

آیا حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی را می‌توان آموزش داد؟ مروری بر متون

شهناز شوشتری‌زاده، علیرضایوسفی*، نرگس کشتی‌آرای

چکیده

مقدمه: در طول دو دهه گذشته اعضای جامعه آموزش پزشکی زمان و تلاش زیادی صرف نمودند تا تضمین کنند که حرفه‌ای‌گرایی پزشکی به دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها تلقین می‌شود. یک سری اصول تربیتی وجود دارد که در زمینه آموزش حرفه‌ای‌گرایی در مقطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی اعمال می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی امکان‌پذیری آموزش حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی و چگونگی آن صورت پذیرفت.

روش‌ها: در این مطالعه مروری با کلید واژه‌های انگلیسی و فارسی پروفشنالیسم (حرفه‌ای‌گرایی / حرفه‌ای‌گری)، حرفه‌ای‌گرایی پزشکی، آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، برنامه درسی اخلاق پزشکی در پایگاه داده‌های الکترونیک، ERIC، SID، Magiran، Medlib، Web of Science، Medline، Scopus در ۲۰ سال گذشته در فاصله سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ جستجو و انتخاب صورت پذیرفت. از مجموع ۶۰ مقاله و چهار e-book به دست آمده به این ترتیب، مستندات ۲۸ مقاله و دو کتاب مرتبط، استخراج گردید.

نتایج: مرور متون تخصصی ۲۸ مقاله و دو کتاب در موضوع مورد مطالعه، نشان داد که حرفه‌ای‌گرایی در آموزش پزشکی در دو قالب رویکرد صریح و ضمنی به وقوع می‌پیوندد. حاصل این اتفاق، پزشک به عنوان «فرد حرفه‌ای» با تمام ویژگی‌های آن است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، حرکت در راستای آموزه‌های تئوری یادگیری موقعیتی نشان می‌دهد که بایستی بین آموزش صریح و روشن رکن شناختی حرفه‌ای‌گرایی و ایجاد فرصت‌هایی برای رخ دادن یادگیری در محیط واقعی تعادل برقرار شود. در این جهت برنامه درسی آموزش پزشکی نیازمند تحول است.

واژه‌های کلیدی: حرفه‌ای‌گرایی، حرفه‌ای‌گرایی پزشکی، حرفه‌ای‌گری، آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، برنامه درسی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ۱۳۹۷؛ ۱۸ (۲۹): ۲۶۹ تا ۲۸۱

مقدمه

در سال‌های اخیر به موضوع حرفه‌ای‌گرایی در آموزش پزشکی و حرفه پزشکی توجه زیادی شده است. بسیاری از ساختارهای حرفه‌ای از جمله ABIM (American Board of Internal Medicine) و AAMC (Association of American Medical Colleges) در این باب سازمان‌دهی نموده‌اند و همچنین کوشش‌های زیادی در این زمینه صورت پذیرفته است. کوشش‌هایی از قبیل وارد نمودن محورهای فعالیت‌های مختلفی در برنامه درسی که بر حرفه‌ای‌گرایی تمرکز دارد، تدوین ابزارهای ارزیابی برای تشخیص، تمیز و به کمیت درآوردن رفتارهای حرفه‌ای از غیرحرفه‌ای، اجرای

ACGME (Accreditation Council of Graduate Medical Education) ACP (American College of Physicians) AMA (American Medical Association) CMA (Canadian Medical Association) کنفرانس‌های ویژه‌ای را در نشست‌های سالانه خود در این باب سازمان‌دهی نموده‌اند و همچنین کوشش‌های زیادی در این زمینه صورت پذیرفته است. کوشش‌هایی از قبیل وارد نمودن محورهای فعالیت‌های مختلفی در برنامه درسی که بر حرفه‌ای‌گرایی تمرکز دارد، تدوین ابزارهای ارزیابی برای تشخیص، تمیز و به کمیت درآوردن رفتارهای حرفه‌ای از غیرحرفه‌ای، اجرای

*نویسنده مسؤل: دکتر علیرضا یوسفی (استاد)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. aryousefy@gmail.com
شهناز شوشتری‌زاده، دانشجوی دکتری تخصصی فلسفه تعلیم و تربیت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (shoostari1346@gmail.com)؛ دکتر نرگس کشتی‌آرای (دانشیار)، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (n_keshtiara@khuif.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۲۱، تاریخ اصلاحیه: ۹۶/۱۲/۲۶، تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۳

آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، برنامه درسی، اخلاق پزشکی در پایگاه داده‌های الکترونیک، SID, Magiran, Web of Medline, Scopus, ERIC, Medlib, Science و با استفاده از موتور جستجوی google و google scholar جستجو در بازه زمانی ۲۰ ساله ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ در متون انگلیسی و فارسی اعم از کتاب و مقاله صورت پذیرفت. استخراج مطالب از متن کامل مقالات انجام پذیرفت؛ به این صورت که ابتدا چکیده هر مقاله، مورد مطالعه قرار گرفت و در صورت مرتبط بودن آن، کل مقاله مورد بررسی قرار گرفت و در صورت برخوردار بودن از حداقل‌های یک مقاله معتبر از جمله مرتبط بودن مطالب، برخورداری از یک ساختار منسجم، برخورداری از غنا و نوآوری و ارائه شواهد و مفاد کافی هم در روش و هم در محتوا، وارد مطالعه گردید.

مقالات یافت شده در سه محور پرداختن به مفهوم حرفه‌ای‌گرایی و حرفه‌ای‌گرایی پزشکی، پرداختن به ارزیابی تحقق این مفاهیم در حرفه‌ای‌ها و حرفه‌ای‌های پزشکی و پرداختن به جایگاه و گنجاندن این مفاهیم در برنامه درسی پزشکی جستجو گردیدند که به این ترتیب و با اعمال این طبقه‌بندی در جستجو و استخراج مطالب مرتبط، از یک الگوی خاص تبعیت شد. با این روش حاصل جستجو چهار e-book و ۶۰ مقاله بود که با بررسی نهایی مرتبط‌ترین منابع با حرفه‌ای‌گرایی پزشکی و آموزش آن، دو کتاب و ۲۸ مقاله به دست آمد که مورد بررسی و استخراج مطالب در راستای تحقق هدف مطالعه حاضر قرار گرفت.

نتایج

حاصل مطالعه و بررسی دو کتاب و ۲۸ مقاله در نهایت را می‌توان چنین شرح داد: حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی امروزه به روز شده است، ولی جنبش تدریس و ارزیابی آن برای مدرسان پزشکی به یک معما تبدیل شده است (۱). در راستای حل این معما به نظر می‌رسد بررسی نطه‌های

روش‌های نمادینی در راستای گرویدن دانشجویان و دستیاران پزشکی به عضویت در حرفه پزشکی از قبیل جشن روپوش سفید و قرائت سوگند (سوگند بقراط یا معادل امروزی آن)؛ چنین اقداماتی همگی خوب و به جا بوده‌اند، ولی قطعاً کافی نیستند، زیرا چنانچه دانشجویان و دستیاران در محیط‌های آموزش بالینی سرشار از والاترین ایده‌های حرفه‌ای‌گرایی پزشکی غرق نگردند، بعید خواهد بود اکثر آنها بعد از اتمام دوره آموزشی به این ایده‌آل‌ها پای‌بند بمانند. البته مسلم است ایجاد چنین محیط‌های آموزشی بالینی، کاری بس دشوار است لیکن مرور سیر تلاش‌های صورت پذیرفته شده در راستای بررسی امکان‌پذیری و چگونگی آموزش حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی به منظور ایجاد تغییر در برنامه آموزش پزشکی و تبدیل آن به برنامه آموزشی و درسی کارآمد که تربیت یافته‌ی آن یک «فرد حرفه‌ای» است به نظر ضروری می‌رسد.

در بیان ضرورت و اهمیت استخراج حقایق علمی در حوزه حرفه‌ای‌گرایی پزشکی و جایگاه آن در آموزش پزشکی همین بس که پروفشنالیسم "قلب پزشک خوب بودن" ("medical professionalism lies at the heart of being a good doctor") است. آموزش پزشکی چنانچه منجر به تربیت فرد "حرفه‌ای" در پزشکی شود به هدف نائل گردیده است. زیرا بنا بر تعریف فرد "حرفه‌ای" فرد مجهز به پیکره دانش تخصصی رشته، متبحر در مهارت‌های مورد انتظار حرفه و متخلق به اخلاق حرفه‌ای است. مطالعه حاضر با هدف بررسی امکان‌پذیری آموزش حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی و چگونگی آن صورت پذیرفت.

روش‌ها

در این مطالعه مروری (Narrative) جهت دستیابی به متون و مقالات مرتبط، با کلیدواژه‌های انگلیسی و فارسی حرفه‌ای‌گرایی (پروفشنالیسم)، حرفه‌ای‌گرایی پزشکی،

شمار می‌رود. طبق توصیه‌ی مادسلی و استری ونس (Maudsley & Strivens) ظاهراً از میان نظریه‌های تربیتی موجود، نظریه‌ی «یادگیری موقعیتی» (situated learning theory) مؤثرترین مدل را برای کمک به طراحی طرح‌هایی توصیف می‌کند که هدفشان تبدیل دانشجویان از اعضای عادی عامه‌ی مردم (یا غیرمتخصص) به اعضای کارشناس یک حرفه است که هم مهارت‌های لازم را کسب کرده باشند و هم به مجموعه‌ی مشترکی از ارزش‌ها پای‌بند باشند (۱۱).

طبق این نظریه، یادگیری را می‌بایست در آن دسته از فعالیت‌های واقعی گنجانده که به تبدیل دانش از انتزاعی و نظری به کاربردی و مفید کمک می‌کند. به عقیده‌ی طرفداران این نظریه، می‌بایست بین آموزش/ تدریس صریح یک موضوع و فعالیت‌هایی که دانش فراگرفته شده در محیط واقعی به کار برده می‌شود، تعادل برقرار گردد (۱۲). هم‌سو با این تفکر و براساس این عقیده که ابعاد رفتاری و مبتنی بر ارزش روش عملکرد بالینی به توجهی هدف‌مند نیاز دارد، دانشکده مک گیل (MC Gill) برنامه درسی پزشکی مقطع کارشناسی را بر مبنای «طبابت نمودن/ پزشکی کردن» (Physicianship) و به روش تکرار شونده و فزاینده تدوین نمود و به کار گرفت. «فیزیشین شیپ» واژه‌ای نیست که کاربرد عمومی داشته باشد و مستلزم تعریف است. این واژه سه معنا گرفته است: ۱) «فیزیشین‌شیپ» باز نمود چشم‌انداز منحصر به فرد از چیزی است که ذات حکم پزشکی، یعنی شفا و تسکین رنج و عذاب ملاحظه می‌شود (۱۳). فیزیشن شیپ تصدیق و تصریح می‌کند که اطباء نقش دوگانه‌ای دارند، یعنی شفاگر (healer) و حرفه‌ای (professional)، ۲) باید با صراحت آموخته شود و مدعی مجموعه صفات رفتاری است که برای تحقق هرکدام لازم و ضروری است (۱۴). ۳) فیزیشن شیپ در بعد کاریکولار (مربوط به برنامه درسی) تشکیل شده است از مجموعه‌ای از درس‌ها از جمله کورس مشورتی طولی که کارآموزی پزشک نام

موجود در آموزش حرفه‌ای‌گرایی پزشکی راه‌گشا باشد. آثار و نوشته‌ها چندین رویکرد را نشان می‌دهند که اگر قرار است حرفه‌ای‌گرایی به طور اثربخش آموخته شود و ملکه‌ی ذهن دانشجویان گردد، می‌بایست در نظر گرفته شوند (۲). بررسی متون و ادبیات تخصصی در زمینه حرفه‌ای‌گرایی پزشکی و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که آموزش و انتقال مبانی و مولفه‌های حرفه‌ای‌گرایی پزشکی به دو صورت صریح و ضمنی (explicit & implicit) در طول دوره‌ی آموزشی پزشکی و تربیت پزشک صورت می‌پذیرد. به عبارتی برنامه درسی رسمی، غیررسمی و پنهان (formal, informal and hidden curriculum) هر سه در این امر دخیل هستند.

اولین رویکرد در حرفه‌ای‌گرایی در آموزش پزشکی رویکرد آموزش صریح این مفهوم است.

آموزش صریح: یکی از مکاتب فکری معاصر بر لزوم آموزش صریح حرفه‌ای‌گرایی و در نتیجه استفاده از تعاریف حرفه‌ای‌گرایی یا خلاصه نمودن آن به صورت فهرستی از صفات یا ویژگی‌ها تأکید نموده است (۷ تا ۳). یعنی بعضی از پژوهشگران حوزه‌ی حرفه‌ای‌گرایی پزشکی معتقدند که حرفه‌ای‌گرایی را باید به طور صریح آموزش داد. چرا که پزشکان با اثبات شکست‌های مستمرشان نشان داده‌اند که الزامات مربوط به حرفه‌ای‌گرایی معاصر را نمی‌شناسند (۸ تا ۱۰). این مکتب بر آن است تا تضمین نماید که آحاد پزشکان ماهیت حرفه‌ای‌گرایی، اساس آن در فلسفه‌ی اخلاق، دلائل وجود آن، ویژگی‌های آن و ملزومات لازم جهت صیانت از آن را درک می‌کنند. آن را می‌توان رکن شناختی حرفه‌ای‌گرایی نامید. برحسب این عقیده، موضوعی که قرار است آموخته شود اول باید بیان شود (۳).

این اعتقاد وجود دارد که آموزش رکن شناختی حرفه‌ای‌گرایی و ایجاد فرصت‌هایی در راستای ملکه‌ی ذهن ساختن ارزش‌ها و رفتارهای آن اساس و بنیاد سازمان‌دهی آموزش حرفه‌ای‌گرایی در کلیه‌ی سطوح به

بالینی واقعی و ۴) تأمین پرورش مناسب فرهنگ سازمانی. این چهار شرط دقیقاً همان مواردی هستند که برنامه فیزیشن شیپ تلاش کرده است، تأمین نماید (۱۸).

طبق گفته‌ی هافرتی (Hafferty) فرهنگ‌آموزی (enculturation) دانشجوی را می‌توان در سطح برنامه درسی رسمی و غیررسمی و همچنین برنامه درسی پنهان شناخت و تحلیل نمود. برنامه درسی پنهان بازتابی از آداب (Etos) فرهنگی سازمان آموزشی تربیتی به شمار می‌رود. فرهنگ آموزشی به سرعت آغاز می‌شود، از همان آغاز روند درخواست برای ورود به دانشکده‌ی پزشکی (۱۹).

ایده‌ی تکوین (formation) در کانون این آموزش قرار دارد. فراگیری در معنای تکوینی عبارت است از روندی که به موجب آن دانشجوی با نوع معینی از تفکر، احساس و عمل موجودیت می‌یابد (۲۰). مسیر تحول در محیط آموزش پزشکی از یک فرد عادی و خارج از سلک به سمت شفاگر (lay person to a healer) است؛ این مسیر در راستای کسب عادت -ردا و شخصیت یا مشرب- پزشک (the character or disposition- of the physician) است.

ابزار وابسته به روش تربیتی سقراط (فن زنده کردن نگرش‌های شخص به وسیله پرسش و پاسخ) که برای نیل به این غایات به کار برده می‌شود، براساس نوآوری‌هایی است که در میان آنها نویسندگی خلاقانه با هدف پرورش شناخت و فهم روایتی ابزار اصلی به شمار می‌رود (۱۳) و این همان اندیشه‌ی کینگ هورن است مبنی بر این که «ارشاد و راهنمایی اخلاقی صریح، در عرصه واقعی و با زمینه‌ی عینی» برای آموزش پزشکی به عنوان شکل‌گیری تکوین اخلاقی (۱۸).

دومین رویکرد در آموزش حرفه‌ای‌گری پزشکی رویکرد آموزش نه صریح بلکه ضمنی است.

آموزش ضمنی: برخی محققین معتقدند، باید به آموزش حرفه‌ای‌گرایی عمدتاً به عنوان یک جهاد اخلاقی (moral

درد (۱۳). به این ترتیب کاریکولوم ۱۹۹۷ در دانشگاه مک‌گیل کشور کانادا به تدریس صریح حرفه‌ای‌گرایی اختصاص داشت.

در زمینه‌ی تدریس "فیزیشن شیپ" در این دانشگاه یک طرح اولیه‌ی تربیتی تدوین گردید و به کار گرفته شد (۱۴). جهت و محتوای آن نیز از تعاریف و صفات شفاگر و حرفه‌ای استنتاج شد. انتقال اساس شناختی این دو مفهوم بخش‌های مهمی از کاریکولم به شمار می‌روند، زیرا این دو فرصت‌های متناسب با هر مرحله را برای یادگیری تجربی در هر دو حوزه فراهم می‌سازند (۱۵). اجزای تشکیل دهنده‌ی این برنامه از جمله رویکرد تدریس مشاهده‌ی بالینی، گوش دادن ماهرانه و تفکر بالینی نیز توصیف شده‌اند (۱۶ و ۱۷).

لوگویی در سال ۲۰۰۵ طبق طرح فیزیشن شیپ در مک‌گیل تهیه شد. یکی از مشخصه‌های این لوگو یعنی واژه‌ی فرونسیس ("phronesis") یک مایه مهم تکراری (leitmotiffor) مفید برای آموزش و پرورش (pedagogy) محسوب می‌شد. فرونسیس، که ریشه و سرچشمه در فلسفه‌ی ارسطویی دارد برابر با واژه‌ی انگلیسی prudence (ملاحظه و پروا) است؛ آن را «خرد عملی در برخورد با افراد ویژه، مشکلات خاص و جزییات موارد کاربردی یا موقعیت‌های واقعی» تعریف کرده‌اند (۱۳). به ارتباط این مفهوم با عملکرد پزشکی، به خصوص در زمینه‌ی زیست اخلاق و استدلال بالینی به طور فزاینده‌ای پی برده شده است (۱۳).

طبق استدلال کینگ هورن (Kinghorn) می‌بایست بین تعالی عقلانی و اخلاقی، یادگیری شناختی و تجربی و دانش عملی و نظری تعادل برقرار ساخت. دستورالعمل وی در زمینه‌ی پرورش و کسب فرونسیس را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود: ۱) گرفتن دانشجویان دارای شخصیت اخلاقی نیکو (۲) آموزش و ارشاد آنها با تکیه بر استادان برخوردار از تعالی بالینی و اخلاقی (۳) انتقال اساس شناختی حرفه‌ای‌گرایی و پیوند دادن آن به تجارب

درک کنند. علاوه بر این، به منظور ترویج با خوداندیشیدن و تأمل و بازاندیشی (۲۵) و بالا بردن «توجه و در خاطر داشتن» ("mindfulness") می‌بایست فرصت‌هایی بر اساس یک روال منظم برای یادگیری تجربی فراهم گردد تا حرفه‌ای‌گرایی فقط به صورت یک مفهوم نظری یا در حاشیه باقی نماند. هویت حرفه‌ای در اثر ترکیب تجربه و تعمق آگاهانه روی تجربه حاصل می‌شود. بنابراین، یکی از اهداف اصلی آموزش پزشکی می‌بایست تدارک فرصت‌های چندگانه و متناسب با مرحله‌ی آموزش در جهت کسب تجربه در زمینه‌ی مفاهیم و اصول حرفه‌ای‌گرایی و تعمق روی آن باشد (۲۱ و ۲۶). در همین راستا است که هیلتون و اسلوتنیک (Hilton & Slotnick) مفهومی ملهم از فلسفه‌ی ارسطویی را معرفی می‌نمایند. همان طور که قبلاً نیز اشاره گردید، ارسطو در اخلاق نیکوماخس حکمت عملی را، که مسلماً شرط لازم فرد حرفه‌ای در عمل است "فرونسیس" می‌خواند. فرونسیس از دو مقوله یعنی تجربه و تعمق روی تجربه، که با پایه‌ی دانش و مهارت در حال تحول حرفه‌ای در تعامل متقابل است، نشأت می‌گیرد. آنان می‌افزایند حرفه‌ای‌گرایی حالتی است که فقط پس از یک دوره‌ی طولانی یادگیری، تعلیم و تجربه‌ی توأم با تأمل، تعمق و بازاندیشانه حاصل می‌شود. دوره‌ای که به پروفشنالیسم منتهی می‌شود، پروتو- پروفشنالیسم (proto- professionalism) محسوب می‌شود (۲۵). به عقیده آنان پروتو- پروفشنالیسم از دیدگاه یادگیرنده در مورد رشد هویت (یعنی آنچه فرد انجام می‌دهد و روشی که فرد با دیگران رابطه برقرار می‌کند) است. پروتو- پروفشنالیسم به نوبه‌ی خود تابعی از دانش و مهارت‌هایی است که در اثر یادگیری و تجربه و فرونسیس ناشی از تعمق بر آن تجربه به دست می‌آید. به نظر آنان رشد هویت حرفه‌ای حاصل دو روند همزمان یعنی به دست آوردن و از دست دادن است. محیط کار و محیط آموزش کسب و نگهداری حرفه‌ای‌گرایی را به

endeavor)، و در نتیجه تأکید بر نوع دوستی و خدمت، تأکید بر اهمیت سرمشق‌سازی (role modeling)، تلاش در راستای توسعه و ترویج خودآگاهی، خدمت اجتماعی و سایر روش‌های کسب دانش تجربی نگاه کرد (۲۱ و ۲۱). آنان توجه چندانی به آموزش صریح ننموده‌اند. آنها به دنبال گنجانیدن یادگیری در فعالیت واقعی هستند و بر سودمندی دانش تأکید می‌کنند.

درست است که تأکید بیش از حد بر تفاوت بین این دو رویکرد کاری بس اشتباه است، ولی این تفاوت‌ها وجود دارد. آموزش رکن شناختی حرفه‌ای‌گرایی کار دشواری نیست. ایجاد محیطی که روند اجتماعی‌سازی (socialization) به مثبت‌ترین معنایش در آن حادث شود، کاری بس دشوارتر است. چگونگی ایفای این امر به بهترین نحو چالش اصلی مدرسان پزشکی در زمان حاضر به شمار می‌رود. حرفه‌ای‌گرایی بنیاد فرآیند اجتماعی‌سازی به شمار می‌رود که افراد طی آن ارزش‌ها، نگرش‌ها، علائق، مهارت‌ها و دانش و فرهنگ اقماری را کسب می‌کنند که قصد دارند عضوی از آن شوند (۲۲ و ۲۳).

آموزش حرفه‌ای‌گرایی می‌بایست با این تشخیص آغاز گردد که رکن شناختی حرفه‌ای‌گرایی را باید به طور صریح و روشن آموزش داد و آنگاه دانشجو باید از طریق یادگیری تجربی آن را تقویت کرده و ملکه‌ی ذهن خویش سازد. بدین ترتیب لازم است تا برای حمایت و پشتیبانی از طرح آموزش حرفه‌ای‌گرایی در سرتاسر روند تربیتی یک تعهد سازمانی مستحکم وجود داشته باشد. این مسأله هم برای پزشکی و هم برای جامعه حائز اهمیت است، زیرا «حرفه‌ای‌گرایی پزشکی» قلب «پزشک خوب بودن» به شمار می‌رود (۲۴).

اساس شناختی می‌بایستی تعریف و منتقل گردد به طوری که پزشکان طبیعت و ماهیت حرفه‌ای‌گرایی، رابطه‌ی آن با قرارداد اجتماعی پزشکی و تعهداتی که می‌بایست برای زنده ماندن حرفه‌ای‌گری رعایت گردند، را

روش‌های مثبت (به دست آوردن) و منفی (از دست دادن) شکل می‌دهد.

به دست آوردن: در مورد تأثیرات مثبت، دامنه‌ای از طراحی برنامه درسی تا محیط کلینیکی را دربر می‌گیرد. لایوی و وینگر (Lave and Wenger) به یادگیری به طور کلی در مشاغل اشاره می‌کنند که یادگیرندگان باید از حاشیه شروع کنند و به سمت مرکز بروند (۲۵). این حرکت از پیرامون به سمت مرکزیت، هویت‌های مختلفی را با خود حمل می‌کند. اعمال و تعاملات یادگیرندگان در هر مرحله تجربیاتی را با خود به همراه دارد و فرصت‌هایی را برای تعمق فراهم می‌سازد. این چیزها حرفه‌ای‌گری را نمی‌سازد بلکه به نیازهای بلاواسطه‌ی روانی اجتماعی یادگیرندگان می‌پردازد و برای حرفه‌ای‌گری در آینده لازم و ضروری هستند این مسیر بیانگرمفهوم پروتو- پروفشنالیسم است یعنی فراگیر پزشکی در مسیر تبدیل از یک دانشجوی پزشکی به یک پزشک، چیزهایی به دست می‌آورد که سبب‌ساز اتخاذ هویت‌های مختلفی است تا از ناپختگی خاصی به بینش و کسب هویت پزشک به عنوان یک حرفه‌ای نائل شود.

از دست دادن: در اثر عوارض ناهمساز محیط، از قبیل رویکردهای غیرسودمند پداگوژیک در دانشکده‌ی پزشکی یا خشونت و زمختی در نظام‌های انطباقی بهداشت و درمان که دانشجویان پزشکی و پزشکان در آن کار می‌کنند، ناشی می‌شود (۲۷). یعنی اخذ هویت نهایی و بروز شخصیت حرفه‌ای گاه نیز دست‌خوش از دست دادن بعضی باورهای اولیه و ایده‌آل‌های آغاز راه است. مسلماً فشارهای چندگانه‌ای که در این محیط‌ها بوجود می‌آید بیش‌ترین تأثیر را روی منش حرفه‌ای‌گرایی برجای می‌گذارد که شاغل بالغ آن را بروز می‌دهد. تأثیرات مهم برنامه درسی پنهان، ایده‌آلیست ساده دل و خامی را که وارد نظام می‌شود به فردی بدبین و عیبجو تبدیل می‌کند (۲۸). این ممکن است هویت نهایی فرد حرفه‌ای باشد که در اثر فرآیند از دست دادن در پزشک تحقق و تبلور

می‌باید.

رویکردهای یادگیری در همان اوان تحصیل کسب می‌شوند و هویت یادگیرنده را شکل می‌دهند (۲۹) ولی این همه آن چیزی نیست که اتفاق می‌افتد و به جا می‌ماند. با نگرستن به مفهوم پروتو- پروفشنالیسم از منظر آموزش صریح یا ضمنی به نظر می‌رسد حرفه‌ای‌گرایی مشتمل بر شش حیطه است. این شش حیطه را می‌توان در دو زمینه گنجانید: ۱- زمینه‌هایی که به خود پزشک به تنهایی تمرکز دارد و ۲- زمینه‌هایی که مستلزم همکاری است. زمینه‌هایی که بر خود پزشک به تنهایی تمرکز دارد عبارتند از: روش عملکرد اخلاقی، رفلکشن (تعمق- تأمل و بازاندیشی) و مسئولیت‌پذیری و زمینه‌هایی که مستلزم همکاری است: احترام به بیماران، کار تیمی و مسئولیت در قبال جامعه را دربر می‌گیرد. پروتو- پروفشنال‌ها می‌بایست به شش حیطه‌ی حرفه‌ای‌گرایی در تمام طول دوره‌ی تحصیل و تربیت‌به‌طور صریح (نه به طور ضمنی) توجه کنند. بحث در مورد جزئیات محتوی و ارزشیابی‌هایی که در طول پیوستار تربیت پزشکی باید زیربنای این مهم را بریزد، لازم است، ولی از آن میان توجه فزاینده به توسعه‌ی فرا مهارت‌هایی از قبیل رفلکشن (تأمل، تعمق، بازاندیشی) به نظر ضروری می‌رسد (۳۰ تا ۳۲).

شاید از دلایل لزوم توجه فزاینده به فرامهارت‌هایی چون بازاندیشی و خوداندیشی (reflection) محافظت پروتو- پروفشنال از یکی از جنبه‌های از دست دادنی‌عینی دریافت برنامه درسی پنهان است. غالباً در بسیاری از نهادهای پزشکی یک «برنامه درسی پنهان» وجود دارد که می‌بایست خاموش شود. این برنامه درسی پنهان از ارزش‌های سودآوری و سودمندی در اعمال پزشکی استقبال می‌کند که با ارزش‌های اظهارشده، ارزش‌هایی چون همدلی، ارتباط، تسکین درد و رنج، اعتماد، وفاداری و پیگیری بهترین مصلحت برای بیمار، که در آموزش صریح حرفه‌ای‌گرایی مطرح می‌گردد تضاد دارد و

حرفه‌ای‌گرایی را تهدید می‌کند (۳۳ و ۳۴).

با وجود آن که پرداختن صریح و نه تلویحی و ضمنی به شش حیطة پروفشنالیسم ضروری است و برنامه‌ریزی درسی در این راستا الزامی است ولی حقیقتی غیرقابل انکار همواره در برنامه آموزش پزشکی رخ می‌نماید و آن «برنامه درسی پنهان» است.

آموزش پزشکی همواره دست‌خوش سه برنامه رسمی، غیررسمی و پنهان بوده است. نگرانی اصلی در مورد آموزش پزشکی می‌بایست روی این سومین برنامه درسی که به طور ضمنی و غیرصریح تدریس می‌شود تمرکز نماید. این برنامه درسی مجموعه‌ای از تأثیرات است که در سطح سازمانی جواب می‌دهد و فرهنگ حرفه‌ای و سازمانی را تعریف می‌کند. این رویدادهای آموزشی از قبل نوشته نشده‌اند، غالباً بدون برنامه‌ریزی هستند و معمولاً پیام‌های ناخواسته‌ای را ارسال می‌کنند که از طرف افراد مختلف از سطوح مختلف سلسله مراتب پزشکی منتقل می‌شود مانند هیأت‌علمی، رزیدنت‌ها، پرستاران و سایرین. دانشجویان از طریق مشاهده و الگوسازی تأمین‌کنندگان سلامت، رفتارها و سنت‌هایی را فرامی‌گیرند که احتمال دارد خود را با آن وفق دهند و الگوی خود سازند و سرانجام به دیگران منتقل کنند. در بعد مثبت، حرفه‌ای‌گرایی و ارزش‌های حرفه‌ای را افراد سرمشق محترم (respected role models) به صورت غیرمستقیم و به طور ضمنی انتقال می‌دهند و در بعد منفی، پیچیدگی فزاینده‌ی بهداشت و درمان معاصر، تبدیل شدن آن به کالا، کسری مالی ملی و کمبود منابع انسانی، رفتار برخی از اطباء و نهادهای پزشکی، تفاوت‌های بین نسل‌ها و افزایش تضاد منافع، همگی برای نظام‌های ارزش سنتی حرفه‌ی پزشکی تهدیدآور است (۱۳)؛ که تمامی به صورت درهم تنیده با نظام سلامت و در قالب برنامه درسی پنهان به دانشجوی پزشکی و پزشک جوان انتقال می‌یابد.

میچل و ریم (Mitchell & Ream) به نقل از ویلکس

(Wilkes) می‌نویسند: ما برای دانشجویان خود سخنرانی می‌کنیم و خواهیم کرد. تمام مدت با آنها در مورد حساسیت، اخلاق، حرفه‌ای‌گرایی و آگاهی فرهنگی حرف می‌زنیم. ولی نحوه‌ی رفتار ما و نحوه‌ی خدمت ما به مثابه سرمشق چیزی است که فراگرفته می‌شود، به خاطر سپرده می‌شود و به آن عمل می‌شود. اصلی‌ترین بخش یادگیری خارج از محیط‌های رسمی آموزش، در اتاق عمل، اتاق انتظار، آسانسورها، سالن‌ها و در کافه تریاها اتفاق می‌افتد. برنامه‌ریزی و توسعه‌ی آشکار و قابل رویت ساختن برنامه درسی پنهان مستلزم فرهنگ باز بودن و خوداندیشی است. این امر به کار گروهی و دیدگاه چندرشته‌ای نیاز دارد. در ضمن لازم است مردم جامعه به جای آن که «بیماران» ما باشند به شریک و برنامه‌ریز و مشاور ما تبدیل گردند (۳۵).

کولهان و ویلیامز (Coulehan J and Williams P. C) می‌نویسند: تضاد بین ارزش‌های ضمنی و آشکار به طور جدی حرفه‌ای‌گرایی پزشکی را به انحراف می‌کشاند. پزشکان جوان در حین آن که سعی می‌کنند برنامه‌های درسی آشکار و پنهان را با هم تطبیق دهند. تضادی درونی را تجربه می‌کنند. دانشجویان پزشکی و پزشکان مقیم پس از گذراندن سطح تجربی، با انتخاب یکی از سه سبک هویت حرفه‌ای بر تضاد درون خود غلبه می‌کنند، خلاصی می‌یابند یا آن را حل و فصل می‌کنند: ۱- هویت حرفه‌ای فنی (Technical Professional Identity)، ۲- هویت حرفه‌ای غیرتأملی و غیربازاندیشانه (Nonreflective Professional Identity)، ۳- هویت پاسخ‌دهنده و دلسوزانه (Compassionate and Responsive).

این اتخاذ منش‌ها نشان می‌دهد که چگونه پزشکان معنای یک پزشک شایسته و طرز رفتار وی را درونی‌سازی می‌نمایند و ملکه ذهن خود می‌سازند (۳۶). طبق ادعای کولهان و ویلیامز درصد زیادی از فارغ‌التحصیلان پزشکی منش حرفه‌ای‌های غیر تأملی را اتخاذ

دوره‌های موجود مربوط به حرفه‌ای‌گرایی بعید است بتوانند این روند را تغییر دهند و رویکرد جامع‌تری نیاز است تا به تنش موجود بین منفعت شخصی و نوع‌دوستی بپردازد و برای تغییر فرهنگ پزشکی کنونی کارآمد باشد. وی در این راستا رویکرد حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت را در برابر حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر مقررات (narrative-based professionalism V. Srule based professionalism) پیشنهاد می‌کند. کولهان معتقد است برای این که حرفه‌ای‌گرایی پزشکی بتواند رفتار پزشکان در حال آموزش را شکل دهد باید به صورت فراروایتی (meta-narrative) بیان شود. وی جهت تغییر فرهنگ آموزشی از حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر اصول و مقررات به حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت، چهار تشکیلات دهنده (کاتالیزور) و عمل‌کننده پیشنهاد نموده است که عبارتند از: ۱- سرمشق‌سازی حرفه‌ای‌گرایی (professionalism role-modeling) ۲- خودآگاهی (self-awareness)، ۳- صلاحیت و توانش روایتی (narrative competence)، ۴- خدمت اجتماعی (community service) (۱).

سرمشق‌سازی حرفه‌ای‌گرایی: حرفه‌ای‌گرایی از قدیم توسط افراد سرمشق از نسلی به نسل دیگر منتقل شده است (۳۹ و ۴۰). اما در جامعه‌ی به طرز شگفت‌انگیز پیچیده و متنوع امروزی، کسی دیگر بیش از این نمی‌تواند به ارزش‌های مشترک باور داشته باشد و چالش‌هایی که ارزش‌های سنتی حرفه‌ی پزشکی با آن روبه‌رواست به وسیله‌ی نظام‌های مدرن بهداشت و درمان بر آن تحمیل گردیده است و جدید است. در نتیجه می‌توان نتیجه گرفت که هرچند سرمشق‌سازی یک ابزار قدرتمند و اساسی به شمار می‌رود، ولی دیگر کافی نیست (۳۹ و ۴۰).

خود آگاهی: دومین پیش نیاز برای تکوین و توسعه حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت فراهم آوردن محلی امن برای دانشجویان و دستیاراندر سرتاسر دوره تحصیل در دانشکده پزشکی و دوره دستیار است تا تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و آگاهی شخصی خود را بالا ببرند. دکترها نیاز دارند عقاید، احساسات، نگرش‌ها و

نموده‌اند (۳۷). این گروه از پزشکان نمونه بارز نگرش آلبرت جانسن (Albert Jonsen's insight) در مورد دینامیک اصلی حرفه‌ای‌گرایی به شمار می‌روند: «پارادوکس محوری در پزشکی عبارت است از تنش بین منفعت شخصی و نوع دوستی». گزارش توماس اینوی (Thomas Inui) «پرچمی در باد: آموزش حرفه‌ای‌گرایی پزشکی»، که براساس تجربه وی به عنوان پژوهشگر مستقر در AAMC است، تحلیل نظام‌مند و جامع از شکست مستمر دست‌اندرکاران آموزش پزشکی در القای فضیلت حرفه‌ای در تربیت پزشکی به شمار می‌رود. نتیجه وی با استدلال کولهان (Coulehan) برابری می‌کند. وی برای پرورش فضیلت حرفه‌ای می‌گوید «در واقع می‌بایست رفتارهایمان، مؤسساتمان و خودمان را تغییر دهیم» (۳۸). کولهان فرهنگ تربیتی را توصیف می‌نماید که ظاهراً چشم‌اندازهای چنین تغییری را در آن زیاد امیدوارکننده نمی‌بیند؛ ولی معتقد است تغییرات فرهنگی به شرط وجود تشکیلات دهنده (کاتالیزور) مناسب و این که جامعه پزشکی آن را به حد کافی بپذیرد، امکان‌پذیر خواهد بود. به عقیده وی مدرسان پزشکی روزبه‌روز بیش‌تر پذیرای تغییر فرهنگی هستند ولی از روندها و محصولات تربیت حرفه‌ای‌گرایی ناراضی هستند. وی در مورد تشکیلات دهنده (کاتالیزور) مناسب، چهار شرط تربیتی به هم وابسته را پیشنهاد نموده است که مدعی است می‌توانند مبنای تشکیل اخلاقیات جدید پزشکی را در قرن بیست و یکم بنا نهند. کولهان معتقد است: فرهنگ پزشکی امروزی و فرهنگ بیمارستانی و روایت‌های آن غالباً حاوی مجموعه‌ای از ویژگی‌های حرفه‌ای است که کاملاً با فضایی که صریحاً به عنوان سازنده‌ی «دکتر شایسته» آموخته می‌شود، در تضاد است. پزشکان جوان در حین آن که سعی می‌کنند برنامه‌های درسی آشکار و پنهان را باهم تطبیق دهند، تضادی درونی را تجربه می‌کنند و در نتیجه حرفه‌ای‌گرایی غیر تأملی و غیربازاندیشانه را پرورش می‌دهند. به عقیده کولهان،

الگوهای پاسخ خویش را بشناسند و بفهمند.

قابلیت و صلاحیت روایتی: کار پزشکی پیرامون روایت ساخته می‌شود، روایت بین پزشک و بیمار، استاد و دانشجو و از این دست. با این حال، در اثر وجود تنش بین ارزش‌های صریح و ضمنی، دانشجویان یاد می‌گیرند که با بیماران خود مانند شی رفتار کنند و به فردیت آنها ارزش ندهند. به این ترتیب سومین پیش‌نیاز پرورش حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت را می‌توان «قدرت شناخت، جذب و درک، تفسیر و تأثیرگذاری روی داستان‌ها و مضمون‌های دیگران» دانست. این قابلیت پزشک را قادر می‌سازد تا پزشکی را توأم با هم‌دردی، بازتاب و تأمل، حرفه‌ای‌گرایی و قابلیت اعتماد اعمال نماید. چنین طبی را می‌توان طب روایتی (narrative medicine) نامید (۴۱).

قرائت (profess) یک عمل روایتی به شمار می‌رود. احتمالاً مؤثرترین روش تقویت حرفه‌ای‌گرایی در پزشکی عبارت است از مجهز نمودن پزشکان به صلاحیتی که آنها برای انجام وظائف روایتی شان در قبال همدیگر به آن نیاز دارند.

زمانی که جامعه‌شناسان در دهه‌ی ۶۰ روی پزشکی تحقیق می‌کردند، مشاهده نمودند که پزشکان پزشکی را با «نگرانی خون‌سردانه» ("detached concern") انجام می‌دهند. این مشاهده‌ی میدانی به نحوی به یک تجویز هنجاری تبدیل شد و دهه‌ها بود که به نظر می‌رسید برای پزشکان خون‌سردی هدف به شمار می‌رود. امروزه پزشکان با تکیه بر دانشی که جدیداً از رشته‌های روایت گونه پدیدار شده یاد گرفته‌اند، که پزشکی را با نگرانی تعاملی نه خون‌سردانه انجام دهند، رویکردی که مستلزم تأمل قاعده مند و استوار بر عملکرد فرد است.

خدمت اجتماعی: در نهایت، به منظور آموختن حرفه‌ای‌گرایی مبتنی بر روایت، کاریکولوم پزشکی می‌بایست یادگیری خدمت - محور مرتبط با مسائل اجتماعی را دربرگیرد. یادگیری خدمت محور در سطوح بسیار مختلف جغرافیایی و اجتماعی کار می‌کند، از

فعالیت‌هایی که در سطح محلی انجام می‌شود گرفته تا فعالیت‌هایی که در سطوح ملی و بین‌المللی صورت می‌پذیرد (۱).

بحث

مرور متون تخصصی و ادبیات حرفه‌ای‌گرایی در آموزش پزشکی نشان می‌دهد که آموزش پزشکی در تربیت پزشکان امروز در نهادهای آموزشی به ارزش‌های سنتی طبابت و دکتر بودن («Doctoring»)، که از میان آنها می‌توان هم‌دلی، شفقت و نوع دوستی را نام برد، تعهدی صریح و به رفتارهایی که بر مبنای اخلاق گسستگی، منفعت شخصی و عینیت استوار هستند، تعهدی ضمنی دارد. دانشجویان پزشکی و پزشکان جوان به روش‌های مختلفی و با اتخاذ یکی از هویت‌گزینه‌های سه گانه: ۱- هویت حرفه‌ای فنی، ۲- هویت حرفه‌ای غیرتأملی و غیربازاندیشانه و ۳- هویت حرفه‌ای پاسخ‌ده و دلسوزانه که معادل کاستن ارزش‌ها، تلفیق ارزش‌ها و حفظ ارزش‌ها است، به این تضاد پاسخ می‌دهند.

برخی از آنها خود را به عنوان تکنسین مفهوم‌سازی می‌کنند و هویت حرفه‌ای عینی را برمی‌گزینند و هویت حرفه‌ای خویش را به اخلاق صلاحیت محدود می‌سازند که حدود کلی مسئولیت آنها را تنگ‌تر می‌کند. از نظر آنان دکتر خوب بودن یک دستاورد صلاحیت مهارتی است که حساس نبودن، فقدان مهارت‌های ارتباطی یا هرگونه فضیلت حرفه‌ای به جز صلاحیت مهارتی نمی‌تواند آن را به خطراندازد. آنان ارزش‌های ضمنی را برمی‌گزینند و از حرفه‌ای‌گرایی صریح دست می‌کشند (کاستن ارزش‌ها). سایرین حرفه‌ای‌گرایی غیرتأملی/ غیربازتابنده و غیربازاندیشانه را پرورش می‌دهند یعنی یک اعتراف صریح مبنی بر این که با بیماران خود به عنوان اشیا و هدف خدمات فنی برخورد می‌کنند و مداخله فنی را جایگزین تعامل شخصی می‌نمایند و به این ترتیب از آنها بهترین مراقبت را به عمل می‌آورند و بهترین‌ها را فراهم

از پیش‌بین‌های مصونیت طبیعی در این مورد دانشجویانی هستند که روش‌ها و سنن مذهبی در آنها به شدت قوی است که به موجب آن راحت‌تر می‌توانند گسستگی و چند پارگی را در زندگی حرفه‌ای خود دفع کنند.

به طور کلی تغییر در روند پذیرش متقاضیان در دانشکده‌های پزشکی و سوق دادن این روند به سوی جذب متقاضیان «غیرسنتی» تر می‌تواند یکی از روش‌های استفاده از مصونیت طبیعی باشد. متقاضیان و پذیرفته شدگان "سنتی" دانشکده‌های پزشکی معمولاً دانش آموزان بلافصل با نمرات بالا و رتبه‌های برتر در آزمون ورودی هستند. متقاضیان "غیر سنتی" مثل دانشجویان مسن‌تر که تجربه‌های بیشتری در زندگی دارند، متقاضیانی که نوع دوستی و شفقت را در سایر عرصه‌های خدمت از قبیل حرکت‌های خیریه قبل از ورود به دانشکده پزشکی آزموده‌اند، داوطلبان ورود از جنس زن که یک قشر با خزانه بزرگ‌تری از مهارت‌های مراقبتی و شفقت و دلسوزی ذاتی هستند و بطورفطرتی از جنبه‌های عاطفی غنی‌تری برخوردارند. غیر از استفاده از پتانسیل مصونیت طبیعی، مصون‌سازی از طریق دانشکده با تغییر گرایش به سمت اولویت و اهمیت بخشیدن به طب خانواده و طب مراقبت‌های اولیه و جنبش‌های پزشکی عمومی و طب داخلی و اطفال که نوعی چرخش از تخصص‌های سنتی که مدعی «عمق» هستند به سمت تخصص‌های فوق‌الذکر که دارای «عرض» بیشتری هستند و توانایی برطرف نمودن بیش‌ترین نیازهای سلامتی اکثر افراد و خانواده‌ها را دارند و به نوعی به جای بیماری‌گرا، کل‌گرا، مزیت‌گرا و رابطه‌گرا هستند به تدریج جایگزین برنامه درسی تخصص‌گرای دانشکده‌های پزشکی شوند.

آخرین عامل دارای پتانسیل مصون‌کنندگی، گنجاندن و تدریس علوم انسانی و اجتماعی و اخلاق پزشکی به صورت تمام عیار در برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی

می‌آورند که در این تمهید، منافع پزشک هم سو با منافع بیمار قرار می‌گیرد و تأمین می‌گردد (تلفیق ارزش‌ها). از میان این سه دسته، گروهی خود را در برابر ارزش‌های ضمنی «مصون» نموده‌اند و در نتیجه فضیلت حرفه‌ای را بلکه ذهن خویش ساخته‌اند و آن را پرورش می‌دهند (حفظ ارزش‌ها). این مصونیت در آنها حاصل برخی از ویژگی‌های شخصی یعنی «مصونیت طبیعی» و مشخصه‌های دانشکده پزشکی یعنی «مصون‌سازی» است. این دانشجویان مقطع دانشکده پزشکی و تحصیلات تکمیلی را در حالی پشت سر می‌گذارند که هویت حرفه‌ای در اثر فرآیند اجتماعی‌سازی و جامعه‌پذیری (socialization) در آنها تکوین و حتی تقویت می‌شود. آنها تمایل بذری خوب هستند (مشخصه‌های شخصی/ مصونیت طبیعی) که بر روی پشته‌ای از خاک مرغوب (عوامل مصون‌کننده در دانشکده پزشکی/ مصون‌سازی) می‌افتد.

باتوجه به این چارچوب کلی، چه نوع تغییراتی در تربیت پزشکی باعث می‌شود تا برخورد و تضاد بین ارزش‌های صریح و ضمنی به طور واقعی کاهش پیدا کند و به دانشجویان پزشکی کمک نماید تا تحصیلاتشان را به نحوی به اتمام برسانند که فضیلت حرفه‌ای در آنها نه تنها تحلیل نیابد بلکه ارتقا یابد و ویژگی‌های شخصیتی (مصونیت طبیعی) و مشخصات دانشکده پزشکی (مصون‌سازی) مؤثر واقع شود و به پرورش گروه سوم بیانجامد.

برای این که اینها مؤثر واقع شوند باید برجسته باشند و در برنامه درسی دانشکده پزشکی محکم گنجانیده شوند (آموزش صریح). در مسیر بهره بردن از مصونیت طبیعی بایستی پیش‌بین‌های مصونیت طبیعی مورد توجه قرار گیرد. مصادیقی مانند تعهد مداوم فرد به استانداردها یا اصولی که فراتر از ایده‌آل‌های طب است و دانشجویان را در مقابل ارزش‌های منفی که به موجب فرآیند جامعه‌پذیری حرفه‌ای القا می‌شود، محافظت می‌نماید. یکی

اتخاذ گردد که دانشجویان در امتداد گردش‌ها و انتخاب بلوک‌های خود تعهدات طولی نیز نسبت به بیماران داشته باشند که بدین ترتیب امکان برقراری روابط طولانی مدت با بیماران تحت مراقبت اولیه، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن یا بیماران ناتوان فراهم می‌گردد. در ارزیابی‌های دوره بالینی نیز می‌تواند ارزیابی «مربی اجتماعی» به عنوان بخشی از پوشه کار بالینی در کنار سایر ارزیابی‌ها و نمرات گنجانده شود.

از نقاط ضعف این مطالعه کمبود منابع فارسی و از نقاط قوت آن بررسی عمیق و انتخاب مطالب و حقایق موجود از معتبرترین و اصیل ترین منابع لاتین به خصوص e-book‌های به دست آمده در فرآیند جستجوی منابع بود که دید همه جانبه و وسیع و روشنی را در محقق‌پایه ریزی و ایجاد نمود.

نتیجه‌گیری

براساس آنچه مرور و جستجو در متون و ادبیات تخصصی در باب حرفه‌ای‌گرایی و آموزش آن در پزشکی نشان می‌دهد، حرفه‌ای‌گرایی را می‌توان هم «صریح» آموزش داد و هم «ضمنی» فرا گرفت. این حقیقت همان‌طور که ذکر آن رفت مستلزم تأمل و تغییر در برنامه درسی آموزش پزشکی به طور اعم و بازنگری در مبانی و روش آموزش اخلاق پزشکی به طور اخص و به خصوص در مبانی و مؤلفه‌هایی است که تشکیل‌دهنده و شکل‌دهنده حرفه‌ای‌گرایی هستند.

مبانی سه گانه تشکیل‌دهنده مفهوم حرفه‌ای مشتعل بر دانش، مهارت و اخلاق پزشکی نیازمند توجه ویژه در آموزش پزشکی است به عبارت دیگر آنچه مجموعه دانش، ارزش‌ها و رفتارهایی را تضمین می‌نماید که زیربنای اعتماد عامه به پزشک و جامعه پزشکی و پیمان اجتماعی طب با جامعه است، بایستی در آموزش پزشکی مدنظر جدی برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران آموزش پزشکی قرار گیرد. محصول بازنگری و اجرای برنامه

است که از خلال دوره‌های «سخت» اخلاق و سناریوهای پایان زندگی یا چالش‌های اخلاقی در طب امکان‌پذیر نمی‌باشد، بلکه دوره‌های «لطیف» علوم انسانی از قبیل ادبیات، فیلم و داستان و تحقیقات مذهبی که متضمن تحلیل، تأمل و بازتاب و خودآگاهی است را می‌طلبد (تغییر در نحوه آموزش صریح). در سطح کلان و در تحول نظام سلامت نیز الگوهایی چون مراقبت مدیریت شده تأثیراتی بر روی برنامه درسی آموزش پزشکی بر جای می‌گذارد. در دانشکده‌های پزشکی، برنامه‌های درسی شایسته است بر انجام تحقیقات روی نتایج طب مبتنی بر شواهد، ارزشیابی کیفی، رهنمودهای بالینی و اقتصاد بهداشت و درمان متوجه گردد. دوره‌های ترکیبی مانند MD-MBA تعریف گردد تا نیازهای فزاینده رؤسای پزشک را برطرف سازد. برنامه درسی پیش بالینی باید بر «عمل کردن» استوار گردد همچنین «مطالعه کردن» در آن باید به صورت انباشتی صرف علوم پایه نباشد بلکه «مطالعه کردن» مرتبط با جامعه را دربرگیرد. برنامه درسی پیش‌بالینی در این جهت می‌تواند یادگیری مبتنی بر مسأله و یادگیری فعال در گروه‌های کوچک را مشتمل گردد. کاریکولوم پیش بالینی بایستی مسیر چند رشته‌ای متکی بر آموزش طب مرتبط با مسائل اجتماعی را در پیش بگیرد. این پیشنهاد می‌تواند شامل مباحث رابطه پزشک و بیمار، فضائل سنتی پزشکان، اجتماعی‌سازی و جامعه‌پذیری در تربیت پزشکی، ادبیات و طب، اخلاق پزشکی، انسان شناسی، تنوع فرهنگی، حقوق سلامت، اقتصاد سلامت، مدیریت سلامت به خصوص ساختار و عملکرد نظام ارائه بهداشت و درمان باشد.

همچنین برنامه‌های درسی بالینی می‌تواند به سمت تجربه مجموعه وسیع‌تری از فضاها و کلینیکی خصوصاً فضاها و مراقبت اولیه و بیماران سرپایی پیش رود. بلوک‌های جامع تربیت بالینی برای تربیت پزشکی لازم و ضروری هستند ولی به موازات آن می‌تواند ترتیباتی

آموزش پزشکی به این ترتیب می‌تواند تربیت «پزشک خوب» در معنای واقعی و متعالی آن باشد. در مجموع باید دید و باید رصد نمود که تمامی این حرکت‌ها جدایی بین برنامه درسی صریح و ارزش‌های ضمنی در مفاهیمی چون عینیت، گسستگی و استحقاق را کمتر خواهد نمود و به پرورش پزشکان حرفه‌ای که حافظ ارزش‌ها هستند، خواهد انجامید.

قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه نویسندگان که مقالات آنان در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Coulehan J. Today's professionalism: engaging the mind but not the heart. *Acad Med.* 2005; 80 (10): 892-898.
2. Steinert Y, Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Fuks A. Faculty development as an instrument of change: A case study on teaching professionalism. *Acad Med.* 2007; 82 (11): 1057- 1064.
3. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med.* 1997; 72(11): 941-952.
4. Cruess RL, Cruess SR. professionalism must be taught. *BMJ.* 1997; 315(7123): 1674-7.
5. Swick HM. Toward a normative definition of professionalism. *Acad Med.* 2000; 75(6): 612-6.
6. Barondess JA. Medicine and professionalism. *ArchInternMed.* 2003; 163(2): 145-9.
7. American Board of Internal Medicine (ABIM). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *AnnInternMed.* 2002; 136(3): 243-246.
8. Irvine D. The performance of doctors, I: Professionalsand self- regulation in a changing world. *BMJ.* 1997; 314(7093): 1540-2.
9. Irvine D. The performance of doctors, II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. *BMJ.* 1997; 314(7094): 1613-5.
10. Irvine SD. The new professionalism. *The Lancet.* 1999; 353(9159):1174-1177.
11. Maudsley G, Strivens J. Promoting professional knowledge, experiential learning; critical thinking for medical students. *Med Educ.* 2000; 34(7): 535-44.
12. Cruess RL, Cruess SR. Teaching professionalism: general principles. *Med Teach.* 2006; 28(3): 205-8.
13. Boudreau DJ, Cruess SR, Cruess RL. Physicianship: Educating for professionalism in the post-Flexnerian. *Perspect Biol Med.* 2011; 54(1): 89-10.
14. Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks AA. Healing Curriculum. *MedEduc.* 2007; 41(12):1193-201.
15. Boudreau JD, Jagosh J, Slee R, Macdonald ME, Steinert Y. Patients' Perspectives on physicians' roles: implication for Curricular reform. *Acad Med.* 2008; 83(8):744-53.
16. Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. Preparing medical students to become skilled at Clinical observation. *MedTeach.* 2008; 30(9-10):857-62.
17. Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach.* 2009; 31(1):22-9.
18. Kinghorn WA. Medical education as moral formation: An Aristotelian account of medical professionalism. *PerspectBiolMed.* 2010; 53(1):87-105.
19. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998; 73(4):403-7.
20. Foster C, Dahill L. Educating clergy: Teaching practices and pastoral imagination. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
21. Huddle TS. Teaching professionalism: is medical morality a competency?. *Acad Med.* 2005; 80(10): 885-91.
22. Hafferty FW. Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. IN: Bird C, Conrad D, Fremont A, editors. *Handbook of Medical Sociology.* 5thed. New York: Prentice

- Hall; 2003.
23. Hafferty FW, Castellani B. The increasing complexities of professionalism. *AcadMed*. 2010; 85(2): 288-301.
 24. Royal College of Physicians of London. *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*. *Clin Med (Lond)*. 2005; 5(6 Suppl 1): S5-40.
 25. Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: how professionalization occurs across the continuum of medical education. *MedEduc*. 2005; 39(1): 58-65.
 26. Rudy DW, Elam CL, Griffith CH. Developing a stage-appropriate professionalism curriculum. *Acad Med*. 2001; 76(5): 503.
 27. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. 2001; 323: 799-803.
 28. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73(4): 403-7.
 29. Slotnick HB. How doctors learn: education and learning across the medical school to practice trajectory. *Acad Med*. 2001; 76(10): 1013-26.
 30. Driessen E, van Tartwijk J, Vermunt JD, van der Vleuten CP. Use of portfolios in early undergraduate training. *Med Teach*. 2003; 25(1): 18-23.
 31. Gordon J. Fostering students' personal and professional development in medicine: a new framework for PPD. *MedEduc*. 2003; 37(4): 341-9.
 32. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287(2): 226-35.
 33. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Shulman LS. *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
 34. Indyk D, Deen D, Fornari A, Santos MT, Lu WH, Rucker L. The influence of longitudinal mentoring on medical student selection of primary care residencies. *BMC Med Educ*. 2011; 11: 27.
 35. Mitchell DE, Ream Rk. *Professional Responsibility*. New York City: Springer; 2015.
 36. Coulehan J, Williams PC. *Vanquishing Virtue: the impact of medical education*. *Acad Med*. 2001; 76(6): 598-605.
 37. Coulehan J, Williams PC. Conflicting professional values in medical education. *Camb Q Healthc Ethics*. 2003; 12(1): 7-20.
 38. Inui TS. *A Flag in the Wind: Educating for professionalism in Medicine*. Washington DC: Association of American Medical Colleges; 2003.
 39. Wright SM, Carrese JA. What values do attending physicians try to pass on to house officers?. *Med Educ*. 2001; 35(10): 941-5.
 40. Ludmerer KM. Instilling professionalism in medical education. *JAMA*. 1999; 282(9): 881-2.
 41. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*. 2001; 286(15): 1897-902.
 42. Yamani N, Liaghatdar MJ, Changiz T, Adibi P. [How Do Medical Students Learn Professionalism During Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and Interns' Experiences]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010; 9(4): 382-394. [Persian]

Is Professionalism Teachable in Medical Education? A Literature Review

Shahnaz shooshtarizade¹, Alireza yousefy², Narges keshtiarai³

Abstract

Introduction: *Over the last two decades, members of the medical education community have devoted a great deal of time and effort trying to ensure that medical professionalism is being inculcated in medical students and residents. There is a set of educational principles that apply to professionalism teaching during undergraduate and postgraduate education. This study aimed to investigate whether and how teaching medical professionalism is possible in medical education.*

Methods: *This review study was conducted by searching through the databases of Medlib, Magiran, SID, ERIC, Scopus, Medline, and Web of Science for publications from 1995-2015, using the keywords professionalism, medical professionalism, medical education, medical ethics, and medical ethics curriculum. Out of 60 articles and 4 e-books found, a number of 28 articles and two books were selected for review.*

Results: *Review of the publications showed that professionalism in medical education is achieved in two explicit and implicit forms. The result will be a physician as a “professional” with all of the necessary qualities*

Conclusion: *Moving towards the teachings of situated learning theory shows that there should be a balance between explicit teaching of the cognitive basis of professionalism and providing opportunities for making learning happen in real-life settings. In doing so, the curriculum of medical education needs to be reformed.*

Keywords: Professionalism, medical professionalism, medical education, medical ethics, curriculum

Addresses:

¹ PhD Student, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: shooshtari1346@gmail.com

² (✉) Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: aryousefy@edc.mui.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch, Isfahan, Iran. Email: keshtiaray@gmail.com