantitation of deficits in clinical neurology. Trans Am Neurol Assoc 1969;94:263-5.
16. Howick J. The philosophy of evidence-based medicine. London: Wiley-Blackwell; 2015.
17. Bean W. Sir William Osler Aphorisms, Springfield Ill, Charles & Thomas Publishers; 1951. p.80.
18. Mark DB, Wong JB. Decision-making in clinical medicine. In : Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine 19th ed. London: Mc Graw Hill; 2015, p.19-28.
19. ประพนธ์ ยอดนพเกล้า. Model of medical expertise: Why teach "thought process". Rama Med J 2013;36: 235-40.
20. ประพนธ์ ยอดนพเกล้า. How experts think คิดต่างอย่างปรมาจารย์ ทางรอดของแพทย์ในศตวรรษที่ 21. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์; 2557.
21. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in clinical practice: principles of diagnosis and management. Philadelphia: Butterworth-Heinemann; 1990, p.XVII.