



กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติ เรื่อง Essential Skills for Clinical Teachers (รุ่นที่ 1)
ระหว่างวันที่ 15 – 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมสมาคมศิษย์เก่าแพทยศิริราช ชั้น 2
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันพฤหัสบดีที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561	วิทยากร	วิทยากรร่วม
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน	
08.30 – 09.45 น.	Basic concepts of clinical teaching	รศ. นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์
10.00 – 11.30 น.	Questioning techniques	รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย รศ. พญ.พรพรรณ กุ๊มานะชัย
11.30 – 12.30 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
12.30 – 13.45 น.	Giving feedback	รศ. พญ.พรพรรณ กุ๊มานะชัย ผศ. นพ.สุประพัฒน์ สนใจพานิชย์ ผศ. พญ.ธัชวรรณ จิระติวานนท์ รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ อ. นพ.อนิรุต วรวาท
13.45 – 14.30 น.	Clinical Supervision	ผศ. นพ.สุประพัฒน์ สนใจพานิชย์ ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย
14.45 – 15.30 น.	Teaching on the run	อ. นพ.ภูมิ ตริตระการ รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย รศ. พญ.พรพรรณ กุ๊มานะชัย ผศ. นพ.ยิ่งยง ชินธรรมมิตร ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์
15.30 – 16.00 น.	Reflection	อ. นพ.อนิรุต วรวาท รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย รศ. พญ.พรพรรณ กุ๊มานะชัย รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ ผศ. นพ.ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ ผศ. นพ.ยิ่งยง ชินธรรมมิตร

วันศุกร์ที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561		วิทยากร	วิทยากรร่วม
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน		
08.30 – 09.30 น.	Basic concepts of active learning	รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์	อ. นพ.อนิรุต วรวาท
09.30 – 10.30 น.	Small group teaching	อ. นพ.ภาคภูมิ พุ่มพวง	ผศ. นพ.ยิ่งยง ชินธรรมมิตร ผศ. นพ.อนุภาพ จิตต์เมือง
10.45 – 12.15 น.	Ward round and bedside teaching	ผศ. นพ.ยิ่งยง ชินธรรมมิตร	รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ ผศ. นพ.อนุภาพ จิตต์เมือง
12.15 – 13.15 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน		
13.15 – 14.15 น.	Clinical performance assessment	รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์	ผศ. พญ.ธัชวรรณ จิระติวานนท์
14.30 – 15.30 น.	Teaching attitudes and ethics	รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย	รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ อ. นพ.อนิรุต วรวาท
15.30 – 16.00 น.	Reflection	อ. นพ.อนิรุต วรวาท	รศ. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย รศ. ดร. นพ.เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์ อ. นพ.ภาคภูมิ พุ่มพวง ผศ. นพ.ยิ่งยง ชินธรรมมิตร ผศ. พญ.ธัชวรรณ จิระติวานนท์

หมายเหตุ: กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

รายชื่อผู้ร่วมอบรม

Essential Skills for Clinical Teachers (รุ่นที่ 1)

กลุ่มที่ 1

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	23	พญ.	กฤษฐา	จิระวงศ์พานิช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	สาขากุมารเวชศาสตร์
2	8	พญ.	สร้อยดี	เถลิงศก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา	สาขา กุมารเวชศาสตร์
3	21	ร.ต.หญิง	เขมิกา	สุดนาวา	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
4	26	พ.ท.หญิง	จันทร์ธิดา	สุบุญ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
5	22	พ.ท.หญิง	ชาลินี	มนต์เสรีนุสรณ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
6	19	พ.ท.	ธานินทร์	พิรุณเนตร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
7	18	พ.อ.หญิง รศ.	นวพร	นำเบญจพล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
8	29	ผศ. นพ.	ยุทธพงศ์	พุทธรักษา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กุมารเวชศาสตร์

กลุ่มที่ 2

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	16	พ.ท.หญิง	วรลักษณ์	ภัทรกิจนรินทร์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
2	24	พ.อ.หญิง ผศ.	สนิตรา	ศิริธางกุล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
3	20	พ.ท.หญิง	อิหวา	สุขสวัสดิ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
4	38	นพ.	ชัยวัฒน์	เหลื่องวิเชียรพร	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	กุมารเวชศาสตร์
5	4	นาง	ยุพา	สุทธิมนัส	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	พยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
6	2	นางสาว	รณิดา	บุญรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
7	47	นางสาว	ปวีรีดา	คงเฟื่อง	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	พยาบาลศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมบุคลากร
8	48	ผศ.ดร.	วิราพรธรม	วีโรจน์รัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

กลุ่มที่ 3

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	44	นพ.	นิติโรจน์	บงกชวิลาวัณย์	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	กุมารเวชกรรม
2	25	พ.ท.หญิง	โสธยา	ชัชวาลานนท์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
3	17	พ.ท.	อนันดร	วงศ์ธีระสุด	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กุมารเวชศาสตร์
4	6	พญ.	รุ่งทิพย์	ชัยพรโกคิน	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
5	11	นพ.	กฤษ	หาญชาญชัยกุล	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	สาขา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
6	43	รศ. พญ.	พรพิมล	เรืองวุฒิเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
7	37	พญ.	มนวณี	เมืองช้าง	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
8	46	พญ.	รุสลิษา	โตะอาดัม	โรงพยาบาลกัลยาณิวัฒนาการุณย์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	สาขา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

รายชื่อผู้ร่วมอบรม

Essential Skills for Clinical Teachers (รุ่นที่ 1)

กลุ่มที่ 4

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	27	นพ.	อนกร	ลักษณะสมยา	โรงพยาบาลชลประทาน	สาขา อายุรศาสตร์
2	30	พญ.	นริศรา	วงศ์ทอง	โรงพยาบาลชลประทาน	สาขา อายุรศาสตร์
3	13	พญ.	ศิตายุ	สุริยะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	สาขา อายุรศาสตร์
4	28	ผศ. พญ.	สุภาวดี	มากะนัดถ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	สาขา อายุรศาสตร์
5	5	พญ.	รังสิมา	ทินมณี	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาอายุรศาสตร์
6	15	พญ.	ศิริวรรณ	पालะวิสุทธิ์	โรงพยาบาลชลประทาน	สาขาอายุรกรรม
7	14	ผศ. นพ.	ยงค์	รงค์รุ่งเรือง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาอายุรศาสตร์
8	9	พญ.	ลภากร	ฉัตรพัฒน์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล	สาขา เวชศาสตร์ป้องกัน

กลุ่มที่ 5

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	34	พญ.	สุจิตรา	ตันหัตตประเสริฐ	โรงพยาบาลอุดรธานี	กลุ่มงานวิสัญญี
2	36	พ.อ.	दनัย	มีแก้วอุยขร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ศัลยศาสตร์
3	33	นพ.	เดชพร	พุทธิวรา	โรงพยาบาลเลิดสิน	ออร์โธปิดิกส์
4	40	นพ.	ธเนศ	ไทยดำรงค์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ภาควิชาศัลยศาสตร์
5	42	นพ.	นพคุณ	ปัญญายิ่งยง	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	ภาควิชาจักษุวิทยา
6	35	พญ.	ยุพดี	ฟูสกุล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
7	45	พญ.	ดลฤดี	ศรีศุภผล	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
8	7	นาง	สุนันทา	ปกป้อง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ฝ่ายการพยาบาล อายุรศาสตร์

กลุ่มที่ 6

ลำดับ	ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	สังกัด	หน่วยงาน/ภาควิชา
1	39	รศ. พญ.	จิราพร	ศรีประภาภรณ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิหารังสีวิทยา
2	3	พญ.	รุจิตลักษณ์	โรจน์อำรงค์	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	กลุ่มงานรังสีวิทยา
3	1	อ. นพ.	กมลพันธ์	ลิ้มเล็ก	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชานิติเวชศาสตร์
4	31	ผศ. นพ.	ปภาณู	สุทธิประสิทธิ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชานิติเวชศาสตร์
5	32	อ. นพ.	สุรเชษฐ์	วงศ์วิทยาพนิชย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชานิติเวชศาสตร์
6	10	นพ.	วศิน	แมตสี	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล	หน่วยวิจัยเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง
7	12	รศ. พญ.	ปารีชาติ	เพิ่มพิกุล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ภาควิชาเวชศาสตร์การธนาคารเลือด
8	41	นพ.	องอาจ	สิกขมาน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

เอกสารประกอบการอบรม



15 Feb 2018

15 Feb 2018

หัวข้อ : Basic concepts of clinical teaching

Concepts of Clinical Teaching

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Definition of Clinical Teaching

Clinical teaching คือการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นใน clinical setting โดยการสอนอาศัยผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยเป็นฐานแห่งการเรียนรู้ของนักศึกษา ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ clinical teaching จึงเป็น triad ซึ่งประกอบด้วย *ครู นักศึกษา และผู้ป่วย*

Objectives of Clinical Teaching

ในการสอนนักศึกษาทุกครั้ง (รวมทั้งการสอนทางคลินิก) ครูควรวางแผน/เตรียมตัวก่อนสอน โดยคำนึงหลักสำคัญทางแพทยศาสตรศึกษาที่เรียกว่าเป็นตัวย่อว่า O-L-E ดังนี้

- O หมายถึง *Objectives* คือ การตั้งวัตถุประสงค์ของการสอน หรือ “ครูจะสอนอะไร/นักศึกษาจะเรียนรู้อะไร”
- L หมายถึง *Learning experience* คือ วิธีการสอน หรือ “ครูจะสอนอย่างไร/นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างไร”
- E หมายถึง *Evaluation* คือ การประเมินผล หรือ “จะรู้ได้อย่างไรว่าครูสอนได้ผลหรือไม่/นักศึกษาเรียนรู้ได้ผลหรือไม่”

ในการสอนทางคลินิก ครูควรกำหนดวัตถุประสงค์ (objectives) ไว้ล่วงหน้าก่อนสอนว่าต้องการให้นักศึกษาแต่ละคนเรียนรู้อะไร จากนั้นจึงกำหนดวิธีการสอนและการประเมินผลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์นั้น โดยการกำหนดวัตถุประสงค์สามารถจำแนกเป็นวัตถุประสงค์ย่อย ได้แก่ ความรู้ *cognitive* (C), ทักษะ *psychomotor* (P), เจตคติ *attitude* (A) *domain* หรือเรียงใหม่ให้จำง่ายขึ้นว่า C-A-P

สำหรับวัตถุประสงค์ด้านความรู้หรือ *cognitive* (C) *domain* ครูควรสอนให้นักศึกษามีความรู้ที่ลึกซึ้ง สามารถคิดได้ในระดับสูง (higher order of thinking) ตาม Bloom's Taxonomy ถึงระดับประยุกต์ใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วย (application) วิเคราะห์ (analysis) สังเคราะห์ (synthesis) และตัดสินได้ว่าถูกหรือผิด (evaluation) ซึ่งการที่จะสอนให้นักศึกษามีความรู้ที่ลึกซึ้งและจดจำได้นาน วิธีการสอนของครูควรเป็นแบบ *active learning* เช่น การมอบหมายให้นักศึกษานำเสนอผลงานหรือสอนผู้อื่น การให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง/การฝึกในสถานการณ์จำลองด้วยตนเอง การตั้งคำถาม/มีกิจกรรมให้นักศึกษาคิด-อภิปราย-แสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย การให้โอกาสนักศึกษาสะท้อนประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ (reflection of knowledge) ฯลฯ

วัตถุประสงค์ด้านทักษะหรือ *psychomotor* (P) *domain* ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การสืบค้นเพิ่มเติม การตัดสินใจ การวางแผนการรักษาผู้ป่วย การสื่อสาร clinical reasoning ทักษะการทำหัตถการ ฯลฯ ครูควรให้โอกาสนักศึกษาฝึกฝนภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด (close supervision) และให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองของนักศึกษา

วัตถุประสงค์ด้าน attitude (A) domain ได้แก่ เจตคติ คุณธรรม จริยธรรม และความเป็นวิชาชีพแพทย์ ครูควรสอดแทรกวัตถุประสงค์นี้ไว้ในการสอนทางคลินิกทุกครั้งที่มีโอกาส รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดี (role model) ซึ่งจะเป็นการสร้างแรงบันดาลใจ (inspiration) ให้นักศึกษาอยากทำตาม ดังคำกล่าว “Effective teachers inspire rather than inform”

21st Century Learners

21st century learners เป็นผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูและมีชีวิตอยู่ ท่ามกลางการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งเทคโนโลยีด้านข้อมูลและข่าวสาร นักศึกษากลุ่มนี้จะมีลักษณะสำคัญบางประการในการเรียนรู้ที่ครูควรเข้าใจ ดังนี้

1. สามารถทำเรื่องหรือสิ่งต่างๆ ได้มากกว่า 1 เรื่องหรือ 1 สิ่งในเวลาเดียวกัน (multi-tasker)
2. มีทักษะในเรื่องเทคโนโลยีข้อมูลและการสื่อสารมาก (มักมากกว่าครูหรือผู้สอน) – ไม่รู้จักโลกที่ไม่มีคอมพิวเตอร์
3. ใช้ internet เป็น universal source of information
4. ชอบการเรียนรู้ที่สนุกสนาน มีการเคลื่อนไหว มีการโต้ตอบ
5. ชอบแสดงความคิดเห็น และรู้สึกดีหากมีคนฟัง
6. ชอบความมีอิสระในการแสดงออกซึ่งความคิดใหม่ๆ หรือความคิดสร้างสรรค์ (social media หลากหลายประเภทจึงตรงกับจริต)
7. ชอบการลองผิด ลองถูก “trial and error” ชอบตั้งและพิสูจน์สมมุติฐานหรือข้อสรุปของตน
8. ถนัดและชอบการทำงานเป็นทีม

Principles of Adult Learning

ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดถ้าการเรียนการสอนมีลักษณะ ดังนี้

1. การเรียนรู้เป็นแบบ active learning โดยนักศึกษาทราบวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (objectives and goals) ที่ชัดเจนของการสอน นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และครูมีบทบาทเป็น facilitator
2. การเรียนรู้แนวคิดและหลักการ (concepts and principles) เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ มากกว่าเรียนรายละเอียดของเรื่องนั้นๆ
3. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นฐาน (problem-centered or patient-centered instruction) เพื่อแก้ปัญหา มิใช่เรียนแบบท่องจำหรือเรียนแต่ factual knowledge
4. การเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ เรียนรู้โดยการลงมือทำ (learning by doing)
5. การเรียนรู้สิ่งที่มีความสำคัญ มีความหมาย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตแพทย์ในอนาคตได้จริง (relevance)
6. การเรียนรู้ที่ต่อยอดจากความรู้/ประสบการณ์เดิมของนักศึกษา (experiential learning) โดยครูให้โอกาสนักศึกษาคิดเพื่อสะท้อนประสบการณ์การเรียนรู้ (reflection) นำไปสู่แนวคิด/ความรู้ (theory/abstract conceptualization) ของนักศึกษา และการวางแผน (planning) เพื่อนำความรู้/ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยรายต่อไป
7. มีการสังเกต (observation) การดูแลอย่างใกล้ชิด (supervision) และครูให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) แก่ นักศึกษาเพื่อการพัฒนาตนเอง

Roles of Clinical Teacher

- ครูแพทย์ทางคลินิกที่ดีพึงมีบทบาทและบุคลิกลักษณะ ดังนี้
1. *บทบาทของแพทย์ (physician)* ครูเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ (clinical competence) สูงในสายตาศิษย์ ครูเป็นผู้เชี่ยวชาญ (expert) เป็นผู้นำของทีมการรักษา ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เป็นที่เคารพศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ เป็นแบบอย่าง (role model) ให้นักศึกษาอยากเจริญรอยตาม
 2. *บทบาทของครู (teacher)* ครูเป็นผู้ที่ตั้งใจถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศิษย์ วางแผน/เตรียมตัวอย่างดีในการสอน มีเป้าหมายในการสอนที่ชัดเจน (clear goals) มีความกระตือรือร้น (enthusiasm) อยากสอน มีเทคนิคในการสอน การสอนเป็นระบบระเบียบ (organized) เหมาะกับระดับของนักศึกษา เข้าใจนักศึกษา คอยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ (facilitation) อธิบายแจ่มแจ้ง ให้ความเวลา ตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ
 3. *บทบาทของผู้ดูแล (supervisor)* ครูเป็นผู้ชี้แนะศิษย์ มอบหมายหน้าที่ให้นักศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของทีม กำกับดูแลให้ได้ฝึกปฏิบัติทักษะ/ทำหัตถการ คอยสังเกตพร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) เพื่อให้นักศึกษาพัฒนาตนเอง
 4. *บทบาทของเพื่อนมนุษย์ (person)* ครูเป็นผู้ที่ให้ความสนใจ/คอยช่วยเหลือศิษย์ ให้ความเวลา รับฟัง/ให้เกียรตินักศึกษา สามารถเข้าถึงได้ง่าย สร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนการสอน ชวนให้นักศึกษาเกิดความอยากเรียนรู้

บทสรุป

ผู้เขียนขอลงท้ายบทความนี้ด้วยข้อความจากหนังสือ “พุทธวิธีในการสอน” โดยพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) ซึ่งท่านได้สรุปหลักการสำคัญ 4 ประการที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงใช้ในการสอนสาวกของพระองค์ และเป็นข้อคิดที่ดีสำหรับบทบาทของครูแพทย์ทางคลินิก ดังนี้

1. ปัญญาเป็นสิ่งสร้างสรรค์ขึ้นภายในตัวผู้เรียนเอง
2. ผู้สอนทำหน้าที่เป็นกัลยาณมิตร ช่วยชี้แนะทางการเรียน
3. วิธีสอน อูบาย และกลวิธีต่างๆ เป็นสื่อหรือเป็นเครื่องผ่อนแรงการเรียนการสอน
4. อิศราภาพในทางความคิดเป็นอุปกรณ์สำคัญในการสร้างปัญญา

15 Feb 2018

หัวข้อ : Questioning techniques

การใช้คำถามในการสอน

สุพจน์ พงศ์ประสพชัย

To question well is to teach well
In the skillful use of questions, more than anything else,
lines the fine art of teaching

Earnst Sachs

บทนำ

การถาม (questioning) เป็นเครื่องมือในการสอนที่มีพลังเป็นอย่างยิ่งที่ครูควรมีทักษะเป็นอย่างดี เนื่องจาก การใช้คำถามในการสอนที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อครูผู้สอนเองและผู้เรียน ในขณะเดียวกันเนื่องจากธรรมชาติ ของครู (แพทย์) ส่วนใหญ่มีความถนัดในการหาคำตอบมากกว่าการตั้งคำถาม จึงประสบปัญหาในการใช้คำถามในการ สอนได้บ่อย รวมทั้งอาจก่อปัญหาจากการใช้คำถามของตนเองก็มี ในบทนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงประโยชน์ของการใช้ คำถามในการสอน ชนิดของคำถาม คำถามแบบโซเครติก และปัจจัยที่จะทำให้การใช้คำถามมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการใช้คำถาม

ประโยชน์ต่อครู

1. ได้ทบทวนเนื้อหาที่จะสอน ว่าส่วนใดเป็นแก่น (core) ซึ่งควรสอนเน้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้คำถาม และ เนื้อหาใดเป็นรายละเอียด (detail) ซึ่งไม่จำเป็นต้องเน้น อาจสอนด้วยการบอกไปเลย หรือไม่สอนเลยก็ได้
2. ใช้ประเมินผู้เรียน
3. ใช้กระตุ้นผู้เรียน ให้ตื่นตัว คิด วิเคราะห์ วิจาร์ณ สร้างสรรค์ และอภิปรายอย่างเต็มศักยภาพของตน ตาม การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่
4. ใช้กระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนทุกคน
5. ใช้สร้างบรรยากาศการสอนให้มีสีสัน สนุก และอบอุ่นไปด้วยความสุข
6. ใช้สอนทักษะการแก้ปัญหา (problem solving) และการใช้เหตุผล (clinical reasoning) การสอนทักษะทั้ง สองนี้ไม่มีวิธีใดดีไปกว่าการใช้คำถาม

ประโยชน์ต่อผู้เรียน

1. กระตุ้นให้ผู้เรียนต้องคิด (thinking) เพราะการถูกถามทำให้ผู้เรียนต้องคิดอย่างเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งแตกต่างจาก การฟังเลคเชอร์ซึ่งผู้เรียนอาจฟังแต่ไม่ได้คิดก็ได้
2. ทำให้ผู้เรียนได้นำความรู้พื้นฐานเดิมมาประยุกต์ (application) เพื่อตอบคำถาม โดยเฉพาะถ้าครูเลือกใช้ คำถามขั้นสูงที่มีใช้ถามแต่ความจำ
3. ทำให้ผู้เรียนได้สังเคราะห์ (synthesis) ความรู้ใหม่ จากองค์ความรู้เดิมที่มีร่วมกับการชี้แนะโดยครู
4. ทำให้ผู้เรียนได้รับการแก้ไขความรู้ความเข้าใจที่ผิด (correction) เพราะคำตอบที่ผู้เรียนตอบออกมาเป็น การเปิดเผยตัวตน ความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนที่อาจจะถูกหรือผิดมาโดยตลอด (ไม่เคยมีผู้เรียนที่จะแก้งตอบผิด)
5. ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียน (motivation) เพราะทำให้ผู้เรียนทราบความสำคัญของเรื่องนั้นและ เกิดความอยากเรียนรู้

6. ทำให้ผู้เรียนจำได้นาน (retention)
7. ฝึกให้ผู้เรียนกล้าคิด กล้าพูด กล้าแสดงออก (expression)
8. ฝึกให้ผู้เรียนเรียนรู้ที่จะรับฟังความเห็นของผู้อื่น (listening) รู้จักการให้เหตุผลเพื่อสนับสนุนแนวคิดของตนเอง (defending) และรู้จักการอภิปรายโต้แย้งความเห็นของผู้อื่นอย่างสุภาพและสร้างสรรค์ (discussion)

ชนิดของคำถาม

1. Cognitive memory question เป็นคำถามที่แคบ ได้แก่คำถามให้ตอบใช่-ไม่ใช่ บอกชื่อ บอกความหมาย บอกคำจำกัดความ เป็นต้น คำถามชนิดนี้ผู้ตอบไม่ต้องใช้ความคิดหนักนอกจากความจำ จึงไม่สนับสนุนให้เกิดการคิด และการเรียนรู้มากนัก แต่เป็นการเรียนแบบนกแก้วนกขุนทอง (rote learning) แต่มีประโยชน์ในแง่ถ้าต้องการระดมความคิดเห็นจากกลุ่ม ใช้ดึงความสนใจของนักเรียนที่ไม่สนใจหรือนักเรียนที่อ่อนให้มีส่วนร่วมได้ง่าย

2. Convergent question คำถามที่กว้างกว่า ได้แก่ คำถามให้อธิบายความหมาย บอกความสัมพันธ์ บอกความเหมือนหรือความแตกต่าง เป็นต้น คำถามชนิดนี้ผู้เรียนต้องมีความรู้ระดับหนึ่งจึงจะสามารถคิดต่อได้ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังถือว่าเป็นคำถามที่แคบเนื่องจากมักมีคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว

3. Divergent question เป็นคำถามที่กว้างเนื่องจากสามารถมีคำตอบที่ถูกต้องได้หลากหลายคำตอบ ได้แก่ คำถามให้คาดการณ์ ตั้งสมมุติฐาน สร้างความคิดหรือไอเดียใหม่ๆ divergent question เป็นคำถามที่ดีในการกระตุ้นให้เกิดความคิดในผู้เรียน

4. Evaluative question เป็นคำถามที่กว้างที่ต้องใช้ความคิดขั้นสูงที่สุด ได้แก่ คำถามให้ประเมิน ตัดสิน เปรียบเทียบคุณค่า เลือกทางที่ดีที่สุด เป็นต้น คำถามนี้เป็นคำถามที่ผู้เรียนต้องใช้ความคิดมากที่สุด

เมื่อพิจารณาตาม Bloom's Taxonomy จะพบว่าคำถามที่แคบจะกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้ความคิดเพียงในระดับ lower order of thinking ในขณะที่คำถามที่กว้างจะกระตุ้นให้ผู้เรียนต้องใช้ higher order of thinking ซึ่งเป็นสิ่งที่เราต้องการให้ผู้เรียนได้

การสอนโดยการถามแบบโซเครติก (Socratic questioning)

การถามแบบโซเครติก คือ การถามเพื่อสอน แทนที่จะใช้การบอกไปเลย การถามเพื่อสอนมีข้อดีกว่าการบอกหลายประการดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น การถามแบบโซเครติกจึงมักใช้ divergent หรือ evaluative question เป็นหลัก ที่ใช้บ่อยๆ มี 6 แบบได้แก่

1. คำถามให้กระจ่าง (clarification หรือ "tell me more") ได้แก่

- “คุณลองอธิบายเพิ่มเติมอีกหน่อยได้มั๊ย?”
- “เรื่องที่คุณพูดมันเกี่ยวกับผู้ช่วยรายนี้อย่างไร?”
- “ที่คุณพูดหมายความว่าอย่างไร?”
- “ไหนบอกตัวอย่างผมสักหน่อยได้ไหม?”

2. คำถามถึงข้อสรุป (probe assumption) ได้แก่

- “ตกลงคุณสรุปว่าไง?”
- “คุณเห็นด้วยกับข้อสรุปนี้หรือไม่ เพราะอะไร?”
- “อธิบายซิว่าทำไมเราจึงสรุปเช่นนั้น?”

3. คำถามถึงเหตุผล (reason) หรือหลักฐาน (evidence) ได้แก่

- “คุณมีเหตุผลอะไรสำหรับคำตอบนี้?”
- “คุณคิดว่าอะไรทำให้เกิดเหตุนี้?”
- “มีเหตุผลอะไรที่ไม่สนับสนุนโรคนี้?”

4. คำถามเกี่ยวกับมุมมอง (viewpoint) และแนวความคิด (perspective) ได้แก่

- “มีทางเลือกอะไรอีกไหม?”
- “มีมุมมองปัญหาที่แนวอื่นไหม?”
- “อะไรคือข้อดี ข้อเสีย ของวิธีนี้?”
- “วิธีนี้เทียบกับวิธีอื่นเป็นอย่างไร?”

5. คำถามเกี่ยวกับการนำไปใช้ (implication) และผลที่จะตามมา (consequence) ได้แก่

- “ผลที่ตามมาถ้าเรารักษาด้วยวิธีนี้คืออะไร?”
- “เราจะนำหลักการนี้ไปใช้กับผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างไร?”

6. คำถามที่เกี่ยวกับคำถาม ได้แก่

- “คำถามนี้สำคัญอย่างไร?”
- “รู้มั๊ยผมถามคำถามนี้คุณทำไม?”

การใช้คำถามในการสอนให้ประสบความสำเร็จ

การใช้คำถามในการสอนที่จะประสบความสำเร็จประกอบด้วยองค์สาม ได้แก่ การสร้างบรรยากาศที่ดี (good atmosphere) การเลือกใช้คำถามที่ดี (good question) และการใช้เทคนิคที่ดี (good technique)

การสร้างบรรยากาศที่ดี

เป็นปัจจัยขั้นแรกสุดที่จะนำไปสู่การใช้คำถามที่ประสบความสำเร็จ ครูควรชี้แจง (orientate) ให้ผู้เรียนทราบตั้งแต่ก่อนเริ่มสอนว่าครูจะสอนโดยใช้คำถาม เพราะมีข้อดีมากกว่าการบอกไปเลยอย่างมากมาย ผู้เรียนจะได้ไม่ตกใจ หวาดระแวง หรือเครียดเมื่อถูกถาม ในการถามควรให้เกียรติโดยเรียกผู้เรียนด้วยชื่อจริง¹ ไม่ควรเรียกด้วยชื่อเล่น ไม่ควรเรียกว่า “น้อง” “ลูก” หรืออื่นๆ ซึ่งเป็นการให้เกียรติน้อยกว่าการเรียกด้วยชื่อจริง (ครูบางคนรู้สึกว่าการเรียกผู้เรียนว่า “น้องๆ” ทำให้สนิทสนม ซึ่งไม่เป็นความจริง ผู้เรียนมักไม่รู้ดีเท่ากับถูกเรียกด้วยชื่อ) การทำให้บรรยากาศเป็นมิตรปลอดภัย และทำให้ผู้เรียนอยากตอบทำได้โดยใช้หลัก SARA (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การสร้างบรรยากาศในการใช้คำถามที่ดีโดยใช้หลัก SARA

S	Smile	ยิ้มแย้ม โบหน้าผ่อนคลาย
A	Attentive	สบตา ตั้งใจฟังคำตอบ ไม่ขัดจังหวะ ไม่พูดแทรก
R	Respect	ให้เกียรติผู้เรียน ให้เกียรติในคำตอบของผู้เรียน ไม่เยาะเย้ย ไม่เสียดสี
A	Acknowledge	ไม่เฉย ไม่บ่นปึ้งเมื่อผู้เรียนตอบคำถาม อย่างน้อยควรพยักหน้า ผงกศีรษะ กระตุ้นให้ผู้เรียนพูดต่อ ชมเชยถ้าตอบได้ดี แก้ไขถ้าตอบไม่ถูกต้อง

การเลือกใช้คำถามที่ดี

มีหลักการดังต่อไปนี้

1. ควรถามคำถามอย่างมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดแนวทางที่สนับสนุนบทเรียนในชั่วโมงนั้นๆ มิใช่ถามไปเรื่อยเปื่อย
2. ถามให้ชัดเจน ไม่กำกวม ถามครั้งละ 1 คำถาม ไม่ถามครั้งเดียวหลายคำถาม เช่น “ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยเป็นอะไร จะสืบค้นอะไร และจะรักษาอย่างไร?”
3. พยายามใช้คำถามแบบโซเครติก คำถามปลายเปิด ที่กระตุ้นกระบวนการคิดขั้นสูง (higher order of thinking) มักเป็นคำถามว่า “ทำไม?” และ “อย่างไร?”
4. คำถามที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

- คำถามใช่-ไม่ใช่ เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย เนื่องจากเป็นคำถามที่แคบ เกิดประโยชน์น้อย
- คำถามกำกวม (vague) เช่น “แล้วยังไงต่อ?” “เคสนี้เอยังไงดี?”
- คำถามชักคะเย่อ (tugging) เช่น “มีอีกมั๊ยๆ ...เอาอีกโรคนึงๆ ...”
- คำถามให้เดา (guessing) โดยไม่ใช่ความรู้ เช่น “โรคอะไรเอ่ย? ขึ้นต้นด้วยตัว D ลงท้ายด้วยตัว E มี 2 พยางค์” “ลองเดาสิว่าคุณคิดถึงโรคอะไร?”
- คำถามชี้นำ (leading) เช่น “น่าจะอักเสบตรงอวัยวะที่อยู่ท้องน้อยด้านขวาล่าง ห้อยอยู่ตรง caecum คือโรคอะไร?” “ลงท้ายด้วย _itis แปลว่าอักเสบ ดังนั้น salpingitis แปลว่าอะไร?”

การใช้เทคนิคที่ดี¹⁻³

1. การรอ (Wait Time หรือ Thinking Time)

หลังจากถาม ครูควรรอน้อย 5-10 วินาทีสำหรับคำตอบเสมอ (หรือนับการหายใจของตน 3 ครั้ง) เพราะผู้เรียนต้องใช้เวลาทำความเข้าใจกับคำถาม คาดเดาคำตอบ คิดหาคำตอบ เลือกคำตอบที่ดีที่สุด แล้วจึงรวบรวมกำลังขวัญตอบออกมา ซึ่งกระบวนการนี้ต้องใช้เวลอย่างน้อย 5-10 วินาที หรือนานกว่าถ้าคำถามยากมาก มีงานวิจัยที่พบว่าถ้ามีการรอที่นานพอเหมาะดังกล่าว การตอบของผู้เรียนจะเพิ่มขึ้น ตอบยาวขึ้น และตอบว่าไม่ทราบน้อยลง แต่ถ้าครูไม่รอ คำตอบที่ได้จากผู้เรียนจะน้อย เนื่องจากในขณะที่ผู้เรียนกำลังคิดอยู่ก็โดนตัดบท เฉลยหรือเปลี่ยนคำถามไปเสียก่อน เพราะครูเองก็มักขวยเขิน อึดอัด ขุ่นเคือง ที่ถามไปแล้วเงียบ (จากงานวิจัยพบว่าครูส่วนใหญ่คิดว่าตัวเองรอถึง 10 วินาทีแล้ว แต่จริงๆ รอเพียง 2.5 วินาทีเท่านั้น⁴) ในที่สุดผู้เรียนก็เรียนรู้และเกิดพฤติกรรมที่จะตอบว่า ไม่ทราบ หรือเงียบ เพราะรู้ว่าครูจะทนไม่ไหวและบอกเองในที่สุด

ในทางตรงกันข้าม ครูก็ไม่ควรรอนานเกินไป เช่น รอนานกว่า 30 วินาที เพราะจะเกิดบรรยากาศการกดดัน ผู้เรียนให้เครียด³ รู้สึกว่าครูเริ่มโกรธ หรือเริ่มลงโทษ เป็นต้น

2. เทคนิค Pose-Pause-Pounce-Bounce¹

เป็นเทคนิคที่ใช้ในกรณีที่สอนเป็นวงที่มีผู้เรียนหลายคน กล่าวคือ

Pose หมายถึง การตั้งคำถามให้แก่กลุ่มทั้งกลุ่ม

Pause หมายถึง หยุดรอฟังคำตอบ ซึ่งก็คือ 5-10 วินาที

Pounce หมายถึง กรณีที่ไม่มีผู้ตอบ ให้ถามระบุไปยังคนใดคนหนึ่ง

Bounce หมายถึง การสะท้อนไปยังผู้อื่น เมื่อผู้เรียนคนหนึ่งตอบ อาจถามผู้เรียนคนอื่นต่อในประเด็นนี้ หรือให้แสดงความเห็นต่อคำตอบนี้ เป็นต้น

3. การทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม

เทคนิค ได้แก่

1. พยายามกระจายคำถามไปสู่ทุกๆ คนในกลุ่มแบบสุ่ม ไม่ควรถามแบบระบุไล่เรียงตามคิว ตามอาวุโส หรืออื่นๆ เพราะจะทำให้เกิดความกดดัน ถ้าจะถามแบบระบุคน ควรถามไปกลางกลุ่มก่อน เพื่อให้ทุกคนได้คิด ก่อนที่จะระบุไปยังคนใดคนหนึ่ง ไม่ควรเรียกระบุคนก่อนแล้วถาม เพราะคนอื่นจะไม่คิดเพราะคิดว่าตนรอดแล้ว

2. ผู้เรียนที่อ่อนหรือดูไม่ค่อยสนใจ ครูอาจรู้สึกขุ่นเคืองได้ง่าย ครูพึงระลึกไว้ว่า “ผู้เรียนที่ดูไม่ค่อยนำเสนอ คือผู้เรียนที่ต้องการครูมากที่สุด” ผู้เรียนที่อ่อน หรือดูไม่ค่อยสนใจ ครูควรถามด้วยคำถามที่แคบ ปลายปิด มากขึ้นเล็กน้อย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดกำลังใจ

3. ผู้เรียนที่เก่ง โดดเด่น ช่างตอบ ครูอาจเพลินสนุกไปด้วย แต่ “ผู้เรียนที่ดูน่าสอน คือผู้เรียนที่จริงๆ ไม่ต้องการครูเท่าใดนัก” ควรถามโดยระบุตัวไปยังผู้เรียนคนอื่นๆ ก่อน แล้วค่อยกลับมาให้ผู้เรียนคนนี้สรุป หรือเพิ่มเติม ส่วนที่เพื่อนยังไม่ได้ตอบหรือไม่สมบูรณ์จะดีกว่า

4. ในกรณีที่มีผู้เรียนหลายระดับ คำถามที่รุ่นพี่ตอบไม่ได้ ไม่ควรไปถามรุ่นน้องอีก เพราะทำให้เกิดความอับอาย ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ

5. อย่าขัดขวางหรือตัดบทผู้เรียนที่กำลังพยายามจะตอบ

6. กระตุ้นให้ผู้เรียนตอบคำถามยาวๆ ยิ่งยาวยิ่งดี ยิ่งมีหลายคำตอบยิ่งดี ยิ่งมีการถกเถียงกันในกลุ่มยิ่งดี

7. กระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความเห็นกับคำตอบของเพื่อนในกลุ่ม

8. ถ้าผู้เรียนถามคำถามครู พยายามอย่าตอบคำถามในทันที แต่จงโยนคำถามนี้ไปให้กลุ่มตอบ ก่อนที่ครูจะตอบ

4. การถามแบบต่อเนื่อง

เมื่อผู้เรียนตอบคำถามแรกได้ ถ้าครูเห็นว่าเหมาะสม ควรถามต่อลงลึกมากขึ้น (deep exploring) หรือออกกว้างมากขึ้น (expanding) เพื่อขยายกรอบความคิดของผู้เรียนให้เข้าใจดีขึ้น แลกงานขึ้น หรือกว้างขวางขึ้นในเรื่องนั้นๆ ผู้เรียนจะรู้สึกสนุกกับการได้เรียนรู้อะไรที่มากขึ้นเรื่อยๆ แต่ก็ควรให้เหมาะสมกับเวลาที่มี

5. การตอบสนองต่อผู้เรียน

1. ถ้าผู้เรียนตอบถูกต้อง ตอบได้ดี ครูควรชื่นชมอย่างจริงจัง

2. ถ้าผู้เรียนตอบผิด ไม่ควรรีบบอกว่าผิด ควรถามผู้เรียนต่อว่าทำไมจึงคิดเช่นนั้น (tell me more) เพื่อให้ทราบสาเหตุของความเข้าใจผิดและแก้ไขได้ตรงจุด อาจถามความเห็นในกลุ่มให้แสดงความเห็นสนับสนุนหรือโต้แย้งก็ได้ หรือครูอาจถามซ้ำโดยลดระดับคำถามให้พื้นฐานมากขึ้น หรือชี้แนะบางอย่างที่จะทำให้ผู้เรียนแก้ไขคำตอบใหม่ได้เอง หรือทำที่สุดครูขอบคุณผู้เรียนที่ช่วยตอบอย่างจริงจัง แล้วแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนั้นให้

3. ถ้าผู้เรียนถามคำถามครูกลับที่ครูเองก็ตอบไม่ได้ อย่าวิตก และจงภูมิใจในตัวผู้เรียน ครูอาจโยนคำถามนี้ให้กลุ่มก่อนซึ่งครูอาจประหลาดใจที่พบว่ามีคนตอบได้ ครูเองควรตอบผู้เรียนอย่างจริงจังว่า “ครูก็ไม่รู้” คำตอบนี้ไม่ทำให้ความน่าเชื่อถือของครูลดลง มีแต่ทำให้ความน่าเคารพของครูมากยิ่งขึ้นเสียอีก ไม่ควรพยายามรักษาหน้า ป้ายเบี่ยงเฉไฉเปลี่ยนเรื่อง หรือให้การบ้านผู้เรียนเหมือนเป็นการลงโทษผู้เรียนไปเสียอีก

6. ถามแล้วผู้เรียนไม่ตอบ

มีเหตุผลมากมายที่ถามแล้วผู้เรียนไม่ตอบ ไม่ว่าจะเป็น ไม่เข้าใจคำถาม กำลังคิดอยู่ กำลังหวาดระแวง กลัวไม่กล้าตอบ (เพราะเคยตอบแล้วเจ็บปวดมาแล้ว) หรือกำลังวิตกแข่งกับครูว่าฝ่ายใดจะทันได้มากกว่า ดังนั้นสิ่งที่ครูควรทำคือ

1. ควรถามว่า “เข้าใจคำถามของครummั้ย” และปรับคำถามใหม่ถ้าผู้เรียนไม่เข้าใจ

2. รอคำตอบให้นานพอ (5-10 วินาที)

3. ประเมินว่าบรรยากาศเป็นอย่างไร ดึงเครียดหรือไม่

4. กระตุ้น เชื่อเชิญให้ตอบเล็กน้อย ด้วยความจริงใจ ในที่สุดจะมีผู้เรียนตอบเสมอ (มักเป็นผู้เรียนที่เก่ง หรือมีจิตใจดี ไม่อยากให้ครูอึดอัดลำบากใจ)

5. ถ้าไม่มีคนตอบอีก ให้ถามระบุคน (pounce)

ปัญหาเหล่านี้มักเกิดขึ้นกับคำถามแรกๆ หรือเมื่อครummได้ชี้แจงผู้เรียนก่อนว่าจะใช้คำถาม แต่หลังจากมีผู้ตอบคำถามแรกแล้วพบว่าครummมีการตอบสนองอย่างดี ปัญหานี้จะหมดไป

7. ไม่ถามจนมากเกินไป

ควรมีความสมดุลระหว่างการถามคำถามชั้นสูง กับคำถามปลายปิดหรือแคบ การถามคำถามชั้นสูงอย่างต่อเนื่องนานเกินไป ทำให้ผู้เรียนต้องใช้ความคิดมากๆ อาจเหนื่อยล้าหรือเครียดได้ ในทางกลับกันการถามคำถามปลายปิดแคบๆ ติดต่อกัน ผู้เรียนจะรู้สึกว่าคุณคุกคามเช่นกัน จึงควรสลับลักษณะคำถามบ้างเป็นระยะๆ เพื่อคงความสดชื่นของกลุ่มไว้บ้าง ควรเลือกใช้การถามกับเรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญๆ ก็เพียงพอ

สรุป

การถามเป็นวิธีสอนที่มีประโยชน์และประสิทธิภาพเป็นอย่างยิ่ง การใช้คำถามให้ประสบความสำเร็จประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศ (SARA) การเลือกคำถามที่ดี (คำถามโซเครติก ไม่กำกวม ทีละ 1 คำถาม) และเทคนิคที่ดี (การรอ, Pose-Pause-Pounce-Bounce และการตอบสนองต่อคำตอบของผู้เรียนอย่างให้เกียรติ)

เอกสารอ้างอิง

1. Lake FR, Vickery AW, Ryan G. Teaching on the run tips 7: Effective use of questions. Med J Aust 2005;182:126-7.
2. Al-Umran K. Teaching tips - questioning. J Family Community Med 2004;11:73.
3. Nicholl HM, Tracey CA. Questioning: a tool in the nurse educator's kit. Nurse Educ Pract 2007;7:285-92.
4. Cho YH, Lee SY, Jeong DW, Im SJ, Choi EJ, Lee SH, et al. Analysis of questioning technique during classes in medical education. BMC Med Educ 2012;12:39.
5. Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. BMJ 2003;327:1430-3.

15 Feb 2018

หัวข้อ : Giving feedback

การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการเรียนการสอนและฝึกอบรมทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปัจจุบันที่หลักสูตรการศึกษามีทิศทางไปสู่ outcome-based/competency-based education มากขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ผู้เรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และ ฝึกอบรม ตามผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ได้ดีขึ้น

การให้ข้อมูลย้อนกลับ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะ สมรรถนะ พฤติกรรม ของผู้เรียนในกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายให้เป็นแนวทางสำหรับผู้เรียนในการพัฒนาให้บรรลุถึงผลลัพธ์ และศักยภาพที่สูงสุด ของผู้เรียนแต่ละคน

แม้ว่าทั้งครูและผู้เรียนจะทราบถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีต่อการศึกษาและฝึกอบรม แต่จากการสำรวจพบว่า มีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้ การให้ข้อมูลย้อนกลับไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร อุปสรรคเหล่านี้ ได้แก่ การที่เป้าประสงค์ของการให้ข้อมูลย้อนกลับไม่ชัดเจน ผู้สอนไม่มีเวลา ไม่มั่นใจในวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมไปถึง ประสิทธิภาพในอดีตที่ไม่ดีที่เคยได้รับ ตลอดจน วัฒนธรรมองค์กรที่สั่งสมมา ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สอนมีความลังเลที่จะให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน

ดังนั้น หากผู้สอนได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะของการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี จะทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ หลักการและแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้ ผู้สอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองต่อไป ได้แก่

การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผู้เรียนจะยอมรับข้อมูลย้อนกลับหากเชื่อถือและไว้วางใจผู้สอน การสร้างบรรยากาศของความเชื่อถือไว้วางใจ ทำได้โดยที่ผู้สอนมีท่าทีรับฟัง การทำความเข้าใจก่อนว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนการสอน และต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้เรียนและผู้สอน เป็นการสื่อสารสองทาง และผู้เรียนมีบทบาทสำคัญ ในการประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นประจำสม่ำเสมอ รวมทั้ง การมีตารางเวลาชัดเจน จะช่วยให้ผู้เรียนเห็นว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นเรื่องปกติในกระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ การสื่อสารถึงความคาดหวังและเป้าประสงค์ ตั้งแต่แรก เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันจะทำให้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ในเวลาต่อมาทำได้อย่างราบรื่น

ให้ข้อมูลย้อนกลับโดยใช้ข้อมูลจากการสังเกตโดยตรง

ผู้เรียนจะยอมรับข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากการสังเกตโดยตรงของผู้สอน ดังนั้นการสังเกตโดยตรง จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญมากต่อการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทักษะทางวิชาชีพทั้งหลาย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติ ฯลฯ ล้วนต้องการข้อมูลจากการสังเกตโดยตรง เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลย้อนกลับ จึงมักจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีโอกาสที่จะสังเกตผู้เรียนได้โดยตรงนั่นเอง อย่างไรก็ตาม บางครั้ง ผู้สอนอาจได้ข้อมูลจากแหล่งอื่น หากจำเป็น ควรที่จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนให้ข้อมูลย้อนกลับ และควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ

ให้ข้อมูลย้อนกลับในจังหวะเวลาที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ

ควรให้ข้อมูลย้อนกลับเร็วที่สุดเท่าที่โอกาสเอื้ออำนวย การปล่อยเวลาเนิ่นนานเกินไป จะทำให้ทั้งผู้เรียนและผู้สอนนึก รายละเอียดของเหตุการณ์ได้ไม่ครบถ้วน ทำให้อาจขาดประเด็นสำคัญไป ทั้งนี้ก่อนให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรคำนึงถึง ปัจจัยต่อไปนี้ด้วย ได้แก่ อารมณ์ของผู้สอนในขณะนั้นควรเป็นกลาง อยู่ในสถานที่ปลอดภัยคนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านลบ นอกจากนี้ อาจให้ข้อมูลย้อนกลับแบบไม่เป็นทางการ เช่น การขอพูดคุยกับ ผู้เรียนเป็นการส่วนตัวภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เป็นต้น การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งด้านบวกและลบสม่ำเสมอ จะทำให้ ผู้เรียนรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติและยอมรับได้

เริ่มด้วยการให้ผู้เรียนประเมินตนเอง

กระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรเริ่มต้นโดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนย้อนความคิด หรือประเมินตนเองก่อน โดยการ ใช้คำถามปลายเปิด ผู้เรียนอาจเปิดประเด็นที่ต้องการความเห็นหรือคำแนะนำจากผู้สอน ซึ่งก็จะเป็นจุดเริ่มต้นของ การสนทนา บ่อยครั้งประเด็นนี้จะตรงกับที่ผู้สอนต้องการให้ข้อมูลย้อนกลับอยู่แล้ว ซึ่งจะทำให้การให้ข้อมูลย้อนกลับ ง่ายขึ้น ที่สำคัญคือผู้เรียนจะยอมรับข้อมูลย้อนกลับได้ดีขึ้น

ให้ข้อมูลย้อนกลับด้านบวก (positive feedback) ก่อน

ผู้สอนควรให้ข้อมูลย้อนกลับด้านบวกก่อน โดยอาจเป็นคำชม หรือเป็นการเน้นย้ำความถูกต้องในประเด็นนั้นๆ ข้อมูล เหล่านี้ จะช่วยเสริมความมั่นใจของผู้เรียนและกระตุ้นให้ทำต่อไป การให้ข้อมูลด้านบวกก่อน ยังช่วยให้เกิดบรรยากาศ ที่ดีต่อการสนทนา นอกจากนี้ การให้ข้อมูลด้านบวกเป็นประจำสม่ำเสมอก่อนหน้านั้น จะมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการ ยอมรับข้อมูลย้อนกลับด้านลบได้ดีขึ้น

ให้ข้อมูลย้อนกลับด้านลบ (negative feedback) ที่จำเพาะ และบรรยายเชิงพฤติกรรม

การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านลบที่เป็นเชิงสร้างสรรค์ (constructive) ต่างจากการตำหนิติเตียน (criticism) ตรงที่การให้ ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์นั้นมีความจำเพาะ ชี้ให้เห็นจุดที่บกพร่อง หรือไม่ตรงกับความคาดหวังที่กำหนดไว้ ทำ ให้ผู้เรียนทราบได้ว่า จะพัฒนาปรับปรุงอย่างไร นอกจากนี้ การใช้คำพูดแนะนำให้ใช้วิธีการบรรยายเชิงพฤติกรรม หลีกเลี่ยงคำที่บ่งถึงตัวตน หรือบุคลิกภาพของผู้เรียน และหลีกเลี่ยงคำที่บ่งถึงการตัดสิน ตัวอย่างประโยคที่ควร หลีกเลี่ยง เช่น "คุณนี่แย่มาก ไม่รับผิดชอบ" ควรเปลี่ยนเป็น "การที่คุณขึ้นวอร์ดสายเป็นประจำ ถือว่าผิดระเบียบที่ตกลงกันไว้" เป็นต้น นอกจากนี้ วจนภาษาที่เหมาะสม ก็มีสำคัญ เช่น การหลีกเลี่ยงการนั่งเผชิญหน้า การใช้โทน เสียงที่เหมาะสม เป็นต้น

ให้ข้อมูลย้อนกลับในปริมาณที่เหมาะสมและเลือกประเด็นที่สำคัญและแก้ไขได้ก่อน

บางกรณี อาจมีประเด็นที่ผู้สอนต้องการให้ข้อมูลย้อนกลับหลายประเด็น ผู้สอนควรประเมินสถานการณ์ว่า ควรให้ ข้อมูลย้อนกลับปริมาณใดจึงเหมาะสม โดยอาจวางแผนการให้ข้อมูลย้อนกลับ แบ่งเป็นหลายครั้งได้ตามความ เหมาะสม ควรเลือกประเด็นที่สำคัญและประเด็นที่สามารถแก้ไขได้มาให้ข้อมูลย้อนกลับก่อน

การให้คำแนะนำและการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

การให้ข้อมูลย้อนกลับควรเป็นการสื่อสารสองทาง ผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถาม ด้วยท่าทีที่รับฟัง ใน ขณะเดียวกันผู้สอนควรประเมินว่าผู้เรียนมีความเข้าใจในประเด็นที่ให้ข้อมูลย้อนกลับเพียงใด รวมไปถึงการยอมรับ ของผู้เรียนต่อข้อมูลย้อนกลับที่ได้ ผู้สอนควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเสนอวิธีการพัฒนาตนเองก่อน จากนั้นจึงให้ คำแนะนำเพิ่มเติมหรือเสนอทางเลือกอื่น และกำหนดระยะเวลาและนัดหมายเพื่อติดตามผล สำหรับวิธีการให้

คำแนะนำแก่ผู้เรียนนั้น ควรใช้รูปประโยคที่ขึ้นต้นด้วยสรรพนามของผู้พูด ที่เรียกว่า "I message" ยกตัวอย่างเช่น "ผมอยากเห็นคุณขึ้นวอร์ดตรงเวลา" แทนที่จะพูดว่า "คุณควรขึ้นวอร์ดตรงเวลา" เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้สอนบางรายกลัวการให้ข้อมูลด้านลบ จึงพยายามเลี่ยงการให้ข้อมูลย้อนกลับด้านลบมาใช้เป็นการให้คำแนะนำแทน การทำเช่นนี้จะทำให้ผู้เรียนไม่ทราบถึงสถานะของตนเอง จึงทำให้ขาดพลังในการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียน ดังนั้น จึงไม่ควรเลี่ยงประโยค "ข้อมูลย้อนกลับ" ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดของกระบวนการไป

สรุป

ทักษะการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบหลักด้วยกัน 2 ส่วน คือ ความปรารถนาดี และ วิธีการที่ถูกต้อง หากขาดองค์ประกอบใดไปก็จะทำให้การให้ข้อมูลย้อนกลับนั้นไม่เกิดประสิทธิผลที่ดี นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยการฝึกฝนและการประยุกต์ให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ที่ต่างกันด้วย

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA 1983; 250:777-781.
2. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. Med Teach 2012; 34:787-791.

15 Feb 2018

หัวข้อ : Clinical Supervision




คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Clinical Supervision

SUPRAPATH SONJAIPANICH MD.
Department of Pediatrics
Faculty of Medicine Siriraj Hospital

1




Definition

SUPERVISION

“The provision of *guidance and feedback* on matters of *personal, professional & educational development* in the context of a *trainee’s experience of providing safe and appropriate patient care*”

Kilminster et al. 2000

2




Clinical supervision

การสอนนักศึกษาฝึกฝนทักษะที่ต้องปฏิบัติ
ต่อผู้ป่วย

(ทักษะทางคลินิก ทักษะหัตถการ)

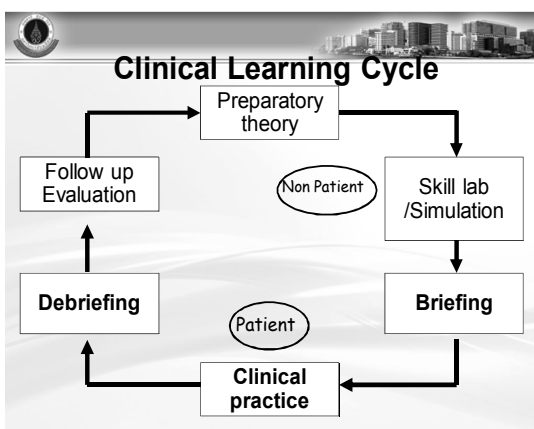

3



Objectives

- อธิบายหลักการและขั้นตอนการสอนในรูปแบบ supervision
- นำไปประยุกต์ใช้ในการสอนนักศึกษาฝึกทักษะหัตถการ ทักษะทางคลินิก ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ


4

Supervision process

- 1 • Briefing (ซักซ้อม)
- 2 • Clinical practice (ปฏิบัติกับผู้ป่วย)
- 3 • Debriefing (ทบทวน)


6



Supervision process: Briefing

- สอบถามประสบการณ์ที่ผ่านมาของนักศึกษา
- ทบทวนขั้นตอนของหัตถการ โดยเห็นเทคนิคขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด
- กำหนดข้อตกลง หากนักศึกษาปฏิบัติไม่ถูกต้องเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย


7



Supervision process: Clinical practice

- แนะนำตนเองและนักศึกษากับผู้ป่วย
- หลีกเลี่ยงการพูด สนทนา สอระหว่างปฏิบัติกับผู้ป่วย
- ใช้ภาษากาย/ท่าทาง เมื่อนักศึกษาปฏิบัติไม่ถูกต้อง
- ดำเนินถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

8



Supervision process: Debriefing

- นักศึกษา – reflection
- อาจารย์ – feedback (positive and negative feedback including suggestion)

9




Supervision activities related as of significant importance

- Ensuring patients safety/care
- Educating the trainee
- Promoting high standard
- Identifying trainee problems
- Supporting the trainee
- Monitoring trainee progress

AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision Medical Teacher 2007; 29: 2-19

10



Effective Clinical Supervision

- Has a positive effect on patient outcome
- Help trainees gain skills more rapidly

Medical Education 2000;34: 827-40

11



Questions & Comments

suprapath.son@mahidol.ac.th

12

การสอนนักศึกษาฝึกฝนทักษะที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย (Clinical Supervision)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุประพัฒน์ สนใจพาณิชย์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“Supervision is an opportunity to bring someone back to their own mind, to shown them how good they can be.”

Nancy Kline

ในการเรียนระดับชั้นคลินิก ผู้เรียนจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ทักษะการซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งครูมีบทบาทสำคัญมากที่จะเป็นผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนในการฝึกปฏิบัติทักษะเหล่านั้น จนเกิดความชำนาญ

บทความนี้จะกล่าวถึงรูปแบบการสอนหนึ่งที่จะช่วยให้ครูสอนทักษะที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การกำกับดูแล (supervision) โดยมุ่งเน้นที่ทักษะหัตถการ (procedural skill) การสอนโดยใช้เทคนิคนี้ได้อย่างถูกต้อง ย่อมส่งผลให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว

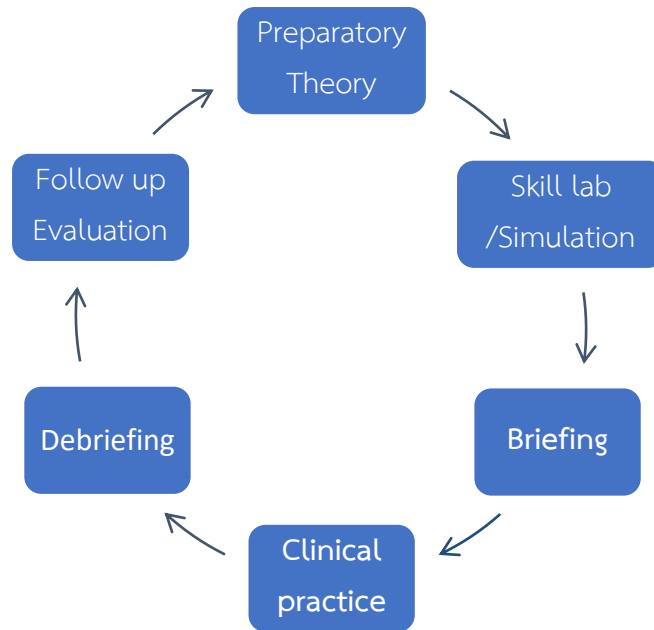
คำจำกัดความ

Kilminster และคณะ⁽¹⁾ กล่าวว่า การกำกับดูแล (supervision) เป็นกระบวนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้เรียนเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัย

Butterworth และคณะ (1965), Burton และ Launer (2003) และ Clark และคณะ (2006) ให้ความเห็นว่า⁽²⁾ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical supervision) ถือเป็นกระบวนการหลักของการพัฒนาทักษะทางวิชาชีพ และพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการฝึกฝนทักษะที่ซับซ้อนในบริบทของสถานการณ์จริงที่มีความหลากหลาย

การฝึกทักษะทางคลินิกของผู้เรียน

การฝึกทักษะทางคลินิก ผู้เรียนควรได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จำลอง เช่น ในห้องฝึกทักษะ (skills lab) เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและมั่นใจก่อนที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 Clinical learning cycle

โดยเฉพาะทักษะหัตถการที่อาจมีความเสี่ยงในแง่ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เรียนควรฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองตามลำดับขั้นตอนต่างๆ ที่เสมือนจริงจนคล่อง โดยการฝึกทักษะหัตถการ ในสถานการณ์จำลองนี้ ครูสามารถสอนผู้เรียนโดยปฏิบัติ 4 ขั้นตอน⁽³⁾ ตามลำดับตามต่อไปนี้

1. Demonstration ครูแสดงการทำหัตถการโดยไม่ต้องพูดหรือบรรยาย
2. Deconstruction ครูสาธิตร่วมกับการอธิบายแต่ละลำดับขั้นตอนของหัตถการ
3. Comprehension ครูเป็นผู้ทำหัตถการโดยให้ผู้เรียนพูดขั้นตอนต่างๆ
4. Performance ผู้เรียนแสดงการทำหัตถการร่วมกับอธิบายแต่ละขั้นตอนของหัตถการด้วยตนเอง

การกำกับดูแลเมื่อฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย

ภายหลังจากผู้เรียนได้ฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองจนเกิดความชำนาญและมั่นใจในระดับหนึ่ง ก็ต้องฝึกทักษะในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจริงภายใต้การกำกับดูแลของครู ในกรณีที่ครูต้องดูแลควบคุมผู้เรียนทำหัตถการกับผู้ป่วย สามารถแบ่งการสอนเป็น 3 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้

1. การซักซ้อม (Briefing) ก่อนผู้เรียนจะทำหัตถการกับผู้ป่วย ครูควรสอบถามถึงประสบการณ์การทำหัตถการที่ผ่านมา และให้ผู้เรียนทบทวนขั้นตอนต่างๆ ของหัตถการนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและลดโอกาสเกิดข้อผิดพลาด ทั้งนี้ครูควรเน้นเทคนิค ขั้นตอนที่สำคัญที่มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย เช่น หัตถการเย็บแผล สิ่งที่ต้องทบทวนคือ ขั้นตอนการทำให้ปลอดเชื้อ การฉีดยาเฉพาะที่ และเทคนิคการเย็บแผล เป็นต้น นอกจากนี้ ครูควรทำข้อตกลงกับผู้เรียนหากผู้เรียนปฏิบัติไม่ถูกต้อง เกิดข้อผิดพลาดหรืออาจเกิดความปลอดภัย

กับผู้ป่วยระหว่างทำหัตถการ เช่น ครูจะให้ผู้เรียนหยุดทำในกรณีใด หรือให้ผู้เรียนทำบางขั้นตอน โดยเฉพาะหัตถการที่ย่างยาก ซับซ้อนมีหลายขั้นตอน

2. การปฏิบัติกับผู้ป่วย (Clinical practice) ก่อนที่ผู้เรียนจะเริ่มทำหัตถการ ครูควรแนะนำตนเองและผู้เรียนกับผู้ป่วยรวมถึงขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำหัตถการ โดยแจ้งว่าครูและผู้เรียนจะช่วยกันดูแลในการทำหัตถการนั้นๆ เป็นทีม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เรียนอธิบายขั้นตอน วิธีการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยพอสังเขป นอกจากนี้ควรจัดทำผู้ป่วยให้เกิดความสบาย เช่น นอนบนเตียง รวมถึงแนะนำให้ปิดตาผู้ป่วยเพื่อลดความกังวล สำหรับการทำหัตถการกับผู้ป่วยเด็ก หากเป็นไปได้แนะนำให้ผู้ปกครองรออยู่นอกห้อง

ขณะทำหัตถการครูควรเตรียมพร้อมที่จะเข้าช่วยเหลือเมื่อผู้เรียนพบปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ในหัตถการเย็บแผล ครูควรใส่ถุงมือปลอดเชื้อตั้งแต่เริ่มต้น นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการสอนด้วยการพูดคุ้ย สนทนา หากจำเป็นควรใช้ภาษาทางกายแทนการสื่อสารด้วยวาจา เช่น การพยักหน้า เพื่อแสดงว่าทำได้ถูกต้อง การแตะที่มือผู้เรียนเพื่อให้หยุดเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นต้น ไม่ควรกล่าวคำตำหนิ หรือแม้แต่คำชมขณะนักเรียนกำลังทำหัตถการ เพราะล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเชิงลบทั้งสิ้น ในขั้นตอนนี้หากครูประเมินแล้วผู้เรียนปฏิบัติขั้นตอนใดของหัตถการไม่ถูกต้อง ครูอาจแสดงตัวอย่างให้ผู้เรียนได้เห็น เช่น ในการเย็บแผล ครูฉีดยาชาข้างหนึ่งของแผล และให้ผู้เรียนฉีดยาอีกข้างหนึ่ง ครูเย็บแผลเข็มแรกเพื่อให้ผู้เรียนสังเกตการปักเข็มที่ถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. การทบทวน (Debriefing) ภายหลังเสร็จสิ้นการทำหัตถการ ครูควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนประเมินตนเองโดยสะท้อนความรู้สึกกับประสบการณ์ที่ได้รับ (reflection) หลังจากนั้นจึงเป็นช่วงเวลาที่คุณครูให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) แก่ผู้เรียนทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้ดีและสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงสิ่งที่ควรไปฝึกฝนเพิ่มเติม ซึ่งขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะหัตถการนั้นได้ดียิ่งขึ้น

การกำกับดูแลผู้เรียนทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงหรือไม่?

จากงานวิจัยพบว่า การสอนโดยวิธีการกำกับดูแลไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหัตถการเพิ่มขึ้น แต่เวลาที่ใช้ในการหัตถการอาจจะนานขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการลงมือปฏิบัติเองโดยครู

บทบาทของครูในการกำกับดูแล

การสอนโดยการกำกับดูแลครูเป็นผู้ที่มีบทบาทต่อทั้งผู้เรียนและผู้ป่วย^(1,4) สรุปได้ดังนี้

1. สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยทั้งในแง่ความปลอดภัยและมาตรฐานการรักษา
2. สอนทักษะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้ผู้เรียนปฏิบัติได้อย่างมีมาตรฐานของทักษะนั้นๆ
3. ชี้ให้ผู้เรียนเห็นข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ควรพัฒนาและฝึกฝนเพิ่มเติม
4. ให้ความช่วยเหลือและติดตามความก้าวหน้าของผู้เรียน

คุณลักษณะที่ดีของผู้ที่จะสอนโดยการกำกับดูแล

คุณลักษณะที่ดีของครูที่จะสอนโดยการกำกับดูแล^(1,5) ได้แก่

1. มีความรู้ความสามารถในทักษะต่างๆ ทางคลินิก
2. มีทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดี
3. มีทักษะในการสอน
4. มีทักษะในการให้ข้อมูลป้อนกลับ และการให้คำแนะนำ
5. สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริง
6. แสดงแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

สรุป

การกำกับดูแลผู้เรียนเพื่อฝึกทักษะทางคลินิกเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของครู หากครูใช้เทคนิคที่ถูกต้อง จะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้เรียน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี ขณะเดียวกันผู้เรียนได้ฝึกฝนทักษะต่างๆจนเกิดความชำนาญและมีความมั่นใจ

บทความอ่านเพิ่มเติม

1. Kilmimster S, Cottrell D, Grant J & Jolly B. AMEE Guide No.27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007; 29: 2-19
2. Davis M, Dent J. Getting started with educational supervision: Making the most of your role as an educational supervisor. Centre for medical Education, University of Dundee; 2008.
3. George JH, Doto FX. A simple five-step method for teaching clinical skills. *Fam Med* 2001; 33: 577-8
4. Halpern H, McKimm J. Clinical Teaching Made Easy: Supervision. *Brit J Hosp Med* 2009; 70: 226-9
5. Hesketh E, Laidlaw J. Developing the teaching instinct: Supervision. *Med Teach* 2002; 24: 364-7

15 Feb 2018

หัวข้อ : Teaching on the run

Teaching on the run

Doctor as a teacher.

STORY

Potter master & his pupil



Time = CARE

What do you think?
Please share your teaching experience.

Objectives & Outline

- เข้าใจความสำคัญของการสอนชนิด Teaching on the run
- เข้าใจกระบวนการสอน 1 minute teaching
- สามารถทำการสอน 1 minute teaching ด้วยกระบวนการ Microskill 'METRC' ได้ครบทุกขั้นตอน

สิ่งที่ท้าทายการสอน


- มีเวลาเตรียมตัวน้อย เวลาสอนถูกจำกัดด้วยปัจจัยแวดล้อม
- ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้เรียนจำเป็นต้องรู้ VS ผู้เรียนต้องการรู้อะไร
- บรรยากาศการสอนไม่อยู่ในกรอบควบคุม และอาจไม่เอื้ออำนวยต่อการสอนนานๆ เช่น กำลังอยู่ต่อหน้าผู้ป่วย กำลังอยู่ระหว่างผ่าตัด
- ไม่แน่ใจว่าการสอนแบบใดจึงจะเหมาะสมกับผู้เรียนที่เรา กำลังสอนอยู่
- ประสบการณ์น้อย ไม่มั่นใจในการสอนต่อหน้าผู้ป่วยหรือแพทย์

1-Minute Teaching
5-Step Microskills

METRC

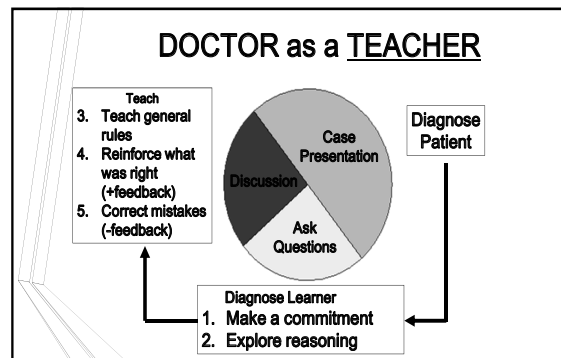
1-Minute Teaching
5-Step Microskills

- Make a commitment
- Explore reasons
- Teach general rules
- Reinforce what was right
- Correct mistakes



1-Minute Teaching
5-Step Microskills

- Make a commitment Questioning
- Explore reasons Questioning
- Teach general rules + feedback
- Reinforce what was right - feedback
- Correct mistakes - feedback



DOCTOR as a TEACHER

- Make a commitment
- Explore reasons
- Teach general rules
- Reinforce what was right
- Correct mistakes

- ถามหาไอดี
- เคลียร์ถึงเหตุผล
- พ้นจุดสำคัญ
- ดันเสริมส่วนดี
- ชี้จุดพัฒนา

EXAMPLE

1-Minute Teaching 5-Step Microskills

- Make a commitment Questioning
- Explore reasons Questioning
- Teach general rules + feedback
- Reinforce what was right - feedback
- Correct mistakes

DOCTOR as a TEACHER

- Make a commitment
- Explore reasons
- Teach general rules
- Reinforce what was right
- Correct mistakes

- ถามทำไอดีย
- เคลียร์ถึงเหตุผล
- ฟนจุดสำคัญ
- ด้นเสริมส่วนดี
- ช้จุดพัฒนา

Practice time

ให้ท่านผลัดกันฝึกทำ 1-minute teaching กับเพื่อนในกลุ่ม ครั้งละ 1 คู่ โดยเพื่อนที่เหลือสังเกตการณ์ + ออกความเห็น

Summary

- Doctor as a teacher.
 - Diagnosis → Teach
 - Make commitment ถามทำไอดีย
 - Explore reason เคลียร์ถึงเหตุผล
 - Teach general rules ฟนจุดสำคัญ
 - Reinforce what was right ด้นเสริมส่วนดี
 - Correct mistakes ชี้จุดพัฒนา

Summary

Time = CARE

1 min is better than nothing.

STORY

Potter master & his pupil



เรื่องเสริม – Skill teaching steps

1. ทำให้การเรียนรู้อัตโนมัติมีความหมายต่อผู้เรียน
2. เราทำ "แบบฝึกที่เรากำลังทำ" หนึ่งครั้งให้ดูด้วยความเร็วปกติ
3. เราทำให้ดูแบบช้าลง พร้อมบรรยายขั้นตอน
4. เราเป็นคนทำ โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้บรรยายขั้นตอน
5. ให้ผู้เรียนทำ พร้อมกับบรรยายขั้นตอนไปด้วย
6. ให้ผู้เรียนทำเอง เราให้ **feedback** บอจุดดีและจุดที่ควรพัฒนา

เอกสารประกอบการอบรม



16 Feb 2018

16 Feb 2018

หัวข้อ : Basic concepts of active learning

Basic Concepts of Active Learning

รศ.นพ.เชิดศักดิ์ ไอร่มณีรัตน์
ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“Student engagement is the product of motivation and active learning. It is a product rather than a sum because it will not occur if either element is missing.”

Elizabeth F. Barkley

Outline

- Benefits of active learning
- Principles of active learning

Active Learning

An approach to instruction in which students engage the material they study through reading, writing, talking, listening, and reflecting

Students' learning needs are at the center of learning activity

Benefits of Active Learning

- Improved critical thinking skills
- Increased retention and transfer of knowledge
- Increased motivation
- Improved interpersonal skills

Four Basic Principles to Promote Active Learning

- Feedback
- Activity
- Individualization
- Relevance

FAIR

Harden RM, Laidlaw JM. Essential skills for a medical teacher. Elsevier 2012.

Feedback

- Information
- Given to a learner
- Specifically describes the learner's performance
- Intended to guide the learner's future performance

Effect Size of Educational Interventions

- Effect sizes on students' learning

Intervention	Effect size
Feedback	0.75
Teaching learning strategies	0.62
Parental involvement	0.49
Computer-assisted instruction	0.37
Homework	0.29
Reduce class size	0.21

Hattie J. Visible learning for teachers, maximising impact on learning, Routledge, Oxford, UK: 2012, p. 251 – 256.

Activity

- Active engagement of learners
- When a learner is actively involved in the learning process, the learning achievements will be significantly enhanced.

Active Learning

- An electronic audience response system (voter)
- Use questions
- Give roles and responsibilities to students in patient care
- Independent learning resources
- Models and simulators
- Portfolio

Individualization

- Different learners have different learning needs, styles, and readiness. Assuming that one teaching method is going to work well for everyone is not correct.

Learning Style Preferences

- VARK: Four types of learning styles
 - Visual people
 - Aural people
 - Reading people
 - Kinesthetic learners

Visual People

- Like using color and shapes
- Draw flowcharts, maps
- Like to have everything in sight
- Like visually appealing books (minimal text, but lots of tables and diagrams)
- Need to see the “whole picture” before start
- Like to have plan, like to show others than to tell

Aural People

- Like listening to lectures more than reading books
- Like to listen to people explaining things to them or they explain things to people
- Tend to forget to write things down because they are too busy listening
- Sometimes their lips move when they are reading
- Love discussion

Reading People

- Like books with lots of text
- Good at spelling and can remember lists of words quite well
- Like handouts, prefer information in words as opposed to charts and diagrams
- Like to use dictionaries, manuals

Kinesthetic learners

- Like learn by doing
- Enjoy having real-life examples and experiments
- Like learning by trial and error
- Like to touch and be physically involved with materials
- Usually uses a finger as a pointer when reading
- Can't sit still for long periods
- Have difficulty with abstract thinking

Learning Preferences

- It is important to remember that we utilize all four modalities of learning styles

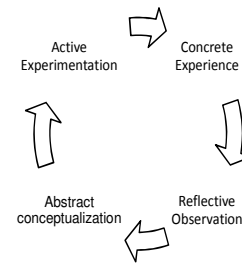
Individualization: Examples

- Learning on demand: podcast, online resources, suggested books
- Two-way communication: email messages, webboard
- Practice on models or simulators
- Elective courses
- Portfolio

Relevance

- The applicability of what is being taught in students' real-life problems
- Importance
 - Motivation
 - Promote deep learning
 - Long term retention
 - Selection of curriculum content in the context of knowledge expansion

Experiential Learning



Kolb DA. Experiential learning. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
Schön, D. The Reflective Practitioner, New York: Basic Books, 1983.

Questions & Comments

Cherdsak Iramaneerat
CherdsakIramaneerat@gmail.com

Summary

Be "Fair" to your students

- Feedback
- Activity
- Individualization
- Relevance

"Give a man a fish and you feed him for a day. Teach a man to fish and you feed him for a lifetime."

Anne Isabella T Ritchie
(1837 – 1919)

Learning style preference diagnosis

ชื่อ _____

คำแนะนำ: ให้ท่านวงกลมตัวเลือกที่บรรยายพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยของตนเองได้ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ เสร็จแล้วให้รวมคะแนนว่าตอบ A,B,C,D อย่างละกี่ข้อ

สถานการณ์	A	B	C	D
1. ฉันรับข้อมูลใหม่ได้ดีที่สุดเมื่อ A. ฉันได้เห็นรูปภาพหรือแผนภูมิ B. ฉันได้อ่านคำอธิบาย หรือคำบรรยายของเรื่องดังกล่าว C. มีอาจารย์หรือเพื่อนหรือคนที่ฉันเชื่อใจอธิบายเนื้อหาดังกล่าวให้ฟัง D. ฉันได้ลงมือทำการแก้ปัญหาที่ใช้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวด้วยตนเอง	A	B	C	D
2. เมื่อต้องอธิบายให้ผู้อื่นฟังว่าจะเดินทางมาบ้านของฉันอย่างไร ฉันจะ A. เขียนแผนที่ให้เขาดู B. เขียนคำอธิบายเส้นทางที่ต้องใช้เดินทางให้เขาอ่าน C. บอกเขาด้วยคำพูดว่าต้องเดินทางอย่างไร D. พาเขาไปยังบ้านของฉันด้วยตนเอง	A	B	C	D
3. ฉันจดจำวิธีการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ได้ดีที่สุดเมื่อ A. มีคนบอกวิธีการสังเกตสถานที่สำคัญใกล้เคียงให้ฉันรู้ B. ฉันได้เขียนบันทึกเส้นทางไปยังสถานที่ดังกล่าวด้วยลายมือฉันเอง C. ฉันท่องเส้นทางแล้วพูดออกมาดังๆ เพื่อทบทวนเส้นทางให้ตนเอง D. มีคนพาฉันไปยังสถานที่ดังกล่าวอย่างน้อยสักครั้ง	A	B	C	D
4. เวลาฉันไม่แน่ใจว่าคำศัพท์ภาษาอังกฤษคำหนึ่งสะกดอย่างไร ฉันจะ A. ลองนึกทบทวนว่าฉันเคยเห็นคำศัพท์ดังกล่าวจากที่ไหนและสะกดตามภาพที่นึกออก B. เปิด dictionary หาคำศัพท์ดังกล่าว C. อ่านออกเสียงคำดังกล่าว (หรือพิมพ์คำดังกล่าวเบาๆกับตัวเอง) D. เขียนคำดังกล่าวในกระดาษทดในรูปแบบต่างๆ กันแล้วเลือกแบบที่คุ้นที่สุด	A	B	C	D
5. หากฉันต้องการจดจำและระลึกถึงเหตุการณ์หนึ่งๆ ได้ดี ฉันจะ A. บันทึกเป็นภาพถ่ายไว้แล้วนำภาพดังกล่าวมาทบทวน B. เขียนบันทึกเก็บไว้แล้วนำบันทึกดังกล่าวมาอ่าน C. เล่าเหตุการณ์ดังกล่าวให้ผู้อื่นฟัง D. ออกทำทางทบทวนสิ่งที่กระทำในเหตุการณ์นั้นๆ	A	B	C	D

1

สถานการณ์	A	B	C	D
6. ฉันจดจำลักษณะของวัตถุหรือสิ่งของได้ดีเมื่อ A. ฉันได้เห็นวัตถุดังกล่าว หรือภาพของวัตถุดังกล่าว B. ฉันได้อ่านคำบรรยายลักษณะของวัตถุดังกล่าว C. ฉันได้อธิบายลักษณะของวัตถุดังกล่าวให้ผู้อื่นฟัง D. ฉันได้สัมผัสจับต้องวัตถุดังกล่าว				
7. เมื่อต้องเรียนรู้วิธีการใช้สิ่งของหรือเครื่องมือใหม่ เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ฉันจะ A. เปิดดูรูปภาพหรือแผนภูมิที่อยู่ในคู่มือการใช้งาน B. อ่านคำอธิบายที่เขียนไว้ในคู่มือการใช้งาน C. ถามเพื่อนที่มีประสบการณ์ใช้งานเครื่องมือดังกล่าวให้เขาอธิบายให้ฟัง D. ลองเล่นไปเรื่อยๆ สำรองการทำงานด้วยตนเอง	A	B	C	D
8. ฉันมีความสุขที่ได้ A. ถ่ายภาพ วาดภาพ หรือ ดูภาพ B. อ่านหนังสือในเรื่องที่ฉันสนใจ C. อ่านออกเสียงหรือเขียนบทกลอน D. ทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือ เช่น การประกอบหรือซ่อมแซมสิ่งต่างๆ	A	B	C	D
9. ฉันจะทำความรู้จักหรือทำความเข้าใจกับสิ่งใหม่ๆ โดย A. ดูรูป หรือแผนภูมิของสิ่งนั้นๆ B. อ่านเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้นจาก website หรือหนังสือ C. พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ D. ลองใช้งานสิ่งนั้นๆด้วยตนเอง	A	B	C	D
10. ฉันชอบอาจารย์ที่ใช้การสอนด้วย A. กราฟ แผนภูมิ รูปภาพ B. หนังสือ บทความ หรือ เอกสารประกอบการสอน C. การอภิปราย ถามปัญหา D. การแสดงให้ดู ให้ทำการทดลอง	A	B	C	D

คิดคะแนน

ตอบข้อ A จำนวน _____ ข้อ

ตอบข้อ B จำนวน _____ ข้อ

ตอบข้อ C จำนวน _____ ข้อ

ตอบข้อ D จำนวน _____ ข้อ

Note: Adapted from Franklynn Chermín. Appreciating learning style differences and preferences, 2011. Available from www.georgebrown.ca/pal/learning-styles.pdf

Iramaneerat C. Assessing active learning activities in a lesson [Thai]. Medical Education Pamphlet 2009; 5(1): 1.

การประเมินการสอนแบบให้นักเรียนมีส่วนร่วม (Assessing the active learning activities in a lesson)

เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์

การเรียนการสอนแบบให้นักเรียนมีส่วนร่วม (Active learning) นั้นเป็นรูปแบบการสอนที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพยายามผลักดันให้มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ นักเรียนสามารถจดจำเนื้อหาที่เรียนได้มาก ความรู้ที่ได้คงอยู่นาน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิกได้ดี อาจารย์หลายท่านก็ได้พยายามปรับเปลี่ยนการสอนในรายวิชา หรือชั่วโมงสอนที่รับผิดชอบอยู่เพื่อให้นักเรียนมีส่วนร่วมมากขึ้น อาจารย์บางท่านอาจสงสัยว่าที่ทำกรปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนไปนั้นถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ เป็นไปตามหลักการสอนแบบ active learning จริงหรือไม่ ในบทความนี้ผมก็ขอนำเสนอวิธีการที่แนะนำโดย PJ Artz (Assessment update, 2006) เพื่อใช้ตรวจสอบด้วยตนเองอย่างคร่าวๆว่า วิธีการเรียนการสอนที่อาจารย์ใช้อยู่มีความเหมาะสมตามหลักการของ active learning มากน้อยเพียงใด

ในการประเมินการสอนนี้ให้อาจารย์ตอบคำถาม 5 ข้อด้วยกัน คือ

(ก) วัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนในชั่วโมงของอาจารย์มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของภาควิชา หรือรายวิชาหรือไม่

0 คะแนน – ไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน หรือไม่มีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของรายวิชา

1 คะแนน – มีความสัมพันธ์กันบ้าง

2 คะแนน – วัตถุประสงค์การเรียนรู้มีความสอดคล้องและสนับสนุนวัตถุประสงค์ของรายวิชา

(ข) วัตถุประสงค์การเรียนการสอนในชั่วโมงของอาจารย์มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ ความสามารถของนักเรียนอย่างไร

0 คะแนน – ไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน หรือวัตถุประสงค์มุ่งพัฒนาความรู้พื้นฐาน

1 คะแนน – การเรียนมุ่งพัฒนาความรู้พื้นฐาน แต่มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาความเข้าใจ และความสามารถในการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยด้วย

2 คะแนน – การเรียนมุ่งพัฒนาความรู้ และความสามารถขั้นสูงเป็นสำคัญ อาทิเช่น ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ การแก้ปัญหาผู้ป่วย

(ค) วิธีการสอนที่ใช้เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้ (learning style) ของนักเรียนอย่างไร

0 คะแนน – วิธีการสอนเหมาะกับรูปแบบการเรียนรู้แบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น

1 คะแนน – วิธีการสอนเหมาะกับรูปแบบการเรียนรู้ 2 รูปแบบ

2 คะแนน – วิธีการสอนเหมาะกับรูปแบบการเรียนรู้ 3 รูปแบบ ขึ้นไป (เช่น นักเรียนที่เรียนรู้จากการมองเห็น นักเรียนที่เรียนรู้จากการได้ฟัง นักเรียนที่เรียนรู้จากการได้พูด นักเรียนที่เรียนรู้จากการได้สัมผัสจับต้อง ฯลฯ)

(ง) อาจารย์ได้แจ้งให้นักเรียนทราบเกี่ยวกับเรื่องเกณฑ์การให้คะแนนและการตัดสินเกรดหรือไม่ อย่างไร

0 คะแนน – นักเรียนไม่ทราบว่าตนจะได้รับการประเมินผลอย่างไร ไม่ทราบว่ามีการมีส่วนร่วมของตนในการเรียนจะส่งผลต่อคะแนนและเกรดที่ได้รับอย่างไร

1 คะแนน – นักเรียนได้รับทราบอย่างคร่าวๆว่าจะมีการให้คะแนนในด้านใดบ้าง แต่ไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจน

2 คะแนน – นักเรียนมีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผล และเกณฑ์ต่างๆที่จะใช้ในการให้คะแนนและตัดเกรด นักเรียนสามารถประเมินตนเองได้ว่าตนน่าจะจะได้เกรดอะไรเมื่อสิ้นสุดการเรียน

(จ) ใครเป็นผู้ประเมินผลงานของนักเรียน และประเมินอย่างไร

0 คะแนน – นักเรียนส่งรายงานให้อาจารย์เป็นผู้ตรวจเพียงครั้งเดียวตลอดรายวิชา

1 คะแนน – อาจารย์ร่วมกันกับเพื่อนนักเรียนด้วยกันติดตามความคืบหน้าในการเรียนและ/หรือ การทำรายงาน อย่างต่อเนื่อง และมีการให้ feedback เป็นระยะๆ

2 คะแนน – นอกจากจะมี formative feedback จากอาจารย์และเพื่อนแล้ว นักเรียนแต่ละคนยังทำการประเมินความคืบหน้าในการเรียนและการทำรายงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

เมื่ออาจารย์ตอบคำถามทั้ง 5 ข้อเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ก็ทำการรวมคะแนน หากอาจารย์ได้คะแนน หากได้ 8 – 10 คะแนนนั้นจัดว่าอาจารย์ได้ดำเนินการสอนแบบ active learning อย่างเต็มที่แล้ว หากได้ 6 – 7 คะแนนแสดงว่าอาจารย์ดำเนินการสอน active learning มากพอสมควรแล้ว หากพัฒนาอีกเล็กน้อยก็จะสมบูรณ์แบบ หากได้ 3 – 5 คะแนนแสดงว่าการเรียนการสอนที่อาจารย์ใช้อยู่ยังมีความเป็น active learning อยู่ค่อนข้างน้อย น่าจะสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ หากได้ 0 – 2 คะแนนแสดงว่าการเรียนการสอนที่อาจารย์ใช้อยู่เป็น passive learning อาจารย์มีโอกาที่จะพัฒนาคุณภาพการสอนของอาจารย์ได้มาก

หากพิจารณาจากเกณฑ์การให้คะแนนข้างต้นอาจารย์ทุกท่านคงจะมองเห็นแนวทางที่จะพัฒนาการเรียนการสอนให้นักเรียนมีส่วนร่วมมากขึ้นได้ กล่าวคือ (1) มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาหรือของภาควิชา, (2) มุ่งสอนให้นักเรียนวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ และฝึกฝนแก้ปัญหาทางคลินิกมากกว่าที่จะมุ่งไปที่การพูดความรู้ทางทฤษฎีให้นักเรียนฟัง, (3) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนเป็นระยะๆ เพื่อให้นักเรียนที่ถนัดที่จะเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆกันได้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ, (4) มีการชี้แจงวิธีการประเมินผล และเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินผลการเรียนของนักเรียนให้นักเรียนทุกคนทราบตั้งแต่ก่อนเริ่มเรียน, และ (5) ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการติดตามการเรียนรู้ของตนเอง และมีการให้ feedback แก่ นักเรียนอย่างสม่ำเสมอ

16 Feb 2018

หัวข้อ : Small group teaching

การสอนกลุ่มย่อย (Small group teaching)

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง พรพรรณ กุ้มานะชัย
สาขาวิชาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

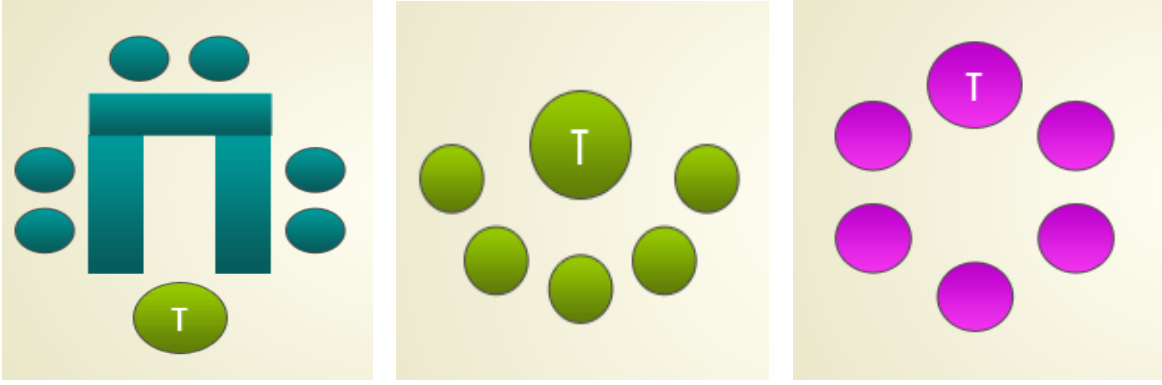
การสอนกลุ่มย่อยเป็นรูปแบบที่มีความสำคัญในแพทยศาสตรศึกษาเพราะการสอนกลุ่มย่อยมีข้อดีหรือข้อได้เปรียบ คือ สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้กระบวนการคิดจากพื้นฐานความรู้ที่มีและนำมาอภิปรายร่วมกับผู้เรียนอื่นๆ โดยมีผู้สอนเป็นผู้คอยชี้แนะและให้ข้อมูลสำคัญต่างๆ เท่าที่จำเป็น การสอนแบบกลุ่มย่อยที่ได้ประสิทธิผลสูงที่สุดนั้นต้องเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (learner-centered) และให้ความสำคัญแก่ผู้เรียนเป็นหลัก โดยขนาดของสถานที่หรือห้องเรียน หรือจำนวนของผู้เรียนมีความสำคัญรองลงมา

รูปแบบต่างๆของการสอนกลุ่มย่อย ได้แก่

- การอภิปรายสัมมนา
- การติว
- การเรียนโดยตั้งต้นจากปัญหา
- การอภิปรายจากตัวอย่างผู้ป่วย
- การเรียนทางห้องปฏิบัติการ การฝึกหัดทางห้องปฏิบัติการ
- การเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหรือผู้ป่วยนอก
- การประชุมกลุ่มปฏิบัติการย่อย

ลักษณะของการสอนกลุ่มย่อย

1. ขนาดของกลุ่มโดยทั่วไปประกอบไปด้วยผู้เรียนประมาณ 6-8 คน อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เรียนอาจมีมากหรือน้อยกว่านี้ได้แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของกิจกรรม
2. ต้องมีการกำหนดจุดประสงค์หรือสิ่งที่จะเรียนร่วมกันให้จำเพาะและชัดเจน การสอนกลุ่มย่อยที่ดีต้องมีลักษณะของการเรียนร่วมกัน มีการอภิปราย และมีการร่วมกันแสดงความคิดเห็น ซึ่งในส่วนนี้มีความสำคัญมากที่สุดและมากกว่าการกำหนดขนาดของกลุ่ม หลังจากจบการอภิปรายควรมีการสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียน
3. การเตรียมรูปแบบห้องเรียน หรือ สถานที่เรียน เช่น
 - บรรยากาศสบาย ไม่ร้อนไม่หนาว ไม่มีเสียงรบกวน ขนาดห้องเหมาะสมกับจำนวนผู้เรียน
 - อุปกรณ์ช่วยสอนอื่นๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ กระดาน หรืออื่นๆ
 - รูปแบบการจัดกลุ่มการเรียน ดังแสดงในรูป โดยเน้นให้สะดวกต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนทุกคนและผู้สอน



ข้อดีของการสอนกลุ่มย่อย

1. กระตุ้นให้ผู้เรียนฝึกฝนความสามารถด้านต่างๆ หรือแสดงออกถึงความสามารถ ดังนี้
 - 1.1 ความสามารถในการอภิปราย
 - 1.2 ความสามารถในการแสดงออกและการมีส่วนร่วม
 - 1.3 แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจของผู้เรียน
 - 1.4 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น กระบวนการคิด
 - 1.5 สามารถสะท้อนและวิจารณ์สิ่งที่ได้เรียนรู้
2. พัฒนาทักษะที่สำคัญ ดังนี้
 - 2.1 ทักษะการแก้ปัญหา
 - 2.2 ทักษะการสื่อสาร การแสดงออก และ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 2.3 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นและการเป็นผู้นำกลุ่ม
 - 2.4 ทักษะการนำเสนอ

บทบาทและหน้าที่ของผู้สอน

1. ประธานการอภิปราย (Chair person) เพื่อช่วยให้มีการเริ่มการอภิปรายประเด็นปัญหาเริ่มด้วยการใช้คำถามและมักเป็นคำถามปลายเปิดกว้างเพื่อให้ผู้เรียนช่วยกันคิดต่อ ขณะเดียวกันผู้สอนก็จะช่วยนำทางกระบวนการอภิปรายไปในแนวทางตามจุดประสงค์หรือหัวข้อของการเรียนที่ได้ตั้งไว้
2. ที่ปรึกษา (Consultant) เนื่องจากระหว่างการอภิปรายอาจมีคำถามหรือข้อสงสัยที่ผู้สอนจำเป็นต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล หรือความรู้ เพื่อให้การอภิปรายดำเนินต่อไปได้
3. สังเกตการณ์และแสดงความคิดเห็นในจังหวะเวลาที่เหมาะสม (Observer)
4. ทำหน้าที่ผู้ร้าย หรือฝ่ายตรงข้าม (Devil's advocate) ในกรณีนี้เป็นบทบาทอีกขั้นหนึ่งที่ผู้สอนจะสามารถทดสอบผู้เรียนทั้งหมดว่าสิ่งที่สรุปได้หรือเห็นตรงกันซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้องนั้นเป็นเพราะผู้เรียนรู้อย่างถ่องแท้หรือเป็นเพราะเคยเห็นหรือจำได้ โดยผู้สอนอาจใช้คำถามตรงกันข้ามหรือถามเหตุผลว่าทำไมไม่ตอบคำตอบอื่นๆ ที่ผู้สอนรู้ว่าเป็นคำตอบที่ผิด

5. ผู้แนะนำ หรือวางตัวเป็นอุปทูต (Counselor) โดยทำหน้าที่สร้างบรรยากาศการอภิปรายไปในทางสร้างสรรค์ ลดความเครียดระหว่างการอภิปราย เพิ่มโอกาสให้ผู้เรียนที่มีบทบาทน้อย และลดบทบาทของผู้เรียนที่มีความโดดเด่นจนมากเกินไป

ดังที่ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้สอน ดังนั้นผู้สอนแบบกลุ่มย่อยจึงควรมีลักษณะที่สำคัญ คือ

- มีความกระตือรือร้นในการสอน
- มีความเข้าใจในลักษณะต่างๆ ของผู้เรียน
- เข้าใจว่าผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้จากหลายๆ วิธี
- ต้องสามารถบริหารจัดการชั่วโมงการเรียนการสอนนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี
- เข้าใจจุดประสงค์และหลักการขอการสอนกลุ่มย่อย
- ใช้ทักษะต่างๆ ในการสอนได้แก่ การตั้งคำถาม (questioning), การฟัง (listening), การโต้ตอบ (reacting) การสรุปใจความสำคัญ (summarising) และการเป็นผู้นำ (leadership)

การใช้คำถามเพื่อให้เกิดกระบวนการคิดและการอภิปรายควรใช้คำถามที่เป็น “อย่างไร” “ทำไม” “ให้ผู้เรียนยกตัวอย่าง” ผู้สอนควรกระตุ้นให้ผู้เรียนเชื่อมโยงคำตอบต่างๆ เข้ากับคำถามว่าเป็นเหตุเป็นผล และช่วยให้เกิดการอภิปรายต่อเนื่อง เมื่อกลุ่มสามารถอภิปรายไปได้ตามความเหมาะสม ผู้สอนสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดเชื่อมโยงต่อได้แล้วยังเหลือคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ ที่ยังไม่ได้คำตอบ และนำไปสู่การวางแผนว่าจะทำอย่างไรในการเรียนหรือการอภิปรายครั้งต่อไป เช่น ควรมีการเตรียมตัวมาก่อน มีการหาข้อมูลต่างๆ มาก่อน เป็นต้น

ปัญหาที่พบบ่อยในการสอนกลุ่มย่อยให้มีประสิทธิภาพ

ปัญหาในส่วนของเนื้อหา

- มีคำถามมากเกินไปเนื่องจากไม่กำหนดวัตถุประสงค์ของการอภิปรายให้ชัดเจน
- ระดับของคำถามเป็นการถามความจำมากกว่ากระตุ้นกระบวนการคิด

ปัญหาในส่วนของผู้สอน

- ผู้สอนให้การบรรยาย (lecture) มากกว่าเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย
- ผู้สอนมีบทบาทมากเกินไป
- ผู้สอนไม่ตอบสนองต่อการอภิปราย ไม่กระตือรือร้นที่จะช่วยตอบคำถามที่เกิดจากการอภิปราย และไม่พยายามส่งเสริมให้เกิดการอภิปราย

ปัญหาในส่วนของผู้เรียน

- ผู้เรียนไม่มีการเตรียมตัวก่อนการเรียน หรือ การอภิปราย
- ผู้เรียนชอบที่จะได้คำตอบจากผู้สอนมากกว่าที่จะคิดหรืออภิปราย
- ผู้เรียนที่มีบทบาทโดดเด่นเกินไปจะทำให้ผู้เรียนอื่นๆ ไม่ต้องการอภิปรายหรือไม่ต้องการมีส่วนร่วม

การสรุปหลังจบการอภิปราย

ควรให้มีการประเมินสิ่งที่ได้รับจากการเรียนการสอน ข้อดี และข้อควรพัฒนาได้ ทั้งจากผู้เรียนและผู้สอน การประเมินทำได้หลายวิธี ได้แก่ การทดสอบโดยข้อสอบต่างๆ หรือ ให้ผู้เรียนได้สะท้อนความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนกลุ่มย่อย หรืออาจใช้วิธีการทบทวนจากเทปบันทึกการเรียนการสอน (ถ้ามี)

เอกสารแนะนำอ่านเพิ่มเติม

1. Steinert Y. Student perceptions of effective small group teaching. Med Educ. 2004;38(3):286-93
2. McKimm J, Morris C. Small group teaching. Br J Hosp Med (Lond). 2009;70(11):654-7
3. Edmunds S, Brown G. Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. Med Teach. 2010;32(9):715-26
4. Learning in small group. In: R. M., Laidlaw J.M., Kanter S.L., 2012. Essential Skills for a Medical Teacher: An Introduction to Teaching and Learning in Medicine. Elsevier Ltd., 137-143

Small Group Teaching – key theories and methods

1. What the literature tells us about using small groups for learning
2. Factors influencing the success of small group learning
3. Small group teaching methods
4. Managing difficult groups/students; tips and pitfalls

Acknowledgement: Some of this material has been adapted from the course notes for PHCM9302 Learning in Small Groups developed by Sue Toohey and convened by Sophie di Corpo.

1. What the literature tells us about using small groups

It is useful to firstly remind ourselves what constitutes a small group.

Fisher and Ellis (1990) emphasise that most of the definitions of a group indicate the **sharing** element among members as the key factor which defines the existence of a group. The sharing can be around perceptions, motivation or goals, as well as around tasks, such as in a scenario group session. This sharing element can be greatly influenced by the **group dynamic** or climate of the group.

The **structure** of the group is another defining element - the roles, norms, values and power relationships that influence the behaviour of group members and tie them to the group, providing the 'glue' of group structure. The structure of a group can influence the level and success of interaction in a group.

Small group work (also known as cooperative or collaborative learning or peer learning) involves a high degree of **interaction**. The effectiveness of learning groups is determined by the extent to which the interaction enables members to clarify their own understanding, build upon each other's contributions, sift out meanings, ask and answer questions.

Secondly, what does the literature tell us? Studies have shown that when looking at long term retention, the **ability to apply knowledge and solve problems, critical thinking and development of positive attitudes**, results consistently favour small discussion classes (McKeachie & Kulik, 1975, McKeachie, 1994). Jaques (2004) argues that the purposes and benefits of group learning coincide closely with the goals of higher education in general.

Benefits of learning in small groups include:

- allowing students to discover and engage with a range of perspectives, ideas, and backgrounds
- providing students the opportunity for more active involvement

Small Group Teaching – OME 2009

- assisting students to clarify their attitudes to and ideas about the subject matter, as they test their own ideas and attitudes against those of others
- helping students develop a sense of academic rigour and a willingness to share ideas
- providing opportunities for students to receive more immediate feedback on their learning
- encouraging students towards self-directed and independent learning
- providing more opportunities for peer learning and sharing responsibility for learning
- providing opportunities for students to more easily gain awareness of their emotional reactions
- providing opportunities for students to learn and develop cooperative behaviour including critical thinking and the process of group problem solving
- more easily establishing rapport between teacher and student
- providing more opportunity to develop skills in communication (listening, responding, interacting) and interpersonal relations

References

- FISHER BA & ELLIS DG (1990) *Small Group Decision Making*, (3rd ed) McGraw Hill, Publishing Co, New York.
- JAUQUES, D (2004) *Small Group Teaching*, Oxford Centre for Staff and Learning Development, UK.
- McKEACHIE, W.J. & KULIK, J.A. (1975) *Effective College Teaching*. In F.N. Kerlinger (ed.) *Review of Research in Education*. Itaska, Ill. Peacock.
- McKEACHIE, W.J. (1994) *Teaching Tips: Strategies, Research and Theory for College and University Teachers*. (9th ed.) Lexington, Mass. Heath and Co.
- TIBERIUS, R.G. (1990) *Small Group Teaching: A Trouble-Shooting Guide*, Toronto, OISE Press and the Ontario Institute for Studies in Education.
- UNSW L&T website:
http://learningandteaching.unsw.edu.au/content/LT/teaching_support/smallgroup.cfm?ss=2

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

2. Factors influencing the success of small group learning

Group Climate

Group climate is the general psychological or emotional state of the group. You may be able to identify from your own experience, groups in which the climate was suspicious, competitive or antagonistic. In such situations it is unlikely that much learning will happen. Some groups have a set of formal rules governing such things as attendance (eg. Scenario groups sessions require 80% attendance) and preparation (eg. students must do the required reading before each class). Even more powerful though is the set of informal rules, which are established over time as the group members learn to work with each other.

David Jaques (1991) points out that many of the difficulties that students have with expressing themselves in groups stem from uncertainty about what the rules of the game are. They may believe that they would be stepping on the group leader's toes if they were to propose topics for discussion, ask questions, or propose a change in direction or procedure. Because they don't want to embarrass a fellow student they may be reluctant to ask questions about another student's opinion or presentation. Students may be afraid to speak up for fear that they will be ridiculed or embarrassed if they make a mistake. For all of these reasons it is productive to devote some time to establishing 'ground rules' for how the group should operate.

You can do this by suggesting some rules to the group and having them discuss and agree on which they would like to use. Rules which are often proposed, include –

- Students can initiate or redirect discussion
- Speakers will be allowed to finish what they have to say
- Speak whenever you wish but after you have spoken try waiting until two or three others have contributed before speaking again, to avoid having a few people dominate
- Treat other people and their contributions with respect
- Everyone takes responsibility for the working of the group process

Group Structure

Group members need to understand what is expected of them. In learning groups, this means that the instructions for any activities are clearly spelled out. Roles such as leader, recorder or reporter are allocated or negotiated and clearly agreed. Everyone understands exactly what has to be achieved and what the time frame is.

Role clarity is particularly important. This includes the role, skills and behaviours of the leader/facilitator of the group. Once a group is well established group leaders/facilitators and members should share many of the group building and the task roles. In the initial stages, it is often up to the group leader/facilitator to diagnose what is needed and ensure that essential social functions occur (such as ensuring that everyone is introduced, that people know something about other members in the group so that they will feel comfortable expressing opinions in front of them) and that essential task functions also occur (everyone is clear about the purpose of the group, the kinds of activities that will be undertaken and the way the group will operate.)

Important roles when facilitating small group learning most commonly relate to supporting the group by building and maintaining good relationships among group members and getting the tasks done. The behaviours associated with these roles are detailed below.

a) Maintaining and supporting the group

These behaviours or roles are aimed at developing the social side of the group. They contribute to building good relationships among members. The examples are based on Jaques (1991).

Encouraging - being friendly, warm and responsive to others, acknowledging others and their ideas, agreeing with and accepting the contributions of others.

For example, *"Hafeez, why don't you tell all of us what you told me about the observations you made in clinical?"*

Mediating - harmonizing, conciliating differences in point of view, making compromises

by saying, *"Other people here might be as worried as you are Aeysha, about the delay in treatment for Mrs Bruce, but we need to take a second look at some of the possible reasons. You had something to say about that, Sue...?"*

Diagnosing - determining and pointing out blocks to group progress -

"we seem to be going over the same ground all over again, is that because we've run out of new ideas?"

Consensus Taking - testing group opinions and decisions by stating them and asking whether or not members agree

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

"What you're saying Liz is that we should limit the time each member speaks on this issue, is that what other members are thinking?"

Gate Keeping - trying to make it possible for another member to make a contribution, or suggesting limited taking-time for everyone so that all will have a chance to be heard.

"We haven't heard from everyone yet, let's see, Jim, then Sunil."

Standard Setting - expressing standards for the group to use in choosing its subject matter or procedures, rules of conduct, ethical values.

"It is important that everyone feels free to express an opinion in the group, that's the first ground rule, the next..."

Following - going along with the group, accepting the ideas of others, serving as an audience during group discussion, being a good listener.

"That's a good point", "I see", "Let me check with you to see whether I've understood the point you were making"

Relieving Tension - draining off negative feeling by joking or diverting attention from unpleasant to pleasant matters".

"Am I right, we all seem a bit tense at present - let's take a few moments and get some fresh air..." or "I can assure you, this subject is not nearly as difficult as I seem to be making it"

Many of us, who are concerned to get the task done efficiently, tend to underestimate the importance of these behaviours aimed at making the group a pleasant and rewarding place to be. But if they are lacking it is unlikely that the group will perform effectively. Some people will drop out, others will withdraw and make little contribution, a few will dominate and just about everyone will feel that their time and work is under-appreciated.

b) Getting the task done

This can include:

Initiating - suggesting new ideas or a changed way of looking at the group problem or goal, proposing new activities.

Information seeking - asking for relevant facts or information.

Information giving - providing relevant facts or authoritative information or relating personal experience pertinent to the group task.

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

group, attacking the motives of others, deflating the ego or status of others.

Seeking Recognition - attempting to call attention to one's self by excessive talking, extreme ideas, boasting, boisterousness.

Special Pleading - introducing or supporting ideas related to one's own pet concerns or philosophies beyond reason, attempting to speak 'for the grass roots', the 'patients', 'the common man', and so on.

Withdrawing - day-dreaming, sleepiness, becoming indifferent or passive, resorting to excessive formality, doodling, whispering to others.

We will cover some strategies for dealing with problem behaviour in **Managing difficult groups/students; tips and pitfalls**

References

JAKUES, D (1991) *Learning In Groups*, (2nd ed) Kogan Page, London.

Small Group Teaching – OME 2009

3. Small group teaching methods

Good small group work rarely just happens. It relies to a great extent on preparation by the teacher and involves being clear about what the session is designed to achieve, identifying useful problems, cases or other material which might form the basis of learning and identifying crucial questions which will get people thinking.

Planning your small group session

Before meeting with your group you need to plan your session. At the very least make sure you review the following:

Content:

What are the most important points for the session? What are the likely errors that students may make in trying to understand the topic/issue/skill? Are there important principles, or key concepts that you want students to understand?

Aims:

It is important to be clear about what you want to achieve in your small group teaching session. Brookfield (1990) suggests that the following aims are well suited to discussion-based teaching. Consider whether any of these could describe the aims of your small group teaching:

1. To engage students in exploring a range of perspectives and discovering new perspectives
2. To emphasize the complexity and ambiguity of issues, topics or themes.
3. To help students recognize the assumptions underlying their habitual ideas and behaviours.
4. To increase intellectual agility
5. To encourage active listening
6. To increase students' interest and involvement with a topic;
7. To show students that their opinions and experiences are valued;
8. To help develop a sense of group identity;
9. To encourage democratic habits such as valuing participation, respect for others' opinions and tolerance of diversity.

Activities and Questions:

What kinds of activities might you use or what kinds of questions might you ask that help to raise students' interest in this topic, establish what is and is not an example of this concept or condition, expose students' misunderstandings and/or help students understand the complexities of this issue?

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

Conditions:

How might you need to modify what you can do according to the number of students, the time available, and the space you are working in? For example, should you break the students up into smaller groups for all or part of the session? There are many different reasons why you might want to split your group up into smaller subgroups; to give everyone an opportunity to discuss an issue or to get some 'hands-on' experience in a new skill or technique; to encourage quieter students; to discourage the more dominant students. Although the physical arrangement of chairs and tables is one of the most basic tasks in providing comfort, it is also highly influential in the flow of discussion in the group.

Techniques for Small Group Work

In small group work the teacher or facilitator sets up activities, asks questions, listens and responds to students' comments and questions, occasionally explaining, often asking further questions. S/he is often the one to pull the session to a close, by summarising the understanding that has been reached and the questions that remain. Students too, ask and answer questions, explain their ideas and summarise each other's arguments.

It follows that the skills needed in small group teaching are predominantly questioning, listening, responding, explaining, and summarising and that students need to develop them just as much as teachers. In addition, teachers need to be able to prepare materials and activities for students to work on and they need to be able to prepare students so that they understand what small group teaching is about and develop the skills described above.

Many different techniques have been developed to accomplish the different purposes of small group learning. We will look briefly at two, discussion groups and briefing and debriefing practical, clinical or experiential learning.

Discussion groups (open)

A good discussion class allows students the opportunity to expose their individual conceptions and misconceptions and to compare their ideas with those of others. Cognitively, the act of putting material into one's own words is a very important step in developing understanding, as well as providing an opportunity to begin using the language of the discipline.

One important point to be made about open discussion is that although it appears to be quite spontaneous and even chaotic, its success depends to a considerable extent on students doing some preparatory work and on the questions that the teacher/facilitator poses in order to start the discussion.

Educational reasons for questioning may differ from clinical purposes. They include to

Small Group Teaching – OME 2009

- stimulate learning and thinking
- assist the learner in organizing and clarifying concepts
- correct misunderstandings or faulty reasoning
- assist in showing special or obscure relationships
- strengthen the learner's ability to synthesize and analyse
- correct attitudes or behaviour.

Teachers/facilitators have an interesting dilemma here. The choice is basic to the whole philosophy of teaching and learning in the clinical professions. Clinical teachers must ensure that the student *'gets the right answer'* in the interests of patient safety. But is learning the right answer on this particular patient the best path to being right on the next patient when the teacher is not there?

What is the focus of your small group session? *Knowing that...or Knowing how to work it out?*

The issue for each clinical teacher is how much to concentrate on 'the facts' and how much on 'reasoning from the facts'. What may seem to be a quibble about balance, actually profoundly affects the way a tutorial is conducted. To polarize the extremes, some tutorials are a 'lecture to a small group' or a question and answer session - teacher questions, student answers. Or, alternatively, the session may function around student questions, hypotheses and guesses to be explored and justified; and the teacher is used by students as a resource, not as the source.

The teaching skills needed are quite different between the two approaches. The position of the teacher in relation the students is quite different. Some teachers are very uncomfortable at being questioned by students. Some students resent not being told the facts which the teacher obviously knows.

Some question types that are useful to use in discussions include

Asking for more evidence: How do you know that? What data is that claim based on? Do you have any evidence for that?

Asking for clarification: Can you put that another way? Can you give us an example of what you are talking about? What do you mean by...?

Open questions: How ... do you think that may work? Why ...

Linking questions: Is there any connection between what you've just said and what X said...? How does your idea support what has been said so far? Hypothetical questions: How would this change if the xxx was xxx?

Cause and effect questions: What would be the effect of?

Summary and synthesis: What are two of the most important ideas that have emerged from this discussion? What do you understand better as a result of this discussion? What remains unresolved or contentious?

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

Brookfield and Preskill (1999) suggest that discussion topics are always more interesting when framed as a question rather than a statement. It's also important to pick a topic that is not too factual or uncontroversial. You may well want students to acquire quite a lot of factual information but they can equally well learn it by considering questions like – What are two feasible explanations for what's going on here? When is it *not* desirable to intervene with the standard treatment?

Apart from using a provocative question to start discussion, Brookfield and Preskill suggest the following strategies:

Frame the discussion around student questions

Split students into pairs or small groups (3-5) and ask them to identify what they think are the most important questions that need to be answered about a particular case, situation or problem. Questions can then be put on the board and agreement reached about which are the most important or interesting ones which will be addressed first. Students can also be given this task as homework so that they come to the class with questions prepared.

Start with a sentence completion exercise

Students are asked to choose one of the following statements and complete it, then to share their statement with a subgroup if the class is large or the whole group if it is not. In the groups students can choose the statement that they find most interesting and want to explore further.

The statements:

What most struck me about the reading (or lecture / case / data / other stimulus material) was.....

The point I most take issue with in the reading etc was.....

The point I found most confusing was.....

The question I would most like to ask the author / patient / consultant is...

The part of that experience I found most confusing was....

Generate truth statements

In small groups ask students to generate statements which they believe to be true about the topic. This technique may be particularly useful when dealing with a topic about which there are many popular misconceptions. The complexity and ambiguity of knowledge is revealed

as each group presents their truth statements and other groups raise questions about them or refute them. The idea is not to generate statements which are factually true but to identify issues for further research and exploration.

Start with a personal experience

Ask students to volunteer their personal experiences with a topic or to give their personal reaction to a case history, video etc. Students who are new to discussion may be reluctant to speak when they don't feel knowledgeable enough. However most people feel they are experts on their own lives. As students progress it may be useful to ask them what they thought and felt about the experience at the time and whether their underlying assumptions have now changed or they would interpret the situation differently now. A possible educational benefit is to help people see their stories from different perspectives and understand their experiences in new ways.

In the early life of a learning group, members may benefit from practising how to *listen* effectively, how to process the contribution of other members and in sharpening their own responses.

Briefing and debriefing practical, clinical or experiential learning

When **briefing** students before a practical, clinical or experiential learning session, you can ask students to think for a few moments and to make some notes for themselves as to what they hope to learn from the forthcoming experience and how they expect to learn. Then ask students to discuss and compare their expectations. Prompt students to think about how they might make the most of the experience – will they be doing all of their learning on the ward or should they be doing follow up reading? What kinds of contacts can they initiate for themselves? What is the protocol?

You might also explore their emotional readiness for the work ahead – how confident or anxious do they feel? Do they feel adequately prepared? Do they have the level of knowledge necessary for to-day's learning?

Remind students that in the debriefing later, what and how they learned will be discussed. If the experience is to extend over some time, it may be useful to ask students to keep a record of any 'critical incidents' – incidents that were significant learning experiences for them. These can provide rich material for discussion in the debriefing session.

If **debriefing** were simply a matter of checking what each student had learned there would be no point in meeting as a group. Each student has observed from an individual perspective. Getting the 'whole picture' is important and is not often possible without group discussion following clinical exposure.

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

Debriefing may be necessary during as well as after. An individual student, the group as a whole, or the tutor could initiate a debriefing session as a particular issue or patient problem emerges.

In a debriefing session you can:

Provide support by showing interest in students' problems, recognising concerns and acknowledging commendable performance, recognising difficulties, praising where due.

Provide opportunities for students to review their progress by assisting students to determine further learning activities in relation to their outcomes and encouraging students' to review their own progress.

Acknowledge partnership in learning by offering reviews of your own clinical or teaching performance.

Give feedback on students' performance by providing feedback requested by students in briefing sessions and using information from direct observation and by providing concrete examples and checking that the feedback is congruent with students' perception of performance.

Invite reflection on the events of the attachment by prompting students to go over what happened, what was surprising, different, frightening, satisfying, disappointing and so on ; encouraging expression of feelings about what happened during the attachment; inviting examples of new discoveries, new knowledge and/or insights as they applied their knowledge to patient's problems; prompting students to draw meanings from their personal experiences ; encouraging students to determine their own outcomes for further learning.

References

BROOKFIELD, S.D. (1990) *The Skillful Teacher*. San Francisco, Jossey Bass.

BROOKFIELD, S.D. and PRESKILL, S. (1999) *Discussion as a Way of Teaching*. Buckingham, S.R.H.E. & Open University Press

Small Group Teaching – OME 2009

4. Managing difficult groups/students; tips and pitfalls

Let's think first about the pitfalls as the tips cover some strategies to avoid these. Common pitfalls or likely problems of small groups have been grouped by Tiberius (1990) under the following headings:

Group goals; they are unclear, unattainable or unacceptable

Group interaction; it is lacking, teacher dominates, students participate unequally

Group motivation and emotion; students are tuned out, teacher is tuned out or students don't cooperate.

What is most useful in Tiberius' approach is that he identifies possible causes for each of these. Rather than apportion blame to the students, he lists other underlying factors that may be contributing. Even though his book is now 10 years old, his trouble-shooting guide is applicable in the small groups we have today and I strongly recommend you get a copy.

A very brief summary of some of his most useful points follow around the three areas referred to above:

1. Pitfall - Group goals; they are unclear, unattainable or unacceptable

Possible causes:

failure to establish goals for the group; digression from goals; process not matched to goals; poor time management; teacher and students perceive goals differently

Suggestions:

set clear goals; establish goals for each session/meeting; make goals relevant to those of the students; agree on timeframe and remind students

2. Pitfall - Group interaction; it is lacking, teacher dominates, students participate unequally

Possible causes:

lack of, or bad, experience with small group learning; students not rewarded for participation; low level of trust; teacher's authority is overwhelming; dominant speakers monopolise the discussion

Suggestions:

make clear what skills are needed for small group learning and explain the benefits; agree on a set on group or ground rules; reflect on both content and process of the group; encourage students to reward one another; reward students contributions by using them; remember who said what; talk less; provide opportunities for students to cooperate and trust one another; talk to the dominant student privately and/or assign a task to this student.

- 3. Pitfall - Group motivation and emotion;** students are tuned out, teacher is tuned out or students don't cooperate.

Possible causes:

little interest in topic; relevance of group process unclear; students are preoccupied with the exam; lack of institutional support for teaching; lack of feedback from students; students do not accept the assumption of the course; excessive competition among students; disruptive behaviour

Suggestions:

explore students' personal motivations to study topic; provide evidence topic is relevant or interesting; tap into students' experiences; review group rules if needed; address the exam agenda and define activity as useful to exam; support teaching and document teaching activities; reward excellence in teaching; ask for formative feedback from your students; don't let discussion of presuppositions replace the content; expose competitive behaviour; emphasise cooperative learning; break the group up into pairs or smaller groups; ask students to take different roles; if needed speak to any students privately.

Some other pitfalls you may encounter more specifically include

Pitfall 1: Students don't prepare

Ask the students why. Consider beginning the class by giving students short extracts to read or data to review so that all the class is familiar with the material they are to work on. If you think it is reasonable to get them to prepare ahead of time:

- emphasise the importance of preparation,
- consider calling off a class if you find that most students are not ready, in order to make your point, and
- *make sure to use what the students have prepared in the class.*

Students will quickly realise that whatever you say about the importance of preparation there is not much point in doing it if no one will notice.

Pitfall 2: Students don't participate or seem disengaged

This relates to Tiberius' motivation. Is it all the students or just some? If no one wants to participate consider whether past experiences (in this group or others) have made participation a risky business because of the likelihood of being criticised, embarrassed or humiliated for making a mistake. It may also be that the teacher or facilitator who had the group before dominated the discussions and they expect you to do the same.

Reiterate why you think small group work is important and (re)establish ground rules for discussion. (Try including 'No put downs'.)

Begin the session by breaking students into pairs or subgroups to work on a task. Have reporters report on the group opinion.

Start with a question that's easy to answer such as 'What has been your personal experience with.....?'

Pose a question and give students a few minutes to think about it and make some notes before calling on someone.

Refer to students' points in the discussion and when summarising (eg 'as Joe said.....') so that they know that you have been listening and that their contribution was valuable.

Pitfall 3: One person dominates

This relates to Tiberius' interaction. Thank the talkative person for their contribution and then invite others to speak. Interrupt them and invite other comments ('Before you go on, I would like to see if anyone else has an opinion on that')

Use structured participation, such as going around the group (each person speaks or passes.)

Break into subgroups. Ask the talkative person to be the scribe.

Rearrange the seating so that you are sitting beside the talkative person.

Refer to ground rules (if you made a rule about valuing wide participation.)

Speak to them privately. Explain that while you understand that they like to participate actively and that you appreciate their enthusiasm, you are concerned that their confidence and articulateness may inhibit others from participating. Ask them to hold back a bit so that you can encourage others to come in.

Pitfall 4: Students complain about how you run the group

Check what their goals are for the group. Is the problem that students do not see how the group work is contributing to their goals - which usually involve passing exams or other forms of assessment?

Explain why you do things and how what you do contributes to their goals (short term and long term professional goals). If it doesn't contribute, consider how it might and negotiate.

Ask for suggestions about how the group might be better run. Discuss with the group and negotiate alternative strategies.

Small Group Teaching – MESO 2009 (*Sophie di Corpo*)

Some useful tips when teaching a small group which can be used as a checklist include:

Tip 1: Be prepared

As we have already stated, good small group work rarely just happens. It relies to a great extent on preparation by the teacher and involves being clear about what the session is designed to achieve.

Tip 2: Make introductions and set ground rules

Introductions are important because it is difficult to have an open discussion with someone when you don't know anything about them, even their name. It is also a great opportunity for the group leader/facilitator to find out a little more about students' backgrounds with the topic. You may also wish to hear the students' previous experiences of tutorials, especially what worked well for them, and what didn't.

We have already covered the importance of negotiating and clarifying ground rules for discussion so that students know what the 'rules of the game' are. Of course if you are working with students who have already had extensive experience in small group work this need not be a lengthy process but it is probably still worth doing for the value it has in heading off later conflicts.

Tip 3: Use questioning effectively

Asking questions, considering the answer, knowing when to respond with a comment or explanation and when to use a follow up question or re-direct the question to someone else are key skills in keeping a discussion going and keeping students interested and involved.

Tip 4: Explain at the appropriate time

George Brown who wrote extensively about the art of lecturing and explaining, pointed out that when it comes to small group sessions, knowing *when* to explain was probably more important than knowing how to explain. Because the objective of small group teaching is to encourage students to think and discuss, it is unwise for the teacher to offer too much in the way of explanation too early. Students will quickly realise that all they have to do is remain silent and the teacher will provide all of the answers.

It is usually much better to provide any explanation needed after the students have made a good attempt at the task for the session. It may be a good idea to hold the explanation until you are summarising at the end of a task or the end of a session. At this point you can draw together the responses of the group, correct any misconceptions that may have arisen and

make use of the students' own contributions in any explanation that is given. Having their contributions recognised in this way rewards students for participating and builds up their confidence. It is likely to encourage them to contribute to future sessions (Brown and Atkins, 1988).

Tip 5: Summarise and Close

Summarising may be used at the end of an activity as well as at the end of a session to bring together the key points that have been made, the key understandings that have been arrived at and the unresolved questions that remain for further discussion or research.

If you are aiming for students to improve their teamwork and communication skills it may also be useful to summarise the processes that have been used, the stages that the group has gone through, for example, in problem solving, and the progress that has been made.

Summaries help to show students what is important in a topic and how that links to related topics. They are useful in helping students develop the 'well-structured knowledge base' that is the foundation for expertise. Good judgement is required in deciding what to highlight and what to omit.

You can also, of course, delegate the process of summarising to students, asking a couple of students to highlight the key points that have been made and someone else to identify important questions that remain unresolved.

Closing a session also involves other courtesies. Thanking the group for their contributions and pointing out what has been achieved is good for morale and helps to develop the cohesiveness of the group.

Tip 6: Evaluate your teaching

Ask your students how you are going. Ask a peer to come in and sit in on a session, using the Peer Review Checklist, see attached. Make use of the institutional evaluation processes, such as CATEI.

References

BROWN, G. & ATKINS, M. (1989) *Effective Teaching In Higher Education*. London, Routledge

TIBERIUS, R.G. (1990) *Small Group Teaching: A Trouble-Shooting Guide*, Toronto, OISE Press and the Ontario Institute for Studies in Education.

16 Feb 2018

หัวข้อ : Ward round and bedside teaching

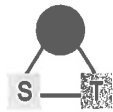
Bedside Teaching

Outline

- Bedside teaching
 - Type
 - Technique

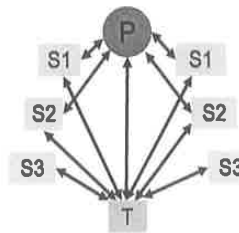
Bedside Teaching

- Teaching in the presence of the patient



Bedside Teaching

- Including the patient in the learning triad



Bedside Teaching

Formal bedside teaching

- Teaching + service



Teaching during ward rounds

- Service + teaching



FORMAL BEDSIDE TEACHING

VIDEO-1

- ชม VIDEO แล้ว
- ระดมความคิดเห็นในกลุ่ม วิเคราะห์ข้อดี และข้อควรพัฒนา 10 นาที

Formal Bedside Teaching

- Preparation
- Briefing

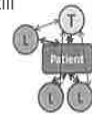


- Debriefing
- Reflection

- Clinical experience **with patient**

- History taking : interview technique
- Physical exam
- Psychomotor skill
- Communication skill
- Counselling skill
- Professionalism

- No lecture



Teaching During Ward Round



อุปสรรคต่อ teaching during ward rounds

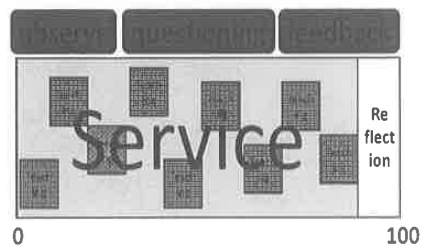
- เวลาจำกัด บริการ+สอน
- ผู้เรียนมีหลายระดับและหลายคน
- ผู้เรียนแยกย้ายไปทำภารกิจเป็นระยะๆ

Teaching During Ward Rounds



Teaching During Ward Rounds

1. สอนระหว่าง service ตามปกติ



Bedside Teaching

- o Teaching in the presence of the patient

Principles of Bedside Teaching

- Base all teaching on data generated by or about the patient
- Respect for the patient's comfort and dignity

Patient-Centered

Principles of Bedside Teaching

- Base all teaching on data generated by or about the patient
- Respect for the patient's comfort and dignity
- Teaching skills

What to teach at bedside...

- Skills
 - Interview
 - Physical examination
 - Communication
 - Perception
 - Reasoning
 - Decision making
 - Procedure

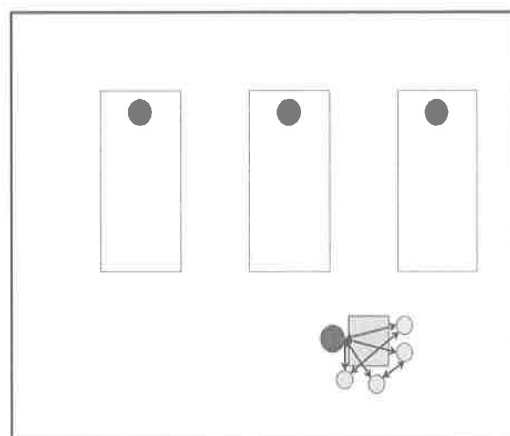
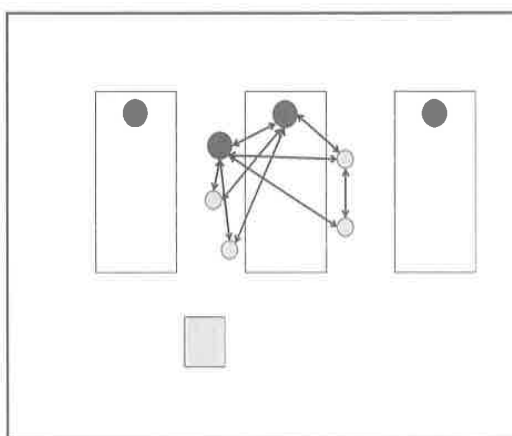
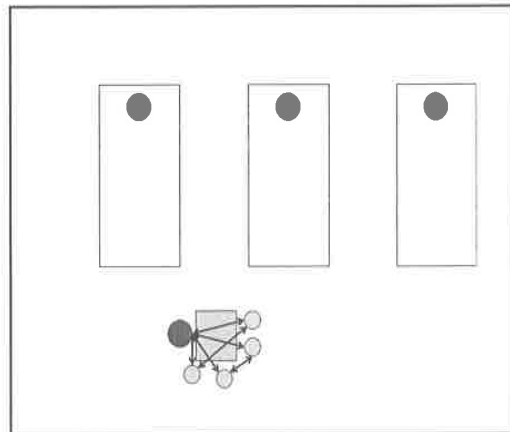
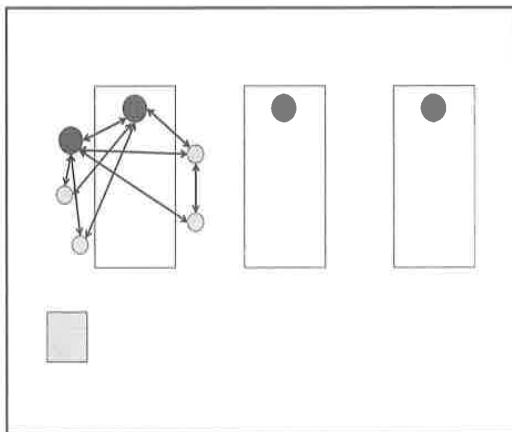
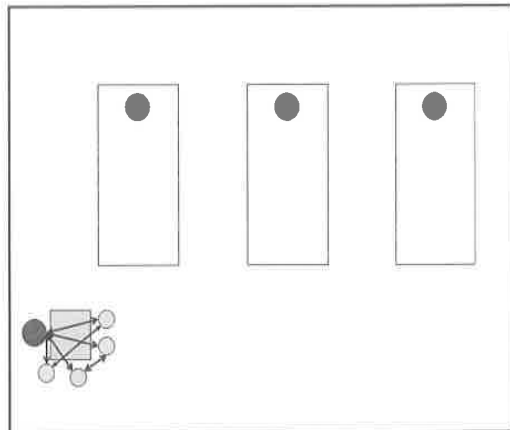
Principles of Bedside Teaching

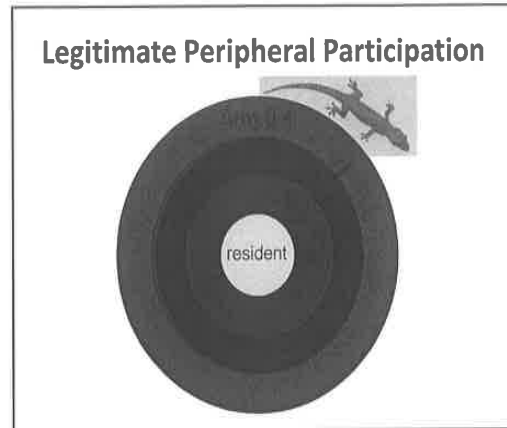
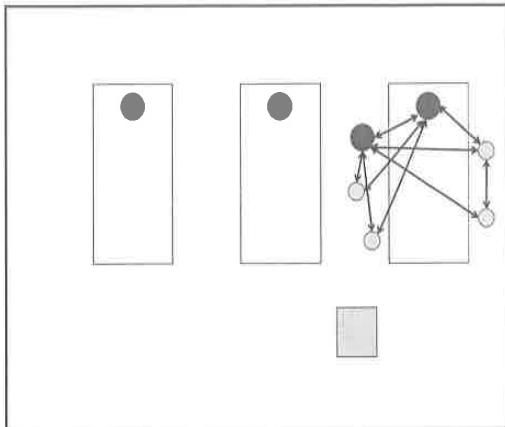
- Base all teaching on data generated by or about the patient
- Respect for the patient's comfort and dignity
- Teaching skills
- Teaching attitudes by role modeling

Knowledge?

Principles of Bedside Teaching

- Base all teaching on data generated by or about the patient
- Respect for the patient's comfort and dignity
- Teaching skills
- Teaching attitudes by role modeling
- Use every opportunity to provide feedback to learners





ตกลงหน้าที่บทบาทระหว่าง ward round
ล่วงหน้า

1. Present history and PE นศพ.ปี 4(1)
2. Make problem list นศพ.ปี 4(2)
3. Make differential diagnosis } นศพ.ปี 6
4. Plan of investigation }
5. Plan of treatment } Resident 1
6. Assess prognosis }
7. Discharge planning Chief resident
8. Communication with patient & relatives
9. Complete data from ward round in medical record นศพ.ปี 5

Techniques

- Broadening
- Targeting
- Novelty
- Up the ladder
- Student as teacher
- Multi-answer question

“Unless everyone, patient included, feels better after the bedside rounds, those rounds are not successful.”

M.A. Lacombe



Bedside Teaching

- Don't be afraid to experiment with different techniques to innovate your ward rounds. Not all your changes will work first time, take feedback, reflect and try again.

การสอนข้างเตียง (Bedside Teaching)

สุมาลี นิมนานิตย์

*There should be "no teaching without a patient for a text, and
the best teaching is that taught by the patient himself"*

Sir William Osler 1903

การสอนข้างเตียง เป็นวิธีการสอนที่มีมาช้านาน ครูแพทย์ในสมัยก่อนเน้นย้ำความสำคัญของวิธีการสอนนี้มาก แต่ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านวิชาการและเทคโนโลยีรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทำให้วิธีการตรวจ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำขึ้น และการรักษาก็ได้ผลดีขึ้น ขณะเดียวกันก็มีพัฒนาการด้านการเรียน การสอน ทำให้วิธีการสอนอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น การสอนกลุ่มย่อยในห้องเรียน ซึ่งเปิดโอกาสให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์และ แสดงความคิดเห็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการนำเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์มาสร้างสื่อการสอนต่างๆ อีกมากมาย ดังนั้น จึงน่าจะได้พิจารณาทบทวนว่าการสอนข้างเตียงนั้น สอนอะไร ยังจำเป็นต้องมีหรือไม่ ทดแทนด้วยวิธีการสอนและสื่อการสอนสมัยใหม่ เครื่องมือ/อุปกรณ์และยาที่ทันสมัย ได้หรือไม่

ในความเห็นของผู้เขียน การสอนข้างเตียงเป็นการสอนให้นักศึกษา "เป็นหมอ" และมี "ความเป็นหมอ" การ "เป็นหมอ" นั้น คือ การมีความสามารถในการวินิจฉัยและรักษาโรคได้ถูกต้องแม่นยำ ส่วน "ความเป็นหมอ" นั้น หมายถึงว่าจะต้องมีจิตใจที่ต้องการช่วยให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ และถึงพร้อมด้วยจริยธรรมและ คุณธรรม ที่แสดงออกได้ด้วยภาษากาย (body language) และวาจา ดังนั้นการสอนข้างเตียงจึงไม่สามารถทดแทนด้วย ตำรา วิธีการสอนอื่น สื่อการสอนสมัยใหม่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้ และยังวิชาการและเทคโนโลยี ด้านการแพทย์ก้าวรุดหน้าไปรวดเร็วเท่าใด การสอนข้างเตียงก็ยิ่งมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

การสอนข้างเตียงเป็นวิธีการสอนที่มีความพิเศษหลายประการ ประการที่สำคัญที่สุด คือ มีผู้ป่วยร่วมอยู่ใน การเรียนการสอนด้วย ครูและนักศึกษา (ในที่นี้หมายรวมถึงนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน) จึงมีโอกาสที่จะร่วมกันทำ ความรู้จักกับผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันแก้ปัญหา ครูมีโอกาสที่จะรู้จักนักศึกษา รู้ว่านักศึกษามีความรู้ ทักษะ และเจตคติอะไรและอย่างไรจากการเฝ้าสังเกต นอกจากนั้นยังสามารถสอดแทรกเจตคติ จริยธรรม และให้ "feedback" ในขณะนั้นได้ทันที ดังนั้นนักศึกษาจึงมีโอกาสได้รับรู้ ทักษะ และเจตคติต่างๆ ดังนี้

1. ได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยมีครูผู้สอนเป็นแบบอย่าง ในการวางท่าทาง ท่าที วิธีการพูด/การฟัง การสัมภาษณ์ การตั้งคำถาม วิธีสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ การตอบสนองต่ออารมณ์ของ ผู้ป่วย และวิธีการปลอบใจ ประคองใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา ตลอดจนวิธีการให้ คำอธิบาย คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และที่สำคัญยิ่ง คือ เห็นผู้ป่วยเป็น "คน" ไม่ใช่เป็นเพียง "ไข้" และเมื่อเห็นผู้ป่วยเป็น "คน" ก็จะเห็นภาพสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับผู้ป่วยด้วย เช่น อารมณ์ และความรู้สึกรอบคร้ว หน้าที่การงาน ความเป็นอยู่ รวมถึงสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยและผลการรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น
2. ได้เรียนรู้วิธีการตรวจร่างกายที่ถูกต้องและแม่นยำ โดยการ "ดู คลำ เคาะ ฟัง"
3. ได้ฝึกทักษะดังกล่าวข้างต้น (การสัมภาษณ์ interpersonal skills การตรวจร่างกาย) โดยการฝึกปฏิบัติกับ ผู้ป่วย โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะและแก้ไขให้ถูกต้อง ทำให้เกิดความรู้ความสามารถจากการปฏิบัติและ ประสบการณ์

4. รู้จักรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย การเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ได้ฝึกทักษะในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลโดยการเชื่อมโยงและแยกแยะ รวมทั้งการแก้ปัญหาทางคลินิก
6. ได้ฝึกการนำเสนอผู้ป่วย
7. ได้เสริมสร้างเจตคติ จริยธรรมและคุณธรรม

จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าการสอนข้างเตียงเป็นการสอนทั้งการ “เป็นหมอ” และ “ความเป็นหมอ” แก่ นักศึกษา เพราะเป็นการสอนทักษะพื้นฐานทางคลินิก (basic clinical skills) รวมทั้งเจตคติ จริยธรรมและคุณธรรมที่สำคัญมากสำหรับนักศึกษา ซึ่งต้องการพัฒนาต่อไปตลอดชีวิตของการเป็นแพทย์ การสอนข้างเตียงเป็นโอกาสเดียวที่นักศึกษาจะได้เห็น “แบบอย่าง” การปฏิบัติทางคลินิก (clinical performance) ของครูแพทย์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่ออนาคตในการ “เป็นหมอ” และ “ความเป็นหมอ” ของนักศึกษา จึงเป็นที่ครูแพทย์จะให้ความสำคัญต่อการสอนข้างเตียง และพยายามเพิ่มพูน พัฒนาทักษะของตนในการสอนวิธีนี้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการเป็นครูแพทย์เช่นกัน

จะสอนข้างเตียงอย่างไร

เมื่อการสอนข้างเตียงเป็นหัวใจของการเรียนการสอนแพทย์ทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นแล้ว ครูแพทย์จะสอนข้างเตียงอย่างไรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้เขียนใคร่ขอเสนอข้อคิดเห็นและวิธีการที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์ ดังนี้

หลักการ

- การสอนข้างเตียงควรต้องถือนักศึกษาเป็นศูนย์กลางในการสอน กล่าวคือ สอนสิ่งที่นักศึกษาควรรู้ และยังไม่รู้ มิใช่สอนสิ่งที่ครูชอบหรืออยากสอนเพียงเพื่อแสดงความเก่งของครู ควรสอนในสิ่งที่ไม่สามารถเรียนได้จากตำรา ครูจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับนักศึกษาว່ารู้และไม่รู้อะไร นักศึกษาคิดอะไรและอย่างไร ซึ่งทำได้โดยการถามและการพูดคุย ครูควรให้โอกาสนักศึกษาได้แสดงความคิดและศักยภาพของตนเองอย่างอิสระ รวมทั้งกระตุ้นให้คิดโดยการตั้งคำถามนำให้คิด

- ครูควรต้องเป็นแบบอย่างของแพทย์ที่ดี ทั้งในด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ เจตคติ และจริยธรรม
- การสอนข้างเตียง เป็นการสอนและการฝึกทักษะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์

(interaction) กับผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การเลือกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ นักศึกษายังสามารถฝึกวิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการคิดเชื่อมโยงและแยกแยะข้อมูล แล้วนำองค์ความรู้ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและการรักษาที่ได้ผล การสอนข้างเตียงมิใช่การบรรยายเนื้อหาวิชาที่ข้างเตียงผู้ป่วยโดยครูผู้สอน หรือการอภิปรายทฤษฎีต่างๆ ทางวิชาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะเป็นที่น่าเสียดายโอกาสและเวลาอันมีค่าในการสอนข้างเตียงมาก หากครูผู้สอนดำเนินการสอนโดยการบรรยายถึงความรู้ตามตำรา ในขณะที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย และนักศึกษาไม่มีโอกาสแสดงทักษะทางคลินิกให้ครูตรวจสอบ เพื่อครูจะได้ให้คำแนะนำและชี้แนะวิธีการที่ถูกต้อง และนี่เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาขาดทักษะและความรู้ความสามารถทางคลินิก ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่ถูกต้องและไม่ได้มาตรฐานดังที่ปรากฏอยู่ทั่วโลกในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะทักษะทางคลินิกนั้นไม่สามารถเรียนได้จากการอ่านรายงาน หรือ ตำรา หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

วิธีสอน

วิธีการสอนข้างเคียงทำได้หลายรูปแบบ อาจเป็นการสอนโดยมีผู้ช่วยเพียงหนึ่งคนหรือมีหลายคนก็ได้ในการสอนแต่ละครั้งควรกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ว่าต้องการสอนหรือเน้นด้านใดบ้าง เพื่อจะได้เตรียมผู้ช่วยให้เหมาะสม วิธีที่ควรปฏิบัติ คือ ครูสอนแสดงให้นักศึกษาดูเป็นตัวอย่าง ตั้งแต่การทักทายผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ทดลองปฏิบัติ โดยตลอดเวลาที่ทำการเรียนการสอนทั้งครูและนักศึกษาต้องคำนึงถึงความรู้สึกและความสบายของผู้ป่วย ตลอดจนก่อให้เกิดกับผู้ป่วยด้วย การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ควรกระทำอย่างสุภาพ นุ่มนวล ละมุนละม่อม ไม่ควรทำพร้อมกันที่หลายคน จนเป็นสภาพ “มະรุ่มมะตุ่ม” ซึ่งนอกจากเป็นการไม่ให้เกิดแล้วยังทำให้ผู้ป่วยสับสนและอึดอัดด้วย ในการอภิปรายข้างเคียง ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ควรใช้ถ้อยคำที่สุภาพ ไม่พูดในสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนกหรือวิตกกังวล ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค การตรวจและการรักษา ควรสอบถามและกระตุ้นให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ถาม พร้อมทั้งชี้แนะและแก้ไขทักษะและความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง โดยกระทำอย่างระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อนักศึกษา

ศาสตราจารย์ Ken Cox ที่เป็นปรมาจารย์ด้านแพทยศาสตรศึกษาคนหนึ่งของออสเตรเลีย ได้เสนอวิธีการสอนข้างเคียง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร The Medical Journal of Australia ฉบับที่ 158 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1993 โดยมีขั้นตอนต่างๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประสบการณ์ทางคลินิก (clinical experience)

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม (preparation)

ครูต้องรู้ว่ามีนักเรียนมีความพร้อมในการเรียนหรือไม่ และจะเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาอย่างไร รวมทั้งนักเรียนรู้อะไรและทำอะไรได้แล้วบ้าง นักศึกษาควรมีพื้นฐานความรู้และทักษะทั่วไปก่อนที่จะดูแลผู้ป่วยอะไรบางอย่าง ครูจะต้องรู้จักและศึกษาหลักสูตรการเรียนการสอนอย่างดี และต้องรู้ระดับความรู้ความสามารถของนักศึกษาของตน

ขั้นตอนที่ 2 การให้คำแนะนำแก่นักศึกษาก่อนพบผู้ป่วย (briefing before seeing the patient)

ก่อนพบกับผู้ป่วย ครูควรแนะนำนักศึกษาก่อนว่า ผู้ป่วยและโรคของผู้ป่วยที่จะพบมีลักษณะใดที่น่าสนใจบ้าง รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่าง “คน” ที่เจ็บป่วย มิใช่เป็นเพียงตัวอย่างโรคหรือวัสดุประกอบการเรียนทางคลินิก การให้คำแนะนำแก่นักศึกษาก่อนพบผู้ป่วยนี้เป็นการวางแผนการสอนล่วงหน้า เพื่อจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ โดยครูสามารถบอกนักศึกษาได้ว่าควรจะเรียนอย่างไร มีโอกาสเรียนรู้อะไร และคาดหวังอะไรจากกิจกรรมในแต่ละครั้งได้บ้าง

ขั้นตอนที่ 3 การเรียนจากการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย (clinical experience with the patient)

เมื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาแล้ว นักศึกษาจะได้พบกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดต่อการเรียนรู้ทางคลินิก กิจกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การสัมภาษณ์และการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การแปลผลข้อมูลที่มีอยู่ และการวางแผนการตรวจรักษา ซึ่งผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเช่นกัน ความรู้ที่เกิดขึ้นเป็นความรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งจะมีผลต่อเรื่องตลอดชีวิตการเป็นแพทย์ของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การให้คำแนะนำแก่นักศึกษาหลังได้พบผู้ป่วย (debriefing after leaving the patient)

หลังจากตรวจผู้ป่วยเสร็จแล้ว ครูควรทบทวนสิ่งที่ได้ประสบมากับนักศึกษาอีกครั้งว่า นักศึกษาได้เห็น ฟัง และสัมผัสอะไรบ้าง จะแปลผลข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้อย่างไร และได้เรียนรู้อะไรจากผู้ป่วยบ้าง

ครูพึงตระหนักว่านักศึกษาแต่ละคนมีความสามารถในการเรียนรู้ การสังเกต และการจับประเด็นสำคัญได้แตกต่างกัน ขั้นตอนนี้ครูจะมีโอกาสรู้ว่่านักศึกษารู้และรู้อะไร เข้าใจหรือยังไม่เข้าใจในสิ่งที่พบเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วย และครูสามารถเสริมสร้างความรู้หรืออธิบายให้นักศึกษาเข้าใจมากขึ้น นอกจากนั้นในการอภิปรายร่วมกันในหมู่นักศึกษากับครู

นักศึกษาจะได้เรียนจากเพื่อนด้วย หลังจากนั้นครูและนักศึกษาควรร่วมกันเชื่อมโยง/แยกแยะข้อมูลที่รวบรวมได้ แล้วสรุปให้เห็นภาพและปัญหาของโรคอย่างชัดเจน

จากขั้นตอนนี้ครูอาจเตรียมนักศึกษาสำหรับการสอนข้างเตียงในผู้ป่วยคนต่อไป หรือสอนต่อในขั้นตอนที่ 5

กลุ่มที่ 2 การอธิบายเหตุการณ์ทางคลินิกที่ได้ประสบ (explanation of the clinical events)

ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ (reflection)

ขั้นตอนนี้เป็นการให้นักศึกษาทบทวนสิ่งที่ได้พบได้เห็นและได้ฟังมา เพื่อเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ และเพื่อค้นหาว่าตนเองรู้และไม่รู้อะไร เป็นการสำรวจตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอีก ทั้งนี้เพราะแม้จะได้เรียนจากประสบการณ์ตรง ซึ่งเป็นวิธีเรียนรู้ที่ดีที่สุด แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ยังควรต้องนำความรู้ที่ได้รับใหม่มาเชื่อมโยงกับความรู้เดิมที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและลึกซึ้งขึ้น ขั้นตอนนี้แตกต่างจากขั้นตอนที่ 4 ที่ในขั้นตอนที่ 4 นั้น เป็นการเชื่อมโยงสิ่งที่พบและรู้ว่าอะไรเกิดขึ้นบ้าง ส่วนขั้นตอนที่ 5 นี้ เป็นการทำให้รู้และเข้าใจความหมายของสิ่งที่ได้พบ

ขั้นตอนที่ 6 การทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ได้รับ (explication of the experience)

ขั้นตอนนี้เป็นการรวม (incorporate) ประสบการณ์ที่ตนเองได้รับเข้ากับของผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ได้จากการสังเกต การได้เรียนรู้ หรืออาจเป็นการศึกษาจากตำรา หรือจากผู้บรรยายอื่น หรือจากทฤษฎีและงานวิจัยที่มีอยู่และเกี่ยวกับข้อกับผู้ป่วยที่เพิ่งศึกษามา ซึ่งอาจเป็นความรู้ด้าน ชีวเคมี สรีรวิทยา พยาธิวิทยา จิตเวชศาสตร์หรือสังคมศาสตร์ก็ได้ ขั้นตอนนี้จะให้นักศึกษารู้กว้างและรู้ลึก นักศึกษาจะได้ใช้ภูมิปัญญาอย่างเต็มที่ในการรวบรวมเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครู และเพื่อนนักศึกษาในการสอนข้างเตียง ทำให้เข้าใจการเจ็บป่วยและโรคของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การตรวจและการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 7 การวางแผนงานและแผนการเรียนจากประสบการณ์ที่ได้รับ

เมื่อเข้าใจเหตุการณ์และปัญหาของผู้ป่วยและโรคอย่างถ่องแท้แล้ว สิ่งที่นักศึกษาควรทำ คือ ถามตนเองว่า จะต้องทำอะไรและอย่างไรต่อไป สิ่งที่ได้คิดและได้ทำไปแล้วดีหรือยัง สามารถทำอย่างอื่นที่ดีกว่าได้หรือไม่จากประสบการณ์ที่ได้รับ นักศึกษาควรนำมาวางแผนงานและแผนการเรียนของตนเองต่อไป สิ่งปฏิบัติเหล่านี้จะเป็นรากฐานในการปฏิบัติทางคลินิกและในการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความสามารถต่อไป

ครูมีหน้าที่สำคัญในขั้นตอนนี้ โดยช่วยกระตุ้นหรือชี้แนะให้นักศึกษาคิดว่า ถ้าพบปัญหาเช่นนี้อีกจะอย่างไร อะไรเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความหมายมากที่สุดที่จะต้องมองหา และควรมองหาอะไรก่อน โดยนักศึกษาอาจทำแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติหรือแผนผังการปฏิบัติ (flow chart) หรือเลือกว่าควรจะตรวจหาอะไรก่อนหลัง หรืออาจทำแนวทางการตัดสินใจ สำหรับใช้ในครั้งต่อไป เมื่อพบผู้ป่วยหรือปัญหาเช่นเดียวกันนี้อีก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 8 การเตรียมตัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยคนต่อไป (preparation for the next patient)

ในขั้นตอนนี้ นักศึกษาต้องชวนขวาศึกษาหาความรู้ที่ยังขาดอยู่เพิ่มเติม เพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป

จะเห็นว่าวิธีการของศาสตราจารย์ Ken Cox นั้น มีการวางแผนก่อนเริ่มต้นทำ และเมื่อทำแล้วให้หยุดและคิดวิเคราะห์ในสิ่งที่ได้ทำไป เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการทำครั้งต่อไป หากครูแพทย์จะได้พิจารณาวิธีการดังกล่าวและนำมาประยุกต์ใช้ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการสอนข้างเตียงอย่างยิ่ง โดยอาจปรับเวลาให้เหมาะสม ในความเห็นของผู้เขียน วิธีการสอนข้างเตียงดังกล่าวไม่ยากเกินศักยภาพของครูแพทย์ไทยและสามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง หากครูแพทย์ให้ความสนใจและบริหารจัดการเวลาเป็น และหน้าที่ครูแพทย์ทั้งหลายจะได้ช่วยกันพยายามทำให้เกิดขึ้น เพราะ “A teacher..... can never tell where his influence stops” (โดย Henry Adams) และนี่เป็นโอกาสที่ครูแพทย์จะได้หล่อ

หลอมนักศึกษาแพทย์ ให้เป็นแพทย์ที่ถึงพร้อมซึ่งวิชาความรู้ด้านวิชาชีพและจริยธรรมคุณธรรม เพื่อจรรโลงวิชาชีพแพทย์ และสังคมไทยต่อไป

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. Cox KR, Ewan CE. The medical teacher. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1982.
2. Cox K. Planning bedside teaching – 2. Preparation before entering the wards. Med J Australia 1993; 158: 355 – 357.
3. Cox K. Planning bedside teaching – 4. Teaching around the patient. Med J Australia 1993; 158: 493 – 495.

16 Feb 2018

หัวข้อ : Clinical performance assessment

ASSESSMENT

รศ. นพ.เชิดศักดิ์ ไอร่มณีรัตน์
ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Reducing Rater Errors

- Improving raters
- Improving a rating instrument

Improving Raters

1. Rater training
2. Rater monitoring
3. Rater feedback

Writing Effective Items

- Remember your purpose
- Keep it simple
- Focused: include only one topic per item
- Start with easy-to-respond items
- Group items into sections, position these sections in a logical order

Characteristics of A Good Scale

1. Well-defined category
2. Appropriate number of categories
3. Proper handling of middle category
4. Ordered
5. Research-based

Clinical Performance Assessment

Purpose

- Are our students competent for medical practice?
 - A learner is considered to be competent if he/she is able to carry out a set of defined tasks that is considered by the professional body as a necessary requisite to function as an independent physician. (Whitcomb, 2002)

Medical Council of Thailand Core Competencies (2012)

- พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ Professional habits, attitudes, moral, and ethics
- ทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ Communication and interpersonal skills
- ความรู้พื้นฐาน Medical knowledge
- การบริบาลผู้ป่วย Patient care
 - การตรวจวินิจฉัยทั่วไป
 - การตรวจโดยใช้เครื่องมือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการ
- การสร้างเสริมสุขภาพและระบบสุขภาพ Health promotion and health care system
- การพัฒนาความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง Continuous professional development

7

8

แบบประเมินการปฏิบัติงานของศึกษานิเทศก์ตามข้อที่ 6
คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน
จังหวัด...

ข้อที่	ข้อ 6 (10)	ข้อ 6 (9)	ข้อ 6 (7)	ข้อ 6 (4)
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

Things to be considered

- Validity: The extent to which an assessment instrument measures what it intends to measure
- Reliability: Consistency of test scores
- Use: formative versus summative
- Value: the ability of assessment to produce meaningful information
- Number: Single or multiple instruments

10

Key Points: Performance Ratings

- Remember what to observe
- Rate when you still remember the students
- Multiple ratings: multiple raters, time points
- Rate when you are in a stable emotional state
- Be consistent in your rating standards (within and across groups)
- Rate each item independently: avoid halo effect
- Use the full range of scores: avoid restriction of range

“Purposeful assessment drives instruction and affects learning.”

Wisconsin's guiding principles for teaching and learning

11

12

แบบประเมินการปฏิบัติงาน นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6

นศพ. ชื่นบาน แซ่มชื่นใจ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6001999

ให้อาจารย์ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ในระดับคะแนนที่เหมาะสม

ข้อ	10 (ดี มาก)	9	8	7	6 (พอใช้)	5	4	3	2	1 (ไม่ดี อย่างยิ่ง)
1. ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์										
2. ทักษะการซักประวัติ และตรวจร่างกาย										
3. ทักษะการวินิจฉัยโรค										
4. ความสามารถในการเลือกการตรวจค้น เพิ่มเติมที่เหมาะสม										
5. การเลือกการรักษาที่เหมาะสม										
6. การคิดอย่างมีเหตุผล										
7. การสื่อสาร										
8. มนุษยสัมพันธ์										
9. นุคลิกภาพ และการแต่งกาย										
10. ความเป็นวิชาชีพแพทย์										

**แบบประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ปี 6
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**

น.พ.
โรงพยาบาล
หอผู้ป่วย

รหัส
ภาควิชา/แผนก
ช่วงเวลาปฏิบัติงาน

หัวข้อการประเมิน	%	ดีเกิน (10)	ดี (8-9)	ผ่าน (6-7)	ไม่ผ่าน (<6)	NA
1. ความรู้		มีความรู้พื้นฐานที่ลึกซึ้งอย่างดีและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	มีความรู้พื้นฐานที่ลึกซึ้งได้ดีถึงนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	มีความรู้พื้นฐานที่ลึกซึ้งแต่ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	ขาดความรู้พื้นฐานที่สำคัญ	
2. ทักษะ		รวบรวมข้อมูลปัญหาได้สมบูรณ์ คิดวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เลือกการสืบค้นและการรักษาได้ถูกต้อง สามารถบอกเหตุผล และ คำสั่งถึงน้องพยาบาล	รวบรวมข้อมูลปัญหาได้สมบูรณ์ คิดวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เลือกการสืบค้นและการรักษาได้ถูกต้อง สามารถบอกเหตุผล แต่ยังไม่สามารถบอกเหตุผลได้ชัดเจน	รวบรวมข้อมูลปัญหาได้สมบูรณ์ แต่ต้องใช้เวลาคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา	การรวบรวมข้อมูลปัญหาและการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาและการรักษาได้ถูกต้อง	
2.3 การบันทึกเวชระเบียน		มีข้อมูลสำคัญครบถ้วน เป็นระเบียบ อ่านง่าย ลงลายมือชื่อและรหัส	มีข้อมูลสำคัญครบถ้วน แต่ไม่เป็นระเบียบ อ่านยาก หรือ ไม่ลงลายมือชื่อ/รหัส	ขาดข้อมูลสำคัญบางอย่าง เช่น ประวัติ ส่วนตัวและสังคม ประวัติยา progress note, procedure/surgical note, etc.	ขาดข้อมูลที่ลึกซึ้งหลายอย่าง ไม่เขียน progress note	
2.4 การทำหัตถการ		ทำหัตถการที่ลึกซึ้งได้เป็นอย่างดี แคล่วคล่อง ขั้นตอนการทำถูกต้อง มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และ ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังทำหัตถการ อย่างเหมาะสม	สามารถทำหัตถการที่ลึกซึ้งได้แต่ไม่แคล่วคล่องมาก ต้องการความช่วยเหลือ ในบางขั้นตอน มีการติดตามดูแลผู้ป่วย หลังทำหัตถการอย่างเหมาะสม	ไม่สามารถทำหัตถการที่ลึกซึ้งได้ แม้จะได้รับการชี้แนะแล้ว ไม่รู้ขั้นตอนการทำหัตถการ และ/หรือ ขาดทักษะพื้นฐานในการทำหัตถการ	ไม่สามารถทำหัตถการที่ลึกซึ้งได้ แม้จะได้รับการชี้แนะแล้ว ไม่รู้ขั้นตอนการทำหัตถการ และ/หรือ ขาดทักษะพื้นฐานในการทำหัตถการ	
2.5 ทักษะการนำเสนอ		เป็นขั้นตอนดีมาก เข้าใจง่าย	เป็นขั้นตอน พียงเข้าใจ โดยอาจต้องถามเพิ่มเติมเล็กน้อย	ไม่เป็นขั้นตอน ต้องถามเพิ่มเติมค่อนข้างมากจึงจะเข้าใจ	สับสนมาก ไม่รู้เรื่องทั้งหมด เข้าใจว่าไม่เหมาะสม หรือ สร้างความสับสนให้คนฟังและผู้เกี่ยวข้อง	
2.6 การสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ		ดีมาก ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจมาก	ดี ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคที่เป็น	ผู้ป่วยและญาติบางคนไม่เข้าใจโรค	ความสับสนให้คนฟังและผู้เกี่ยวข้อง	
3. ความเห็นริษัทแพทย์						
3.1 ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง		แสดงถึงความใส่ใจ ค้นหาเพิ่มเติมได้โดยต้องชี้แนะวิธีการ	ตรงต่อเวลา บุคลิกภาพ ความประพฤติ การแต่งกายเรียบร้อย เป็นส่วนใหญ่อายุ	ไม่ตรงต่อเวลา บุคลิกภาพ การแต่งกาย ดูกระเป๋ยเป็นส่วนใหญ่	ขาดความใส่ใจ ไม่สนใจเรียน และจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ	
3.2 การวางตัวที่เหมาะสม		รับผิดชอบดีมาก หรือได้รับความไว้วางใจมาก	รับผิดชอบดีในการดูแลผู้ป่วยและการอยู่เวร	ไม่รับผิดชอบ หรือ มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและการอยู่เวร	มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ	
3.3 ความรับผิดชอบ		ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจอย่างดี เคารพสิทธิของผู้ป่วย	ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เคารพสิทธิของผู้ป่วย	การดูแลผู้ป่วยและการอยู่เวร	ไม่รับผิดชอบ หรือ มีข้อร้องเรียนในการดูแลผู้ป่วย และการอยู่เวร	
3.4 เจตคติและจริยธรรม		มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมาก และการทำงานเป็นทีมมาก	มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	ขาดมนุษยสัมพันธ์ หรือมีปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่น	การดูแลผู้ป่วยขาดมิติด้านจิตใจ และไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย	
3.5 มนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน		มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมาก และการทำงานเป็นทีมมาก	มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	ขาดมนุษยสัมพันธ์ หรือมีปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่น	มนุษยสัมพันธ์ไม่ดี และไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	
เวลาปฏิบัติงานเพิ่มเติม		ครบ	ป่วย.....วัน	ลา.....วัน	ขาด.....วัน	
ความคิดเห็นเพิ่มเติม	ผู้ประเมิน (.....) วิชา..... วันที่ (.....) วิชา..... ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> หัวหน้าแผนก/หอผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อาจารย์อำนวยการ					

หมายเหตุ กรุณาให้คะแนนในช่องสี่เหลี่ยมหน้าของที่ต้องการ (ไม่มีจุดทศนิยม); NA = ไม่สามารถประเมินได้; % = นำหนักของแต่ละข้อออกต่างกันในแต่ละภาควิชา

การประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical performance assessment)

เชิดศักดิ์ ไชรมณีรัตน์

Purposeful assessment drives instruction and affects learning.

Wisconsin's principles for teaching and learning

บทบาทหน้าที่ของอาจารย์แพทย์ระดับคลินิกนั้นนอกจากจะต้องทำการสอนแล้ว การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ หรือ แพทย์ประจำบ้านก็เป็นสิ่งที่อาจารย์ต้องทำควบคู่กันไปด้วย ในบทความนี้ผู้พิมพ์จะได้นำเสนอหลักการ และแนวปฏิบัติเพื่อให้อาจารย์แพทย์สามารถทำการประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านได้อย่างถูกต้อง เทียบตรง และเป็นธรรม

คำจำกัดความ

การประเมินผล (Assessment) หมายถึงกระบวนการที่ใช้เพื่อบันทึกระดับของความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เรียน ซึ่งมักบันทึกเป็นระดับคะแนนที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างผู้เรียน

วิธีการที่อาจารย์ใช้ทำการประเมินผู้เรียนในระดับชั้นคลินิกนั้น สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มการประเมินได้แก่

1. การประเมินความสามารถในห้องสอบ (competence) การประเมินในกลุ่มนี้เป็นการประเมินที่อาจารย์จัดขึ้นในสถานการณ์ที่มีการควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของนักศึกษาโดยมุ่งหวังจะวัดระดับความรู้ความสามารถสูงสุดที่ผู้เรียนมี โดยไม่มีปัจจัยอื่นมารบกวน มักเป็นการจัดสอบในห้องสอบ โดยมีการแจ้งผู้สอบให้มีการเตรียมตัวมาสอบในหัวข้อที่กำหนด ในวันและเวลาที่กำหนด สิ่งที่ได้จัดเป็นระดับความสามารถสูงสุดที่ผู้สอบสามารถแสดงออกมาได้ การสอบส่วนใหญ่ในโรงเรียนแพทย์จะเป็นการประเมินผลในกลุ่มนี้ เช่น การสอบข้อสอบข้อเขียน (ปรนัยหรือ อัตนัย), การสอบปากเปล่า (oral examination), การสอบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) เป็นต้น

2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานจริง (performance) การประเมินในกลุ่มนี้เป็นการประเมินจากการสังเกตการปฏิบัติงานของผู้เรียนในสถานการณ์จริง ซึ่งระดับความรู้ ความสามารถที่ผู้สอบแสดงออกมาให้อาจารย์เห็นนั้นอาจมีปัจจัยรบกวนอื่นๆมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระบบการทำงาน สภาพแวดล้อม สภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอบกับคนรอบข้าง สภาพจิตใจของผู้เข้าสอบ ฯลฯ สิ่งที่ได้วัดได้นั้นอาจขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างผู้สอบแต่ละคนไปบ้าง แต่สิ่งที่ประเมินได้จากการประเมินความสามารถในกลุ่มนี้น่าจะสอดคล้องกับระดับความรู้ ความสามารถที่นักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านใช้ทำงานจริงในชีวิตประจำวันมากกว่า

ในบทความนี้ผู้พิมพ์มุ่งประเด็นการอภิปรายไปที่การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานจริง (performance) เป็นหลัก เนื่องจากเป็นการประเมินที่อาจารย์แพทย์ทำควบคู่ไปกับการสอนรูปแบบต่างๆที่มีการกล่าวถึงในตำรานี้ การประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการแพทยศาสตรศึกษาในประเทศไทยคือ

การจัดทำแบบฟอร์มให้อาจารย์สังเกตการปฏิบัติงานของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านในหลากหลายหัวข้อ ตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ ซึ่งจะเป็นรูปแบบการประเมินผลที่บทความนี้กล่าวถึงเป็นหลัก

ข้อพิจารณาในการประเมินผล

โดยทั่วไปแล้วเมื่ออาจารย์วางแผนจะทำการประเมินผลการเรียนรู้ ของนักศึกษา มีปัจจัยที่ต้องพิจารณาอยู่ 7 ประการด้วยกัน ได้แก่

1. ความถูกต้อง (Validity)

ความถูกต้องของผลการประเมินหมายถึงระดับคะแนนที่ได้นั้นแสดงถึงระดับความรู้ ความสามารถของนักศึกษาที่อาจารย์ต้องการวัดผลจริงๆ กล่าวคือผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงถึงระดับความรู้ ความสามารถที่สูง ในทางกลับกันผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือผู้ที่มีระดับความรู้ ความสามารถที่ต่ำ หากมีปัจจัยอื่นใดที่มีผลรบกวนการแปลผลดังกล่าว (validity threats) ก็ลดระดับความถูกต้องของผลการประเมินลง ตัวอย่างปัจจัยรบกวนความถูกต้องของการประเมินการปฏิบัติงาน เช่น ความแตกต่างในมาตรฐานการให้คะแนนของอาจารย์ ความแตกต่างกันของลักษณะผู้ป่วยที่นักศึกษาแต่ละคนดูแล เป็นต้น

2. ความเที่ยงตรง (Reliability)

ความเที่ยงตรงของคะแนนหมายถึงหากนำนักศึกษาคนเดิมที่มีระดับความรู้ ความสามารถเท่าเดิม มาทำการประเมินผลซ้ำ คะแนนที่ได้จะมีค่าใกล้เคียงกันใหม่ ผลการสอบที่มีความเที่ยงสูง คือผลการสอบที่เมื่อสอบซ้ำ คะแนนก็จะเท่าเดิมหรือใกล้เคียงเดิม โดยทั่วไปแล้วเรารายงานความเที่ยงของคะแนนสอบเป็นตัวเลขมีค่า 0 – 1 โดยค่าดัชนีความเที่ยงที่ใกล้ศูนย์บอกถึงคะแนนสอบไม่ค่อยเที่ยง แต่หากค่าดัชนีความเที่ยงใกล้หนึ่ง แสดงว่าคะแนนสอบมีความเที่ยงสูง การประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกโดยทั่วไปจัดเป็นการประเมินผลที่มีความสำคัญปานกลาง มักต้องการระดับความเที่ยงตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป

3. ความเสมอภาค (Equivalence)

ความเสมอภาคของการประเมินผลหมายถึงผลการประเมินนักศึกษาในความรู้ หรือทักษะเดียวกันที่ทำในต่างวัน เวลา หรือสถานที่กัน สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยไม่มีกรณีเปรียบเทียบหรือเสียเปรียบกันเกิดขึ้น เช่นการสอบข้อเขียนวิชาเดียวกันของนักศึกษาที่ปฏิบัติงานกันคนละกลุ่ม สอบกันคนละวัน ก็ต้องมีมาตรการในการควบคุมให้ข้อสอบดังกล่าวมีระดับความยากง่ายใกล้เคียงกัน ในการประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ อาจารย์แพทย์ก็ควรวางระบบให้นักศึกษาที่ปฏิบัติงานคนละกลุ่มเกิดความมั่นใจได้ว่ามาตรฐานการประเมินมีความยุติธรรม ไม่มีกลุ่มใดได้เปรียบ

4. ความเป็นไปได้ (Feasibility)

อาจารย์ผู้วางแผนการประเมินจำเป็นต้องศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดประเมินผลด้วย ไม่ว่าจะเป็นในแง่เวลา สถานที่ งบประมาณ บุคลากร ฯลฯ เนื่องจากการพัฒนาการประเมินผลให้มีคุณภาพดีตามปัจจัยสามข้อแรก มักต้องการการลงทุน ลงแรงเพิ่มขึ้น แต่หากขาดงบประมาณ ก็จำเป็นต้องมีการลดหย่อนมาตรการต่างๆ ที่วางแผนไว้บ้าง เพื่อให้สามารถดำเนินการได้

5. ผลกระทบทางการศึกษา (Educational effect)

การประเมินผลที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนกระตือรือร้นที่จะทำการศึกษา พัฒนาความรู้ และทักษะของตนเอง มีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม ตัวอย่างของการประเมินผลที่มีผลกระทบทางการศึกษาที่ไม่ดีนักเช่นการออกข้อสอบปรนัยที่เน้นการท่องจำเป็นการประเมินผลหลัก โดยไม่มีการประเมินรูปแบบอื่นมาเสริม ผลกระทบที่เกิดขึ้นก็คือ นักศึกษาจะมุ่งเน้นท่องเนื้อหาในตำรา โดยไม่ใส่ใจการดูแลผู้ป่วยมากเท่าที่ควร ในทางตรงข้าม การประเมินการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาสนใจผู้ป่วย ให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการ

6. ผลเร่งการเรียนรู้ (Catalytic effect)

การประเมินผลที่ดีนั้นควรมีการนำเอาข้อมูลผลการประเมินนั้นมาให้ feedback ให้แก่ผู้เรียน เพื่อหวังผลให้ผู้เรียนนำไปพัฒนาปรับปรุงตัวให้มีความรู้ ความสามารถดีขึ้น ในการประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษา หรือแพทย์ประจำบ้านนั้น อาจารย์ได้มีโอกาสสังเกตผู้เรียนในหลายแง่มุมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ข้อมูลที่อาจารย์ใช้เป็นพื้นฐานของการให้คะแนนในใบประเมินการปฏิบัติงานนับว่าเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้เรียนเองด้วยซึ่งหากอาจารย์สามารถจัดเวลาพูดคุยกับตัวนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านผู้ได้รับการประเมินเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ได้ จะทำให้ได้ผลเร่งการเรียนรู้ด้วย

7. การยอมรับได้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (Acceptability)

การประเมินผลที่ดีนั้นควรนำไปสู่ผลการประเมินที่เป็นที่ยอมรับได้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษาผู้สอบ อาจารย์ผู้ให้คะแนน เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ข้อดีและข้อจำกัดของการประเมินการปฏิบัติงานคลินิก

ใบประเมินการปฏิบัติงานคลินิกมีใช้กันอย่างแพร่หลาย และอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องกับการสอนนักศึกษา หรือแพทย์ประจำบ้านในระดับคลินิก ต้องใช้เป็นประจำ เหตุที่อาจารย์ต้องทำการประเมินด้วยใบประเมินดังกล่าวเป็นเพราะการประเมินในรูปแบบนี้มีข้อดีอยู่หลายประการ อย่างไรก็ตามอาจารย์ก็ต้องตระหนักด้วยว่าการประเมินนี้ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่พอสมควร การทราบถึงข้อดี และ ข้อจำกัดของการประเมินผู้เรียนด้วยวิธีนี้น่าจะนำไปสู่การใช้ข้อมูลที่ได้มาจากแบบประเมินอย่างเหมาะสม

1. ข้อดี

การประเมินรูปแบบนี้มีข้อดีหลายประการ ได้แก่

- I. ผลการประเมินสามารถสะท้อนระดับความรู้ ความสามารถของนักศึกษาที่ใช้ปฏิบัติงานในชีวิตจริง ซึ่งอาจแตกต่างไปจากผลการประเมินในห้องสอบ
- II. ส่งเสริมให้นักศึกษาสนใจการเรียนรู้นบนหอผู้ป่วย

III. เป็นการประเมินผลที่ราคาถูก ไม่ต้องมีการจัดสอบ ไม่ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์พิเศษใดๆ เพียงแค่สังเกตการปฏิบัติงาน แล้วบันทึกคะแนน

2. ข้อจำกัด

การประเมินรูปแบบนี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ

- i. คะแนนที่ให้อาจารย์ตัดสินด้วยดุลยพินิจของอาจารย์ซึ่งอาจมีมาตรฐานในการให้คะแนนแตกต่างกัน
- ii. อาจารย์ผู้ให้คะแนนอาจมีโอกาสดังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านไม่มากพอ
- iii. สภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่ดูแล มีความแตกต่างกัน นักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านบางคนอาจถูกประเมินในบริบทที่การดูแลรักษาผู้ป่วยทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่คนอื่นอาจถูกประเมินในบริบทที่การทำงานยุ่งยากซับซ้อนกว่า เปรียบเสมือนทำข้อสอบที่มีความยากง่ายต่างกัน
- iv. ความเที่ยงของคะแนนที่ได้มักค่อนข้างต่ำ

ความคลาดเคลื่อนของคะแนนอันเนื่องมาจากผู้ให้คะแนน (Rater errors)

ปัญหาที่สำคัญของการให้คะแนนแบบประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกคือความคลาดเคลื่อนของคะแนนอันเนื่องมาจากอาจารย์ผู้ให้คะแนน กล่าวคืออาจารย์สองท่านสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้เรียนคนเดียวกัน อาจารย์อาจให้คะแนนแตกต่างกันได้ ลักษณะความคลาดเคลื่อนของคะแนนนี้มาจากหลายสาเหตุ เช่น ความแตกต่างกันของมาตรฐานในการให้คะแนน (leniency or severity error), การใช้มาตรฐานที่ไม่สม่ำเสมอ มีการเปลี่ยนแนวทางในการให้คะแนนตามอารมณ์ (rater inconsistency), การใช้แบบประเมินที่ไม่ถูกต้อง โดยอาจารย์ใช้ผลการตัดสินคะแนนในข้อหนึ่งเป็นตัวกำหนดคะแนนของข้ออื่นๆ (halo effect), การที่อาจารย์บางท่านจำกัดช่วงของคะแนนที่ให้ในแบบประเมิน (restriction of range) เป็นต้น ซึ่งความคลาดเคลื่อนของคะแนนเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการประเมิน และทำให้คะแนนมีความเที่ยงต่ำ การใช้แบบประเมินการปฏิบัติงานทางคลินิกจึงต้องมีมาตรการในการควบคุมความคลาดเคลื่อนของคะแนนจากเหตุเหล่านี้ไว้ด้วย

โดยทั่วไปแล้วเราสามารถลดความคลาดเคลื่อนของคะแนนได้ด้วยสองมาตรการใหญ่ๆ ได้แก่ (1) การพัฒนาอาจารย์ผู้ให้คะแนน และ (2) การพัฒนาแบบประเมิน

1. การพัฒนาอาจารย์ผู้ให้คะแนน

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความคลาดเคลื่อนของคะแนนคืออาจารย์ผู้ให้คะแนนมีความเข้าใจเกณฑ์การให้คะแนนแตกต่างไปจากผู้พัฒนาแบบประเมิน การจัดให้มีการชี้แจงวิธีการใช้แบบประเมินให้อาจารย์ผู้เกี่ยวข้องทราบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้อาจารย์ได้ทดลองใช้แบบประเมินแล้วอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นกันจะทำให้อาจารย์ผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินนี้มีความเข้าใจที่ตรงกันมากขึ้น หลังจากที่มีการชี้แจงแล้ว ก็ควรให้มีการตรวจสอบคะแนนที่ได้จากใบประเมินของอาจารย์แต่ละท่านว่ามีอาจารย์ท่านใดที่น่าจะใช้เกณฑ์การประเมินที่แตกต่างจากอาจารย์ท่านอื่นบ้าง หาก

พบว่ามีการประเมินของอาจารย์ท่านใดท่านหนึ่งที่มีความคลาดเคลื่อนของคะแนนมาก การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) แก่อาจารย์ท่านนั้นเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางในการให้คะแนนก็จะช่วยให้ความคลาดเคลื่อนของคะแนนมีน้อยลงเรื่อยๆ

2. การพัฒนาแบบประเมิน

การสร้างแบบประเมินที่ดีนั้นควรปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานต่างๆดังต่อไปนี้

- 2.1 เริ่มต้นสร้างแบบประเมินโดยมีความชัดเจนในวัตถุประสงค์ว่าต้องการประเมินความรู้ ทักษะ หรือเจตคติในด้านใดบ้าง ควรทำการค้นคว้าเพิ่มเติมว่ามีผู้ท่านอื่นได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสิ่งเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ มีองค์ทฤษฎี หรือสถาบันฝึกอบรมอื่นที่ได้พัฒนาแบบประเมินในเรื่องที่คล้ายคลึงกันมาก่อนหรือไม่ การได้ข้อมูลเพิ่มเติมเหล่านี้จะทำให้หัวข้อต่างๆที่จะทำการประเมินครบถ้วน
- 2.2 ข้อความในแต่ละข้อเขียนด้วยภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย สั้น และ กระชับ ควรให้อาจารย์ท่านอื่น หรือ นักศึกษาช่วยอ่านและแสดงความคิดเห็นว่ามีส่วนใดของแบบประเมินที่อ่านไม่เข้าใจบ้าง และทำการปรับแก้ตามความเหมาะสม
- 2.3 ในแต่ละข้อให้ทำการประเมินความรู้ หรือทักษะ หรือเจตคติ เพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น
- 2.4 พยายามจัดกลุ่มหัวข้อที่ทำการประเมินให้ประเด็นที่มีความคล้ายคลึงกันอยู่ใกล้ๆกัน จะทำให้อาจารย์ผู้ประเมินทำการกรอกใบให้คะแนนได้สะดวกกว่า
- 2.5 ตัวเลือกระดับคะแนน สามารถสร้างได้หลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่สามารถลดความคลาดเคลื่อนของคะแนนได้มากที่สุดคือ behavioral-anchored rating scale (BARS) ซึ่งมีการแบ่งคะแนนที่จะให้เป็นระดับจากน้อยไปมาก โดยในแต่ละระดับคะแนนนั้นมีการเขียนบรรยายลักษณะพฤติกรรมของผู้ถูกประเมินอย่างชัดเจนว่าต้องมีพฤติกรรมอย่างไร จึงจะเหมาะสมกับการได้คะแนนในระดับดังกล่าว
- 2.6 ควรจำกัดระดับของคะแนนที่อาจารย์ผู้ประเมินสามารถให้ได้ อย่าให้มีจำนวนระดับมากเกินไป โดยทั่วไปแล้วระดับคะแนนที่อาจารย์สามารถแยกแยะความรู้ ความสามารถของผู้เรียนได้ควรอยู่ในช่วง 3 – 6 ระดับ การมีจำนวนระดับที่มากเกินไปมักสร้างความลำบากใจแก่อาจารย์ผู้ประเมินว่าแยกคะแนนระดับที่ใกล้เคียงกันได้ยาก
- 2.7 หากจะจัดให้มีระดับคะแนนที่อยู่กึ่งกลาง (เช่น มี 5 ระดับคะแนน จาก 1 – 5 ระดับคะแนนกึ่งกลางคือ 3) ต้องระมัดระวังว่าบางครั้งอาจารย์ผู้ให้คะแนนอาจให้คะแนนกึ่งกลางดังกล่าวโดยที่นักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านไม่ได้มีระดับความรู้ ความสามารถอยู่ที่ระดับกึ่งกลางจริง แต่อาจารย์ให้คะแนนดังกล่าวด้วยเหตุผลอื่น เช่น ไม่ทันได้สังเกตพฤติกรรมดังกล่าว ไม่แน่ใจ ไม่มีโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้ หรือทักษะในด้านดังกล่าว ฯลฯ วิธีการแก้ปัญหาคือการจัดทำช่องประเมินขึ้นมาอีกช่องหนึ่งที่ชื่อ “ไม่สามารถประเมินได้” ขึ้นมาเพื่อให้อาจารย์ที่ไม่สามารถประเมินความรู้ หรือทักษะของผู้เรียนในเรื่องดังกล่าวได้ไม่ต้องเลือกระดับคะแนนกึ่งกลางโดยความจำใจ

ข้อเสนอแนะในการประเมินการปฏิบัติงาน

เพื่อให้การประเมินความสามารถจากการปฏิบัติงานจริงเป็นไปอย่างถูกต้อง ได้ผลการประเมินที่เที่ยงตรง และเป็นธรรม ตรงตามหลักการต่างๆที่กล่าวข้างต้น ผู้นิพนธ์มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ให้อาจารย์ผู้ประเมินทุกท่านศึกษาแบบประเมินก่อนเริ่มสังเกตพฤติกรรมการทำงานของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้าน ให้อาจารย์จดจำให้ได้ก่อนว่ามีหัวข้อใดต้องทำการประเมินบ้าง เนื่องจากการประเมินในบางหัวข้อ อาจารย์ต้องกำหนดบทบาท หรือสร้างสถานการณ์ให้ผู้เรียนแสดงความรู้ ความสามารถออกมา จึงจะประเมินได้ เช่น หากแบบประเมินกำหนดให้ประเมินความสามารถในการนำเสนอประวัติผู้ป่วย อาจารย์ก็ต้องจัดสถานการณ์ในการทำงานให้นักศึกษาที่จะถูกประเมินได้นำเสนอประวัติผู้ป่วย เป็นต้น
2. ให้อาจารย์ทำการให้คะแนนในใบประเมินในขณะที่ยังจดจำนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านผู้ถูกประเมินได้ โดยทั่วไปแล้วคือวันสุดท้ายของการปฏิบัติงานของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจากในปัจจุบันมีนักศึกษาและแพทย์ประจำบ้านหมุนเวียนปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หรือ หน่วยงานต่างๆจำนวนมาก มีโอกาสที่อาจารย์จะลืมว่านักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านแต่ละคนนั้นมีระดับความรู้ ความสามารถเป็นอย่างไรเมื่อถึงเวลาให้เนิ่นนานออกไป ดังนั้นอาจารย์ควรจัดเป็นกิจวัตรในการทำงานที่ทุกๆช่วงที่มีการหมุนเวียนนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้าน ต้องทำการกรอกใบประเมินทันที อย่าปล่อยจนถึงเวลาที่มีเจ้าหน้าที่มาตามแล้วซึ่งอาจเป็นเวลา 2 – 3 เดือนผ่านไปแล้ว
3. ในการปฏิบัติงานแต่ละช่วงเวลาของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้าน ให้อาจารย์จัดให้นักศึกษาได้รับการสังเกต และประเมินโดยอาจารย์หลายท่าน ในหลายบริบท และหลายครั้ง ยิ่งมีการประเมินมากครั้ง ในมากบริบท และมากผู้ประเมิน ผลการประเมินที่ได้มาจะช่วยยืนยันกันเองได้ ทำให้ความน่าเชื่อถือของคะแนนมีมากขึ้น หากระยะเวลาปฏิบัติงาน 4 สัปดาห์ของนักศึกษามีอาจารย์เพียงท่านเดียวทำการประเมินหนึ่งครั้งแล้วนักศึกษาได้คะแนนต่ำ อาจมีการร้องเรียนว่าเป็นเพราะอาจารย์ท่านที่ประเมินไปสังเกตพฤติกรรมเขาในวันที่เขามีปัญหาขึ้นมาพอดี และไม่ใช่พฤติกรรมปกติที่เขาทำในวันอื่นๆ แต่หากมีอาจารย์หลายท่าน ประเมินหลายครั้ง และทุกครั้งนั้นก็ส่งผลคะแนนที่ต่ำเช่นเดียวกันหมด ความน่าเชื่อถือของผลประเมินก็มากขึ้นว่านักศึกษาคนดังกล่าวมีระดับความรู้ ความสามารถหรือเจตคติที่ไม่ดีจริงๆ
4. ให้อาจารย์บันทึกระดับคะแนนในใบประเมินในช่วงเวลาที่อาจารย์ไม่อยู่ในสภาวะอารมณ์หงุดหงิด หิว หรือเหนื่อยล้า เนื่องจากอารมณ์ที่แปรปรวนมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ประเมินได้ ดังนั้นหากอาจารย์ตระหนักดีว่ากำลังไม่พอใจนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านคนใดซึ่งได้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการทำงาน ขอให้อาจารย์ชะลอการบันทึกคะแนนไว้ก่อน รอให้อารมณ์ และความรู้สึกริเริ่มของเราที่กลับสู่สภาวะปกติก่อน การตัดสินใจต่างๆในการให้คะแนนจะได้ทำได้อย่างปราศจากอคติ

5. ให้อาจารย์อ่านหัวข้อในใบประเมินและตัดสินคะแนนที่ละข้อ เนื่องจากหัวข้อต่างๆที่อยู่บนแบบประเมินแต่ละหัวข้อนั้นจะได้รับการออกแบบให้วัดผลความรู้ ทักษะ หรือเจตคติที่แตกต่างกันไป จึงไม่มีความจำเป็นที่คะแนนในแต่ละหัวข้อต้องสอดคล้องกัน อาจารย์สามารถให้คะแนนความรู้สูง แต่ มนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานต่ำก็ได้ ขอให้อาจารย์หลีกเลี่ยงวิธีการให้คะแนนแบบที่ทุกข้อได้คะแนนเท่ากันโดยไม่ได้พิจารณารายละเอียด
6. ให้อาจารย์ใช้มาตรฐานเดียวกันในการตัดสินคะแนนของนักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านในทุกกลุ่มที่ปฏิบัติงาน พยายามอย่าให้ปัจจัยอื่นนอกเหนือไปจากเกณฑ์ที่ระบุไว้ในแบบประเมินมีอิทธิพลทำให้เกิดความยืดหยุ่นในเกณฑ์การพิจารณาคะแนน ไม่ว่าจะเป็นความสนิทสนมส่วนตัว หรือ ความสามารถในมิติอื่น ๆ นอกเหนือไปจากหัวข้อที่กำหนดในแบบประเมิน
7. ให้อาจารย์ตัดสินคะแนนโดยไม่จำกัดช่วงคะแนน แต่ให้ใช้เกณฑ์ประเมินเป็นหลัก หากนักศึกษามีระดับความรู้ความสามารถไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ก็ควรประเมินคะแนนอยู่ในระดับไม่ผ่าน การประเมินผลตามจริงจะทำให้ได้คะแนนที่มีความเที่ยงสูง และแยกแยะระดับความรู้ ความสามารถของนักศึกษาได้ดีกว่าคะแนนที่มีค่าพอๆกันในนักศึกษาทุกคนไม่ว่าจะปฏิบัติงานดีหรือไม่ก็ตาม

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. Amin Z, Eng KH. *Basics in medical education*. Singapore: World Scientific Publishing; 2003.
2. Myford CM, Wolfe EW. Detecting and measuring rater effects using many-facet Rasch measurement: Part I. *J Appl Meas*. 2003;4:386 - 422.
3. Norcini J, Anderson B, Bollela V, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach*. 2011;33(3):206-214.
4. Rethans JJ, Norcini JJ, Baron-Maldonado M, et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ*. 2002;36(10):901-909.
5. Norcini J, Holmboe E. Work-based assessment. In: Cantillon P, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine, 2nd ed*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
6. Norcini J. Workplace assessment. In: Swanwick T, ed. *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
7. Turnbull J, Van Barneveld C. Assessment of clinical performance: In-training evaluation. In: Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DI, eds. *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: Kluwer academic publishers; 2002.
8. Mavis B. Assessing student performance. In: Jeffries WB, Huggett KN, eds. *An introduction to medical teaching*. Dordrecht: Springer; 2010.

16 Feb 2018

หัวข้อ : Teaching attitudes and ethics

การสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ (Teaching Attitude and Professionalism)

สุพจน์ พงศ์ประสพชัย

บทนำ

เจตคติ (attitude) และจรรยาวิชาชีพ (professionalism) เป็นองค์ประกอบ 1 ใน 3 ของการเป็นวิชาชีพใดๆ ที่ดีงามและพึงปรารถนาอันได้แก่ มีความรู้ดี มีทักษะดี และมีเจตคติดี ดูเหมือนว่าเจตคติเป็นด้านที่สำคัญที่สุดใน 3 ด้าน เนื่องจากเจตคติเป็นเข็มทิศที่จะชี้นำบุคคลให้นำความรู้และทักษะไปใช้ในทางที่ถูกต้อง ดีงาม เพื่อประโยชน์ส่วนรวม บุคคลที่มีความรู้และทักษะดีแต่เจตคติไม่ดีก็ไม่ต่างจากมหาโจรที่จะก่อให้เกิดความเลวร้ายได้อย่างมากมาย เนื่องจากการมีความรู้และทักษะที่ดีมาก

ในอดีตเรื่องเจตคติและจรรยาวิชาชีพมักไม่มีการสอนอย่างเป็นทางการ เป็นเรื่องเป็นราว มักอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน การได้ใกล้ชิดได้ซึมซับตัวอย่างดี ๆ (role model) จากครูผู้ศิษย์โดยตรง วิธีนี้ยั่งยืนมาได้หลายพันปี แต่ผลที่เห็นในปัจจุบันคือ วงการแพทย์เริ่มพบแพทย์ที่มีปัญหาทางเจตคติและจรรยาวิชาชีพมากขึ้นและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดความเคลือบแคลงและมีเสียงสะท้อนจากสังคม ซึ่งปฏิภานี่สำคัญยิ่ง เพราะความเป็นแพทย์นั้นเป็นอภิสิทธิ์ (privilege) ที่สังคมมอบให้แพทย์ด้วยความเต็มใจ แต่ไม่ใช่สิทธิ์ (right) ของแพทย์ ดังนั้นสังคมก็มีสิทธิ์ทวงคืนกลับไปได้ตลอดเวลาหากแพทย์ประพฤติตนไม่เหมาะสม ดังนั้นวงการแพทย์จึงควรเหลียวกลับมาดูว่า เราคงต้องมีการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพอย่างจริงจังมากกว่านี้ เพราะการสอนโดยรูปแบบ role model เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพออีกต่อไป

อุปสรรคของการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ

แม้เจตคติและจรรยาวิชาชีพจะมีความสำคัญที่สุด แต่กลับเป็นด้านที่ครูให้ความสำคัญในการสอนผู้เรียนน้อยที่สุด ครูมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในการสอน

ความรู้และทักษะเป็นหลัก จึงเหมือนว่าครูได้สอน “อาวุธ” อย่างครบครันแก่ผู้เรียน แต่หลงลืมให้คุณธรรมในการนำอาวุธนั้นไปใช้ อุปสรรคที่ทำให้ครูสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพแก่ผู้เรียนน้อยมีหลายประการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อุปสรรคของการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ

ไม่มั่นใจในนิยามหรือเกณฑ์
ประเมินและวัดได้ยาก
กลัวผู้เรียนเบื่อ ไม่สนใจ
การสอนด้วยวิธีธรรมดาไม่ได้ผล
ไม่ทราบวิธีการสอน
รู้สึกว่าคุณเองยังไม่ดีพอ
รู้สึกว่าไม่ใช่ธุระของตน

ไม่มั่นใจในนิยามหรือเกณฑ์

เกณฑ์การบอกว่าเจตคติดีหรือไม่ดีบางครั้งเป็นเรื่องยาก เพราะบางครั้งเกณฑ์อาจคลุมเครือ หรือแตกต่างกันในแต่ละสังคม เช่น แพทย์อาจถือว่าการใส่กระโปรงสั้นมาก รัศรูป ไม่ถูกต้อง แต่สิ่งเดียวกันเป็นที่ยอมรับในวิชาชีพอื่น เป็นต้น เกณฑ์บางอย่างอาจแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ตามการยอมรับ แต่ต้องคำนึงอยู่เสมอว่า สิ่งที่สังคมยอมรับ ไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่ถูกต้องเสมอไป เช่น การคอร์รัปชัน การโกหก ค่านิยมผิดๆ ในวัยรุ่น เป็นต้น นอกจากนี้เกณฑ์บางอย่างก็อาจเริ่มหย่อนยานหรือเลื่อนเมื่อเวลาผ่านไปหรือสังคมเปลี่ยนไป

การแก้ปัญหาที่คือ กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ควรกำหนดเกณฑ์ทางเจตคติหรือจรรยาวิชาชีพของตนให้ชัดเจน เพื่อเป็นเกณฑ์บรรทัดฐาน ตัวอย่างเกณฑ์จรรยาวิชาชีพที่สมาคมแพทยนานาชาติขณะนี้อ้างอิงถึงเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ เกณฑ์ที่เป็นความร่วมมือกันกำหนดกันโดย American Board of Internal Medicine, American College of Physicians และ European Federation of Internal Medicine ค.ศ. 2002¹ แต่ละสถาบันก็ควร

กำหนดนิยามของเจตคติและจรรยาวิชาชีพของตนให้ชัดเจนและแจ้งให้ทราบโดยทั่วกัน

ประเมินและวัดได้ยาก

การประเมินวัดผลทางเจตคติและจรรยาวิชาชีพไม่สามารถใช้การสอบข้อเขียน หรือสอบปฏิบัติได้ เพราะผู้เรียนที่เจตคติไม่ดี สามารถเสแสร้งให้ดูมีเจตคติดีได้ และมักตอบข้อสอบได้ดี การวัดผลจึงต้องทำโดยผู้เรียนไม่รู้ตัว เช่น ใช้การสังเกตจากครู เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ป่วย (การประเมิน 360 องศา) เป็นสำคัญ ในต่างประเทศอาจมีการประเมินโดยใช้ผู้ป่วยจำลองที่ได้รับการฝึกมาเป็นอย่างดีมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์โดยที่แพทย์ไม่รู้ตัว แล้วจึงทำการประเมินแพทย์ เป็นต้น

กลัวผู้เรียนเบื่อ ไม่สนใจ

ผู้เรียนอาจไม่ค่อยสนใจจริงๆ อาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญ ไม่เคยได้คิดทบทวนให้เห็นความสำคัญของเรื่องนี้อย่างจริงจัง ไม่มีการสอบหรือประเมินผล ซึ่งถ้าให้มีการประเมินและสอบเรื่องเจตคติและจรรยาวิชาชีพอย่างจริงจัง ผู้เรียนก็จะให้ความสนใจมากขึ้นเอง แต่ที่สำคัญคือ ครูเองก็ไม่ค่อยคิดจะสอนด้วย เพราะครูอาจรู้สึกว่าการสอนเรื่องนี้แล้วจะน่าเบื่อ ไม่น่าสนใจ ซึ่งไม่เป็นความจริงนัก การสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพเป็นเรื่องดีงาม อาจมีความจริงจัง อาจมีความซาบซึ้ง สะเทือนใจ แต่ไม่ใช่ต้องเครียด การสอนเรื่องนี้ไม่จำเป็นต้องน่าเบื่อได้

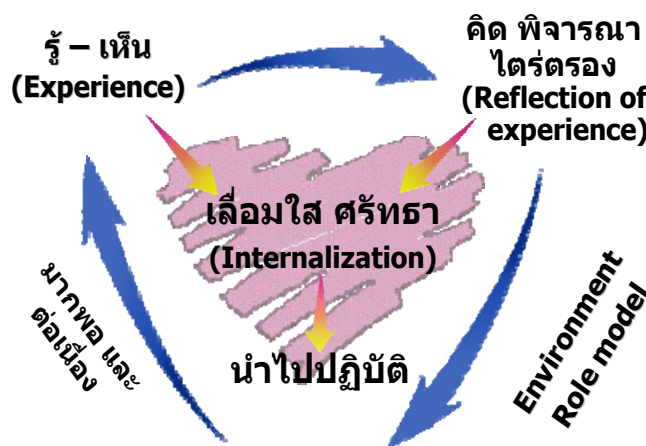
เป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม การสอนด้วยวิธีธรรมดาไม่ได้ผล

เจตคติและจรรยาวิชาชีพเป็นนามธรรมจริง และเป็นการสอนที่ “ใจ” ไม่ใช่ที่ “สมอง” แบบการสอนความรู้หรือทักษะ แต่เป็นเรื่องที่สอนได้² การสอนแบบบรรยายหรือให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเจตคติ (cognitive-based professionalism) อย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ก็ยังมีความจำเป็นต้องมี^{1, 3, 4} เพราะเป็นการทำให้ผู้เรียนทุกคนรับทราบการมีอยู่ของมัน ความสำคัญ ที่มา เหตุผล และข้อบังคับต่างๆ ที่มีอยู่ และควรพูดเป็นสิ่งแรกในการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ^{5, 6}

การสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพไม่ใช่การสอนในห้องเรียน แต่ต้องใช้การสอนแบบ situated หรือ experiential learning⁷ ซึ่งประกอบด้วย

1. ต้องให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ (experience) ไม่ว่าจะเป็นการได้เห็น ได้ฟัง หรือประสบด้วยตัวเอง
2. ผู้เรียนต้องได้คิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง และสะท้อนความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ (reflection of experience) ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับให้กลายเป็นจิตสำนึกที่ยั่งยืน
3. ต้องประสบซ้ำๆ อย่างมากพอและต่อเนื่อง (repetitive-continuous) โดยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อ และมีตัวอย่าง (role model) ที่มากพอและต่อเนื่อง
4. ผู้เรียนเชื่อ ศรัทธา และนำสิ่งนั้นเข้าไปในใจ (internalization) และนำไปเปลี่ยนพฤติกรรมของตน^{5, 6}

(ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 หลักการสอนเจตคติโดยวิธี experiential learning

รู้สึกว่าคุณเองยังไม่ดีพอ

ครูจำนวนมากไม่กล้าสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพเพราะคิดว่าตนเองไม่ดีพอ ไม่มีใครดีพร้อมทุกด้าน แต่ทุกคนสามารถสอนเจตคติที่ดีๆ และเป็น role model แก่ผู้เรียนได้เสมอ (role model หมายถึง บุคคลคนหนึ่งที่มีสิ่งที่ตนแสดงออก กลายเป็นแบบอย่างให้กับอีกคนหนึ่ง) โดยเฉพาะด้านที่ตนทำได้และเป็นตัวอย่างที่ดีได้ ไม่มีใครรู้ว่าตัวท่านกำลังเป็น role model ให้ใครอยู่ เพราะผู้ที่เป็นคนเลือก role model คือผู้เรียน ไม่ใช่ครู ครูจึงควรทำตนให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าครูทำตัวเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี ครูก็อาจกำลังเป็น role model ปลุกฝังสิ่งที่ไม่ดีนั้นแก่ผู้เรียนหลายๆ คนได้เช่นกัน⁸

รู้สึกว่าไม่ใช่ฐานะของตน

การสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพไม่ใช่ฐานะของใครคนหนึ่ง ไม่ใช่หน้าที่ของแพทย์อาวุโส ไม่ใช่หน้าที่ของครูวิชาจริยธรรม ยิ่งสอนหลายคน ยิ่งแสดงตัวอย่างให้ดูหลายคน ยิ่งได้ผล ยิ่งมีประสิทธิภาพ เพราะจะทำให้บรรยากาศอบอุ่นไปด้วยตัวอย่างที่ดีๆ ครูอายุหน่อยอาจสอนเจตคติได้ดีกว่าครูอาวุโส ด้วยวัยที่ไม่ต่างกันมากทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้เรียนได้มากกว่า ผู้เรียนอาจเชื่อมากกว่า ควรสอนเจตคติให้รู้สึกเหมือนพี่สอนน้อง พี่รักน้องพี่ก็จะสอนน้อง ถ้าเห็นน้องทำตัวไม่ดี ผู้เป็นพี่ก็จะไม่ลังเลที่จะวักกล่าวตักเตือนน้อง

การจัดการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ

มีการจัดได้ 2 แบบคือ

1. **Formal curriculum** คือ จัดเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรอย่างชัดเจน ได้แก่

1.1. สถาบันต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ อย่างเต็มที่ และประสานเสียงกันในทุกส่วน มีใช้ต่างคนต่างสอน

1.2. กำหนดนิยามหรือกฎเกณฑ์ทางจริยธรรมวิชาชีพให้ชัดเจน และมีการสอนหรือแจ้งให้ทราบอย่างชัดเจน^{1, 5, 6}

1.3. มีการวัดผลและประเมินผล

1.4. มีบทบาทปฏิบัติ ตักเตือน หรือลงโทษผู้ที่มีปัญหาทางเจตคติและจรรยาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นผู้เรียนหรือแม้แต่ครูเอง

1.5. การเรียนอภิปรายกลุ่มย่อย เช่น อภิปรายปัญหาทางจริยธรรมจากกรณีศึกษา⁹ จากข่าวในหนังสือพิมพ์ การแสดง (role play), interactive virtual patient¹⁰ และจากศิลปะหรือภาพยนตร์¹¹ เป็นต้น โดยหัวใจสำคัญคือ ต้องให้ผู้เรียนได้สะท้อนความรู้สึก (reflection) ออกมาด้วยตนเอง โดยมีครูคอยชี้แนะ แต่มีข้อบอกล่าวหรือชี้แนะ

1.6. การจัดกิจกรรมพิเศษ เช่น กิจกรรมให้ผู้เรียนได้พูดคุยสอบถามกับผู้ป่วยถึงประเด็นทางจริยธรรมของแพทย์ ให้ผู้เรียนพาผู้ป่วยไปตรวจผู้ป่วยนอกแบบชีวิตจริง เพื่อจะได้เข้าใจความยากลำบากของผู้ป่วย เป็นต้น

1.7. หนังสืออ่านนอกเวลา ที่ให้แรงบันดาลใจด้านเจตคติและจรรยาวิชาชีพ¹¹

1.8. หนังสือประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ การให้ผู้เรียนได้ศึกษาประวัติศาสตร์ของวิชาชีพแพทย์ จะช่วยให้ผู้เรียนได้ระลึก ตระหนักถึงเกียรติภูมิ และจรรยาแพทย์ที่บูรพคณาจารย์ได้พยายามผดุงไว้ยิ่งกว่าชีวิตจนมาถึงแพทย์รุ่นเรา

2. Hidden curriculum เป็นการสอนที่ไม่ได้อยู่ในหลักสูตรอย่างเป็นทางการ แต่แทรกซึมอยู่ใน

หลายๆ ที่ หลายๆ เวลา แต่เป็นวิธีที่ได้ผลยิ่งกว่า formal curriculum ตัวอย่างเช่น

2.1. การให้ผู้เรียนได้ประสบ ได้เห็น ได้ฟัง (experience) ประเด็นทางเจตคติและจรรยาวิชาชีพเมื่อมีโอกาสทอง (teachable moment) ช่วงใดก็ตามในระหว่างปฏิบัติงาน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้สะท้อนความรู้สึก (reflection) โดยมีครูหรือรุ่นพี่เป็นผู้ชี้แนะ

2.2. การจัดสิ่งแวดล้อม (environment) ให้เอื้อให้คนเกิดกำลังใจที่จะทำสิ่งดีงามและเกรงกลัวต่อการทำไม่ดี เช่น มีบรรยากาศ มีกิจกรรม มีพิธีการ (เช่น การกล่าวสัตย์ปฏิญาณตน, white coat ceremony เป็นต้น) มีการยกย่องคนดี (เช่น การกล่าวยกย่อง การมอบรางวัลแพทย์ดีเด่น เป็นต้น)

2.3. เรื่องเล่าสู่กันฟัง (parable) ได้แก่ เรื่องดีๆ เรื่องที่สร้างสรรค์ ข้อคิด อุทาหรณ์ต่างๆ ให้ฟังกัน จากครูผู้ศิษย์ จากที่สู่นองระหว่างการเรียนหรือการทำงาน

2.4. การทำให้ดู (role modeling) เป็นวิธีที่สำคัญที่สุดและทรงประสิทธิภาพที่สุดในการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพและสามารถเปลี่ยนชีวิตของแพทย์คนหนึ่งๆได้เลย อย่างไรก็ตามการสอนโดยเป็น role model ให้ดูอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ แต่ควรร่วมกับให้ผู้เรียนได้สะท้อนความรู้สึกต่อบทบาทที่ผู้เรียนเห็นด้วย¹² ครูทุกคนสามารถเป็น role model ได้ จึงควรให้กำลังใจให้แรงบันดาลใจแก่กันและกันในกลุ่มครูที่จะช่วยกันประพฤติดีๆ ทำสิ่งดีๆ เพื่อเป็น role model ที่ดีแก่ลูกศิษย์อย่างพร้อมหน้ากัน ไม่ต้องวิตกว่า เราไม่ดีพอ ไม่ต้องวิตกว่าเราไม่มีเวลา เพราะปัจจัยที่ทำให้ครูคนหนึ่งกลายเป็น role model ของผู้เรียนคนหนึ่งนั้นไม่ขึ้นกับระยะเวลา (duration) ที่ทั้งสองได้พบหรือมีปฏิสัมพันธ์กัน แต่อยู่ที่การมีช่วงเวลาร่วมกันที่มีคุณค่าและมีความประทับใจเป็นสำคัญ

สรุป

เจตคติและจรรยาวิชาชีพเป็นเรื่องที่ครูต้องสอนศิษย์ เป็นหน้าที่ของครูทุกคนและทุกคนสามารถสอนได้ วิธีการสอนเจตคติและจรรยาวิชาชีพ ได้แก่ การกำหนดนิยามหรือเกณฑ์ที่ชัดเจน มีการสอนหรือแจ้งให้ทราบอย่างชัดเจน แต่การสอนที่สำคัญที่สุดคือ การให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ไม่ว่าด้วยการเห็น ฟัง หรือประสบโดยตรง ได้สะท้อนความรู้สึก ต่อเนื่องซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเข้าใจและนำไปปฏิบัติ วิธีการสอนที่มีพลังที่สุดคือการเป็น role model

The mediocre teacher tells.

The good teacher explains.

The superior teacher demonstrates.

The great teacher inspires.

William Arthur Ward

เอกสารอ้างอิง

1. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
2. Collier R. Professionalism: can it be taught? *CMAJ* 2012;184:1234-6.
3. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997;315:1674-7.
4. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000;75:612-6.
5. Cruess RL. Teaching professionalism: theory, principles, and practices. *Clin Orthop Relat Res* 2006;449:177-85.
6. Cruess RL, Cruess SR. Teaching professionalism: general principles. *Med Teach* 2006;28:205-8.
7. Maudsley G, Strivens J. Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. *Med Educ* 2000;34:535-44.
8. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med* 1994;69:670-9.
9. Gunderman RB, Brown BP. Teaching professionalism through case studies. *Acad Radiol* 2013;20:1183-5.
10. McEvoy M, Butler B, MacCarrick G. Teaching professionalism through virtual means. *Clin Teach* 2012;9:32-6.
11. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286:1897-902.
12. Stern DT, Papadakis M. The developing physician--becoming a professional. *N Engl J Med* 2006;355:1794-9.

กระดาษบันทึก

กระดาษบันทึก

Question & Comments

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ศศว)

Siriraj Health science Education Excellence Center (SHEE)

ฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำนักงาน: ตึก อุดมยเดชวิกรม ชั้น 6 ห้อง 656

โทรศัพท์ 02-419-9978/ 02-419-6637 โทรสาร 02-412-3901



shee.si.mahidol.ac.th



shee.mahidol@gmail.com



[mahidol.shee](https://www.facebook.com/mahidol.shee)



SHEE FC

