



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



کتابچه آموزش اخلاق حرفه ای پزشکی

گردآورنده: دکتر محبوبه صابر، دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز



کتابچه آموزش اخلاق حرفه ای پزشکی

دکتر محبوبه صابر، دکترای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

آموزش حرفه گرایی آموزش یک مهارت و یا یک عادت رفتاری نیست بلکه آموختن درک روح حرفه ای است که عملکرد حرفه ای فرد را برای تمام طول زندگی کاری اش تحت تاثیر قرار می دهد و لذا اهمیت دستیابی اهداف آموزش در این باب مانند سایر مفاهیم و موضوعات درسی در کوریکولوم پزشکی نیست. اهمیت این امر در سطحی است که نمی توان پشت میز نشست و دست زیر چانه زد و به فکر فرو رفت تا قدمی را بی توجه به تجربیات بیش از سه دهه تلاش مستمر در دانشگاه های مختلف دنیا طراحی کنیم. لذا در این مجال مروری کردیم بر مطالعاتی که در دنیا برای آموزش حرفه گرایی صورت گرفته است تا بهره گیری از این شواهد میزان خطاهای خود را در حین طراحی برنامه های آموزشی به حداقل برسانیم. از سوی دیگری می دانیم تنها بر شانه های تجربه ی دیگران نمی توانیم بایستیم بلکه باید ارزشها و هنجارهای خود را بشناسیم و در تجربه های آموزشی از آنها بهره بگیریم. پس در این مجال کوتاه در ابتدا به تعاریف مختلف از حرفه گرایی پرداخته سپس مدلهای مختلف یادگیری حرفه گرایی را مطرح کرده ایم و سپس به این پرداخته ایم که اگر بخواهیم مدلهای و تجارب را در کوریکولوم دوره پزشکی نهادینه کنیم باچه فرصت هاو تهدیدهایی روبرو می شویم.



تعریف حرفه گرایی در پزشکی

برای نهادینه نمودن آموزش حرفه گرایی در کوریکولوم دوره ی پزشکی عمومی اولین مرحله ارائه یک تعریف روشن و جامع از این مفهوم خواهد بود . در بررسی متون و ادبیات علوم پزشکی تعاریف متعددی که اولین تعاریف به بیش از سی سال گذشته می رسد . بررسی کلی تعاریف بیانگر نگاه های متفاوت به این مفهوم است و در کل توافقی در توصیف ، تفسیر و تشریح مفهوم حرفه گرایی دیده نمی شود . اما نظر به آنکه هدف از این بحث بررسی تاریخی موضوع نیست لذا تنها تعاریفی که به لحاظ مفهومی جامع تر است در اینجا مطرح می کنیم.

یک حرفه را می توان این طور تعریف کرد : یک شغل با میزانی از دانش و مهارت که ارائه کننده خدمت به دیگران و رفاه جامع است. اگر این تعریف را بپذیریم پزشکی هم تعریفی مطابق الگوی سایر مشاغل خواهد داشت (بلوم و آرنولد ۲۰۰۲) . اغلب جامعه اختیار بیشتری را بصورت سنتی برای حرفه های پزشکی قائل است. طبعاً دلیل این امر را می تواند در این دید که پزشکان رفاه جامع را به رفاه خودشان ترجیح می دهند و اغلب در این حرفه رفتارها توسط کدهای متعدد اخلاقی کنترل می شود. (کروز ۱۹۹۷- اروین ۱۹۹۷)

درک ما از حرفه گرایی متأثر از عوامل اجتماعی است. برداشت های مردم از نقش حرفه ای پزشک تغییر کرده است و این تغییر بوا سطه ی عوامل متعددی رخ داده . رشد سریع دانش و مهارت در حوزه پزشکی، تغییر در تکنولوژی های اطلاعاتی ، مراقبت های بیمار محور و فعالیت های تیمی چند حرفه ای تمامی این ها ؛ مرزهای توانایی پزشکان را افزایش داده است و از سوی دیگر معرفی نقش های متعدد پزشک در ساختار مراقبت های سلامت توسط ابزارهای متعدد اطلاع رسانی نیز سبب شده است که جایگاه این حرفه در دهه ی گذشته تغییر نماید. (وان موک ۲۰۰۹)



عواملی مانند افزایش حضور زنان در مشاغل پزشکی، کاهش ساعات کار و تغییر و نگرش پزشکان در فعالیت های شغلی و تمرکز برای افزایش کیفیت زندگی تماماً بر شناخت و فهم حرفه پزشکی اثرگذار بوده است (امانوئل ۱۹۹۶- کروز ۱۹۹۷ - وان موک ۲۰۰۹)

در سال ۱۹۸۰ (ABIM) برد متخصصین داخلی آمریکا^۱ متمرکز بر ابعاد انسانی کار پزشکی شد. این پروژه ی حرفه گرایی ده سال بعد نتیجه داد. در مرحله اول آنها تلاش کردند معنای حرفه گرایی پزشک را در جامعه مدرن تعریف کنند. آنها اجزایی را برای این تعریف شناختند که شامل نوع دوستی^۲، پاسخگویی^۳، وظیفه گرایی^۴، فضیلت^۵ و برتری، متعهد بودن^۶، امانتداری^۷، احترام گذاشتن^۸ به دیگران این عبارات و واژه ها به آسانی فهمیده می شوند و به سختی به چالش کشیده می شوند اما اختصاصی نیستند و نمی توان آنها را بصورت اهداف یادگیری و مفاهیم قابل اندازه گیری در برونداد فرایند آموزش تعریف نمود.

علی رغم تفاوت ها بالاخره توافق بین فدراسیون اروپایی^۹ متخصصین داخلی (EFIM)، انجمن پزشکی آمریکا^{۱۰}، انجمن متخصصین داخلی آمریکا^{۱۱} و برد متخصصین داخلی آمریکا تحت پروژه های حرفه گرایی پزشکی رخ داد و در سال ۲۰۰۲ نتایج را ارائه نمودند. این منشور بیان کننده ی یک ساختار اخلاقی، آموزشی و کاربردی برای حرفه گرایی بعنوان راهنمای پزشکان در ارائه خدمات سلامت، ارتباط با بیمار و همکاران و اجتماع مطرح شده است.

۱- American Board of Internal Medicine

۲- Altruism

۳- Accountability

۴- duty

۵- Excellence

۶- Honour

۷- Integrity

۸- Respect for other

۹- European federation of internal medicine

۱۰- American college physics foundation

۱۱- American Society of internal medicine



ساختار منشور بشکلی است که قابل استفاده در سیستم های مختلف فرهنگی و سیاسی است. این منشور بر سه اصل پایه ای است: تقدم رفاه بیمار، احترام به اختیار بیمار و عدالت اجتماعی برای دستیابی به این استانداردهای برتر لازم است پزشکان مسئولیت های حرفه ای هفت گانه را بپذیرند و عملاً بکار گیرند.

۱- شایستگی حرفه ای: یادگیری مادام العمر برای بروز نگهداشتن دانش و مهارت

۲- صداقت با بیمار: راستگویی و صداقت به بیمار، شامل بیان خطای پزشکی

۳- راز داری بیمار: بیان اطلاعات بیمار

۴- ارتباط مناسب با بیمار: اجتناب از ارتباط جنسی و ارتباط توأم با سود مالی

۵- بهبود کیفیت مراقبت ها: کاهش خطای پزشکی و افزایش امنیت و سلامتی بیمار، بهبود پیامدهای سلامت

۶- توزیع منصفانه منابع محدود: مدیریت هزینه اثربخش برای منابع بالینی محدود

۷- دانش علمی: بهبود پژوهش ها، ایجاد دانش جدید.

حرکت که آغاز شده بود بسیار نافذ و قوی بود. دانشکده های پزشکی نسبت به این مفهوم آگاه شدند و تلاش کردند که در کوریکولوم دوره پزشکی عمومی جای مشخصی را به آن اختصاص دهند.

در رویکردهای آمریکای شمالی، حرفه گرایی اساساً با ساختار تئوری مطرح می شود و در قالب واژه های انتزاعی مطرح شده تبیین از آنکه بخواهد این مفهوم را به شکل رفتارهای قابل مشاهده بیان کند. البته در اروپا و اختصاصاً در هلند حرکتی شکل گرفت که مسیر متفاوتی را در پیش دارد بشکلی که آموزش حرفه گرایی بصورت آموزش رفتارهای قابل مشاهده و متناسب با هنجارها و ارزش ها صورت می پذیرد. (وان لوجیک ۲۰۰۵ و وان موک ۲۰۰۹)

طبعاً تعریف حرفه گرایی به شکل رفتارهای قابل مشاهده برای طراحی برنامه های آموزشی کار را سهل تر می کند و سنجش نیز با اعتبار و وقت مناسبی همراه خواهد بود. اما پیچیدگی ارتباط بین رفتارهای حرفه ای خارجی و ارزش ها و نگرش های



درونی به سختی قابل فهم است و بنظر می آید که یک سوال مهم و مبنای فعالیت های پژوهشی متعددی در حوزه ی بین رشته ای اخلاق و آموزش است.

زمانی که تعریف مناسب و متناسب با فرهنگمان از حرفه گرایی یافتیم لازم است این تعریف نظری با ساختار مفهومی انتزاعی تبدیل به هنجارها و رفتارهای گردد. این مرحله در حقیقت تعریف مصادیق رفتاری به ازای هر یک از ابعاد نه گانه ی مفهوم حرفه گرایی است. این مصادیق رفتاری کاملاً بایستی در ساختار فرهنگی هر جامع تعریف گردد. نه به عنوان یک case بلکه بصورت برداشت های رفتاری که تا حدودی کلی است اما براحتی می تواند تبدیل به موارد مختلفی شود و لذا این بعنوان مرحله ای قبل از زمانی که بخش حرفه گرایی از کوریکولوم پزشکی عمومی را تعریف می کنیم خواهد بود.

حرفه گرایی در ساختار کوریکولوم

پس از تعریف مصادیق رفتاری از حیطه های نه گانه حرفه گرایی زمانی که این مفاهیم در اختیار صاحبان فرایند و تدوین کنندگان کوریکولوم دوره ی پزشکی عمومی قرار گیرد تا بتوان حرفه گرایی را در کوریکولوم ادغام نمایند. توافق ایشان نسبت به لزوم و اهمیت جایگاه آموزشی و حرفه گرایی در نتیجه کار بسیار اثربخش خواهد بود. آنکه تمامی stakeholder این مفاهیم نه گانه را بعنوان پیامدهای آموزشی ضروری در زمان فراغت از تحصیل پزشکان بدانند و ساختار قالب برنامه بخشی طراحی شود که به این امر وفادار باشد در موفقیت یا عدم موفقیت برنامه نقش بارزی خواهد داشت.

آموزش حرفه گرایی

آیا می توانیم حرفه گرایی را آموزش دهیم این سوال بسیار شایع است. حرفه گرایی را می توان آموزش داد یاد گرفت و ارزیابی کرد. در دهه های اخیر این اعتقاد قوت یافته (کروز ۱۹۹۷) با تاکید بر نیاز به کسب علم و دانش در کنار حرفه گرایی



متناسب با مهارت ها و شایستگی های بالینی. اهمیت حرفه گرایی سبب می شود که صاحب نظران آموزش و اعضای کمیته تدوین کوریکولوم به مدل های موجود توجه کنند و پس از بررسی و تعمق بر ابعاد مختلف آن روش ها متناسب را انتخاب نمایند.

یادگیری حرفه گرایی از مسیر تجربه ۱۲:

یکی از مدل های کلاسیک یادگیری مدل کولب^{۱۳} است این مدل یک ساختار تئوری فراهم می کند و یکی از مدل های مفید آموزش حرفه گرایی است. کلبز بر نقش تجربه به عنوان تفاوت با سایر تئوری های شناختی یادگیری تاکید کرده. دو مسیر یادگیری از طریق تجربه را ارائه می کند شامل: تجربه های پی در پی^{۱۴} و مفهوم سازی انتزاعی^{۱۵} هر دو این راه ها علی رغم تفاوت و تمایزی که دارند هر دو مسیر انتقال تجربه را از طریق تجربه فعال^{۱۶} و مشاهده های^{۱۷} همراه با تفکر دنبال می کند.

اگر بخواهیم مدل کلبز را برای آموزش حرفه گرایی به دانشجویان استفاده کنیم. مراحل ذیل رخ می دهد.

برای عنوان خطای پزشکی: اگر مدل کلبز را در آموزش گروه کوچک بکار ببریم: ۵ مرحله ی برنامه ریزی، تجربه قطعی، مفهوم سازی انتزاعی، مشاهده توام با تفکر و مشاهده ی و آزمایش فعال.

مرحله برنامه ریزی: دانشجویان باید با شیوه های "طوفان ذهنی" بر موضوع خطای پزشکی فکر کنند در این شرایط دانش قبلی را فعال می کنند، با آگاهی یک ساختار برای انجام صحیح تجربه تا مرحله آخر فراهم می کند.

۱- Experiential learning
۲- Kolb's learning cycle
۳- concrete experience
۴- Abstract conceptualization
۵- Active experimentation
۶- Reflective observation.



تجربه قطعی: دانشجو با بیمار یا بیمارنا براساس یک سناریو با عنوان خطای پزشکی مصاحبه داشته باشند و دانشجو به عنوان درمانگر که خطای را انجام داده نحوه گفتن خطا را تمرین می کند.

مفهوم انتزاعی: بحث گروهی - بازخورد و بحث در حقیقت فرصت بیان و ابراز احساس و نگرش های حرفه ای را در شخص ایجاد می کند.

مشاهده توام با تفکر: هماهنگ کننده در گروه با توجه به نظرات دانشجویان که مطرح شده است بحث می کنند. و در نهایت اطلاعات قانونی و اخلاقی ایشان در خصوص خطای پزشکی تکمیل می شود.

بررسی فعال: دانشجو چه مفاهیمی را آموخته است . چگونه با یک بیمار با این مشکل در آینده روبرو شود و دانشجو آماده برای تجربه های آتی می شود.

یادگیری در تفکر

مفهوم « تفکر در یادگیری و ارتقا حرفه گرایی» موضوع بسیار مهم و در عین حال بسط و تشریح آن برای بکارگیری این روش در ساختارهای آموزش کارگشا خواهد بود. اگر بخواهیم یک تعریف کلی از نقش تفکر بیان کنیم در حقیقت «یک فرایند ذهنی است که بواسطه یک هدف برای پیش بینی یا دستیابی به یک بروند/ رخ می دهد» (مون ۱۹۹۹)

در حقیقت این تئوری ساختاری را فراهم می کند که شخص بر تجربه های ایجاد شده تعمق نموده و سعی کند عوامل موجود در هر تجربه را تحلیل گرایانه بررسی نمایند . لذا اگر به مثال مطرح شده در مدل کلبز توجه کنیم در این تجربه ی آموزشی دانشجو با تفکر بر نوع خطا، اهمیت اعتماد پزشک به بیمار، نحوه بیان خطا و عوامل افزایش دهنده احتمال خطا و مواردی از این دست در حقیقت تفکر بر عمل ؛ در این مورد محقق شده است دانشجو لازم است به اجزا سازنده هر مورد مطرح شده



فکر کند در مورد آن صحبت کند، استدلال های خود را با سایرین در میان بگذارد . سوالات بقیه را پاسخ دهد و خود یا دیگران در نهایت مجاب شوند . این فرایند که حاوی رد و بدل نمودن اطلاعات و استدلال های فردی است در حقیقت نمایش مناسبی از مفهوم تفکر بر عمل است . این شیوه یکی روش ایده آل برای آموزش حرفه گرایی است.

در این شیوه ما نحوه یادگیری از محیط را به دانشجو می آموزیم. تا او هر تجربه یادگیری که در بخش با آن روبرو می شود را بتواند تحلیل کند. مورد را به اجزا آن تقسیم کرده، درباره اجزا آن تفکر کند، اطلاعات خود را در آن زمینه بازتعریف کرده در صورت نیاز مطالعه کند و پس از باز تعریف مفاهیم در گروه آموزشی به بحث بپردازد. این یک مهارت پایه ای است که در آن ، دانشجو توان یادگیری از هر تجربه را کسب می کند. در این مدل فرد می تواند دید و سببی را نسبت به رفتارهای حرفه ای نمایش دهد که متناسب با ارزش های موسسه و سازمان و در یک گروه آموزشی امن خواهد بود. رفتارهای دور از هنجار و نامتناسب شناخته می شود و امکان تصحیح آن با تعاریف سازمان از آن حرفه میسر می شود.

یادگیری موقعیتی^{۱۸}

برای موفقیت آمیز بودن «تفکر بر انجام عمل» لازم است تجربه های آموزشی پی در پی ، منظم و موفقیت آمیز در کوریکولوم جاسازی شود. یادگیری موقعیتی در حقیقت بر پایه این مفهوم است که دانش به صورت مفهومی مطابق با شرایط و به صورت مبنایی متأثر از فعالیت ها، فرهنگ و موقعیت محیطی است که در آن تولید و مصرف می شود و طبعاً دانسته هایی از حرفه گرایی کاملاً در این تعریف از یادگیری موقعیتی جا می گیرد . چرا که نمی توان آنرا مجزا و منفک از بسته های فرهنگی رایج در ساختار اجتماعی و محیط تعریف نمود، آموزش داد، بکار بست و در نهایت سنجید. برای آموزش این مدل یادگیری یکی از الگوها مدل استاندارد استاد شاگردی است که در این شرایط یادگیری راهنمایی شده در یک محیط آموزشی محقق می شود.

^{۱۸} - Situated learning: is based upon the notion that knowledge is contextually situated and fundamentally influenced by the activity, context and culture in which it is used. Teaching Medical Professionalism. Cambridge University Press: page ۲۲



(روگوف ۱۹۹۵). در این مدل با بهره گیری از یک سناریو در کلاس درس با حضور یک تسهیل گر آموزشی برنامه اجرا می گردد. این رویکرد برای دانشجویان سالهای اول بسیار مناسب است و در سالهای بالینی مصداق این مدل یادگیری، طبابت در محیط جامعه با حضور استاد بالینی بعنوان تسهیل گر خواهد بود. (وگنر ۱۹۹۱) در این رویکرد تئوری؛ در حقیقت اهمیت تجربه ها در محیط های واقعی و یا بخوبی تقلید شده تحت نظارت و یا در حضور یک الگوی رفتاری در نقش تسهیل گر مورد تاکید قرار گرفته است. (وگنر ۱۹۹۹)

اغلب یادگیری و تغییر رفتار بیش از آنکه بعلم دانسته ها و مفاهیم تئوری مطرح شده، در گذشته باشد بعلم تمرین های محدودی است که تحت کنترل یک الگوی مناسب حرفه ای رخ می دهد. زمانی که دانشجویان تجربه های بیشتری را کسب کنند آنها به سمت قالب و ساختاری که در محیط دانشگاه و بیمارستان جاری است نزدیک تر می شوند.

این مباحث به ما کمک می کند که چطور ما موضوعات حرفه گرایی را در کوریکولوم وارد کنیم. این آموزش ها تنها رفتارهای دانشجویان را تغییر نمی دهد که آنها تنها متبحرتر باشند بلکه جامعه ی حرفه ای را نیز بتدریج متاثر کرده تادر مرزها و تصمیم های خود تجدیدنظر نماید. دانشجویان در این تغییر موثرند و می توانند ارزش های حرفه ای را مطرح کنند و در رفتارها و تصمیم ها وارد نمایند.

برای مفهوم یادگیری موقعیتی تفسیرهای متعددی می توان نوشت اما به سه اصل یادگیری که این رویکرد تئوریک مطرح می کند می توان اشاره نمود.

۱- یادگیری و دانش در شرایط و موقعیت ها رخ دهد.

۲- یادگیری از طریق مشارکت در انجام عمل و رفتار حاصل می شود.

۳- شناخت فرایندی جمعی و مشارکتی است. (آدام و فریدم ۱۹۹۶)



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



مطابق با این مبانی یادگیری زمانی موثر تر رخ می دهد که وظیفه یادگیری به خوبی و موثق صورت بپذیرد. براساس این توجیه دانشجویان زمانی که بطور مستقیم در وظایف حرفه ای مشارکت دارند بیش از شرایطی که درمفاهیم تئوری هستند مهارت های حرفه گرایی را کسب می کنند. زمانی که یک کوریکولوم طراحی می شود لازم است انواع یادگیری ها توجه شود. وقتی که دانشجویان به سمت طبابت در محیط های واقعی می روند آنها مجدداً نیاز به یادگیری در آن محیط دارند و صرفاً به این دلیل که در سالهای ابتدای تحصیل مفاهیم و مباحث حرفه گرایی مطرح شده است آنها از کسب تجربیات در محیط های کنترل شده و تحت مشاهده و نظارت بی نیاز نخواهند بود. حال اگر ساختار آموزش آنها را در شرایطی قرار دهد که تجربیات نامنظم و بدون حضور الگوهای حرفه ای باشند شکل گیری رفتارهای حرفه ای دانشجویان به راحتی ممکن نخواهد بود.

لذا حمایت دانشجو در شرایط ورود به محیط های بالینی و درمانی واقعی ضروری است. افرادی که رفتارهای حرفه ای دانشجویان را در محیط های نسبتاً پیچیده خدمت رسانی که پر است از فشارهای ارتباطی بین فردی را مشاهده کنند و دانشجویان نیز حضور الگوهای حرفه ای را در این محیط ها مستقیماً ملاحظه نمایند. مشاهده و تحلیل رفتارهای الگوهای حرفه ای برای دانشجو تجربه ی مناسبی است و امکان تفکر بر رفتارهای شخصی دانشجو به همراه دریافت بازخورد از مشاهده کنندگان که در این جا منظور اساتید بالینی هستند در شکل گیری رفتارهای حرفه ای موثر خواهد بود.

برای آنکه دانشجو در این محیط بهترین برداشت های یادگیری را داشته باشد لازم است رویکرد یادگیریش را از یادگیری منظم در حین کلاس های درس و کنفرانس های آموزشی به یادگیری در محیط های بالینی تغییر دهد.



برنامه های آموزشی رسمی و غیر رسمی

براساس این مدل تئوریک یادگیری ؛ نتایج کاربردی برای آموزشی و یادگیری حرفه گرایی در کوریکولوم کاملاً قابل شناسایی است. البته آنکه در آموزش های بالینی سالهای آخر پزشکی کارآموزی و کارورزی ها در کنار یادگیری دانش و مهارت های بالینی به حرفه گرایی هم پرداخته می شود. نباید سبب شود که حجم و میزان این آموزش ها را بیش از اندازه تخمین بزنیم. ابعاد مختلف حرفه گرایی که بایستی که در کوریکولوم پزشکی نهادینه شود باید شناسایی گردد و هر بعد در نزدیک ترین تجربه های یادگیری ادغام و لحاظ شود. تجربه های آموزشی مختلف هر یک می تواند ابعاد مختلفی از حرفه گرایی را پوشش دهد.

طبعاً بعد «شایستگی حرفه ای» تعهد دانشجو به آموزش مفاهیم علمی از ابتدای ورود به محیط دانشگاهی مهم خواهد بود در حالیکه ابعادی مانند صداقت با بیمار یا رازداری بیمار مفاهیمی است که اگر چه مبانی تئوریک آن را در سالهای ابتدای پزشکی در کلاس های آموزشی ارائه می کنیم اما تجربه های عملی در محیط های درمانی بهتر فراهم می شود.

لذا برای بهترین نتیجه چیش تجربه های یادگیری در کل کوریکولوم بایستی با دقت و بر پایه شواهد تجربی علمی حاصل از مطالعات مختلف، پایه های فرهنگی و بررسی همخوانی محتوایی انجام گردد و با بررسی های مداوم برای بهینه کردن این چیش محتوایی برای رسیدن به یک نقشه کوریکولومی^{۱۹} مطلوب تلاش شود.

یادگیری در کل دوره طیفی است از آموزش های رسمی بصورت گروه کوچک به همراه سخنرانی های کوتاه که اغلب در سالهای اول پزشکی اجرا می شود تا آموزش های در محیط های بالینی که تعیین کمتری دارند و در سالهای آخر دوره ، برنامه در کوریکولوم رسمی به این شکل است. طبعاً این ساختار کلی از یک برنامه است و برای اجرای آن لازم است دقیقاً برای ابعاد مختلف حرفه گرایی مصادیق مشخصی تعریف شود و برای مصادیق بعنوان پیامدهای الزامی پایان دوره ی آموزشی پزشکی



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



عمومی برنامه ریزی صورت پذیرد. در این بین بایستی نتایج برنامه ریزی شده و پیامدهای کوریکولوم غیررسمی نیز بررسی و شناخته شود. البته تاثیر یادگیری های استاد شاگردی در حین کارآموزی و کارورزیهای پزشکی که اغلب توام با آموزش های غیر رسمی است و این بعلت خصوصیت محیط های بالینی است نباید چشم پوشی نمود.

محیط های یادگیری دانشجویان در دوره های بالینی کاملاً کنترل شده نیستند، آنها همواره تنها رفتارهای مناسب و شایسته را مشاهده نمی کنند. لازم است با دانشجویان درباره ی رفتارهایی که دیده اند و برداشت هایشان و تفکر بر عمل، صحبت و مذاکره شود تا یادگیری بدون انحراف و خطا صورت گیرد. بسیاری از صاحب نظران آموزش معتقدند که ارتقا و بهبود حرفه گرایی در پزشکی تنها زمانی رخ می دهد که آموزش و سنجش حرفه گرایی بصورت رسمی و مشخص در کوریکولوم تعریف شده باشد. در بررسی انجام شده از بین ۲۰۰ دانشکده پزشکی و ۱۳۶ برنامه دستیاری پاسخ دهندگان همگی تقریباً وجود حرفه گرایی را در کوریکولوم تحسین کردند. اما فقط ۱۸٪ از میزان محتوایی که در کوریکولوم هست راضی بوده آن را کافی می دانستند (کروز ۱۹۹۷، رل من ۱۹۹۸) (روبرت و سایرین ۲۰۰۴)

همان طور که گفته شد یکی از بهترین مدلها برای آموزش و ارتقا حرفه گرایی مدل یادگیری موقعیتی است. در کوریکولوم رسمی دوره ی پزشکی عمومی بنظرمی رسد که در سالهای اول مفاهیم بصورت تئوری در کلاس های درس و یا در آموزش های گروه کوچک مطرح می شود که در این مقطع مجالی برای درک موضوعات تئوریک و مباحثه فراهم است اما در دوره بالینی با ورود به عرصه فعالیت های علمی شرایطی فراهم است که مباحث مطرح شده در سالهای قبل دوباره مطرح گردد و با شرح و تفصیل بیشتری دیده شود (مادسلی - استریونز ۲۰۰۰)

تجربه های آموزشی دانشجویان تحت نظارت اساتید تعریف شود و جلساتی برای مذاکره، مکالمه و ارائه بازخورد برای افزایش ارزش آموزشی این تجربه ها تشکیل شود. مباحث اخلاق پزشکی که حاوی ارزش های انسانی است همگی در افزایش حساسیت، آگاهی و ارتقا ظرفیت فکری موثرند (پل گرینو ۲۰۰۲) اگر چه اغلب بر روی مباحث اختصاصی مانند پایان حمایت



، پیوند اعضا، باروری، ... است. اما دانشجوی یاد می گیرد که ابعاد اخلاقی شرایط را از بین دستورالعمل ها و راهنماها بیابد و اصول اخلاقی را در شرایط بالینی مختلف بکار گیرد. (فاکس ۱۹۹۵ - گولری ۲۰۰۰)

این مهارت در حقیقت متمرکز بر تحلیل صحیح موارد و مشکلات اخلاقی است تا بدانیم چگونه باید رفتار کنیم. به دانشجوی باید برای دستیابی به این سطح از توانایی کمک شود دید اخلاقی به تنهایی گاهی اوقات کفایت نمی کند چرا که موارد دیگری نیز هست که ممکن است بر نیاز به اخلاق تفوق یابد. (هادل ۲۰۰۵)

بنابراین سوال مطرح می شود که دانشجویان چطور محدوده ی اخلاق را می آموزند؟ پاسخ آن است که آنها احساسشان درباره ی رفتارهای اخلاقی شدت تحت تاثیر الگوهای رفتاری است و در این بین تاثیر کوریکولوم پنهان را نباید از نظر مورد داشت.

شناخت نتایج غیر منتظره - کوریکولوم پنهان

یادگیری با انجام فعالیت های حرفه ای و کار محقق می شود، بهترین طبابت دنبال کردن یک الگوی فرهیخته و توانمند است. (پلگرنیو ۲۰۰۲) در محیط های بالینی دانشجویان اغلب طیفی از الگوهای خوب حرفه ای را می بینند اما الگوهای منفی را هم می بینند. افرادی که ارزشهایی را نمایش می دهند که در تعارض با تعریف سازمان، اهداف و پیامدهای رفتارهای حرفه ای است این بعد از آموزش دانشجویان را کوریکولوم پنهان می گویند. قوانین نانوشته، عادات، کدها، آیین هایی که در هر زمان بعنوان رفتارهای متداول در بین اعضای حرفه دیده می شود. (هافرتی - فرانکس ۱۹۹۴)

برای روبرو شدن با این کوریکولوم پنهان نیاز به یک استراتژی زنده و فعال است. اینها بر ذهن و فکر فراگیران موثرند و با کوریکولوم رسمی و غیر رسمی هم تداخل دارند و نبایست آنرا کمتر از آنچه هست تخمین زد. گزارش های اخیر درباره ی این موضوع بیانگر آن است که در دانشکده های پزشکی فضای تحقیر و رقابت یک مانع یادگیری است. (سیبروک ۲۰۰۳ - لمپ

وسیل ۲۰۰۴)



اگر چه این موضوع در سه مطالعه ذکر شده مورد بحث قرار گرفته و با توجه به ماهیت فرهنگی بودن آن نیاز به مطالعه ملی ضروری است. تا به حال ۶ فرایند یادگیری کوریکولوم پنهان شناخته شده است. از بین رفتن ایده آلیسم، تطبیق یافتن با مشخصه های رفتاری حرفه ای، بیطرفی عاطفی، تغییر در درستی و صداقت اخلاقی، پذیرش ساختار و یادگیری ابعاد کمتر رسمی یک پزشکی خوب (لمپ و سیلز ۲۰۰۴)

در بدترین شرایط دانشجویان یاد می گیرند که آنها بخاطر تقلید رفتارهای غیر حرفه ای از آموزش دهندگان شان پاداش می گیرند.

الگوهای حرفه ای در آموزش

بر اساس بررسی های انجام شده در مقالات مختلف بنظر می رسد که حرفه گرایی که توسط اساتید بالینی به دانشجویان پزشکی در مقاطع بالینی در حین کارآموزی و کارورزی آموزشی داده می شود از کلاسهای تئوری و رسمی آموزشی که مباحث پایه ای حرفه گرایی در آن مطرح می شود و موثرتر است. آموزش های حرفه ای از طریق الگوهای عملی و منتورها و اغلب بعنوان جزء اساسی و کلیدی بین روش های مختلف آموزشی حرفه گرایی مطرح است. (فاستر ۲۰۰۹- فین ۲۰۱۰- بارسین ۲۰۰۹) اما حرفه گرایی پزشکی ابعاد مختلف دارد و برای هر بعد مصادیق رفتاری متعددی هست آموزش این طیف وسیع از نقش ها و مداخلات رفتاری که از مهارت های ارتباطی تا تسلط علمی و تبحر اطلاعاتی را شامل می شود تنها از طریق الگوهای عملی، بسیار پیچیده و غامض خواهد بود. (کروز ۲۰۰۶)

رفتارهای عملی اساتید در حین فعالیت های بالینی توسط دانشجویان مشاهده می شود. دانشجو می بیند که عملاً بیمار چگونه ویزیت می شود؟ با همراه بیمار چگونه صحبت می کنند؟ میزان تلاش برای ارائه بهترین خدمت به بیمار در چه حد است؟ اینها بسیار بیشتر از موارد ذکر شده در طول مدت آموزش های بالینی دیده می شود، و اینها عامل اثرگذار بر شخصیت



حرفه ای دانشجویان خواهد بود تا رفتارهای رسمی که اساتید در برنامه های آموزشی تشریح می کنند. آموزش دهندگان رفتارهایی را نمایش می دهند که ممکن نامتناسب بنظر برسد و در شرایطی که آنها جایگاه بالایی را در سیستم دارند در وسعت زیاد توسط سیستم حمایت نیز می شوند. دانشجویان اثرپذیر و آسیب پذیرند آنها احتمالاً از رفتارهای مدلها و الگوهای خود تبعیت می کنند و یا حداقل مخالفتی نخواهند کرد (برینارد و بریسین ۲۰۰۷)

طبعاً آگاهی اساتید و مدرسین بالینی نسبت به نقش الگوی حرفه ای بودن اگر نتواند سبب تصحیح رفتارهای حرفه ای آنها گردد برای جلوگیری از آسیب های این چنینی ، بایستی ابزاری برای غربال رفتارهای اساتید و یا حتی غربال مدرسین که متعلق به رفتارهای حرفه ای نیستند باشد.

حرفه گرایی را در کجای کوریکولوم جای دهیم ؟

در حقیقت در منابع و مقالات در مورد این موضوع که آیا یک کوریکولوم استاندارد برای آموزش حرفه گرایی در پزشکی می توان آماده کرد که در هر شرایطی و هر دانشگاهی قابل بهره دهی باشد اختلاف نظر است . بسیاری معتقدند که در این موضوع برای هر محیط بایستی کوریکولوم اختصاصی تدوین گردد. (هوو ۲۰۰۳- رمن رابوو ۲۰۰۵) (کروز ۲۰۰۶)

بسیاری به یک رویکرد برنامه ای معتقدند که توسط اغلب روش های برنامه ریزی آموزشی و تدوین کوریکولوم نیز تایید می شود . بر این اساس آموزش حرفه گرایی از حیطه شناختی شروع می شود لذا در ابتدا مباحث تئوری در ساختاری مشخص تدریس شود و سپس در مراحل بعد با استفاده از شیوه های یادگیری از طریق تجربه کردن سعی در تقویت و درونی نمودن مبانی حرفه گرایی برای دانشجویان گردد. بر این اساس در مقالات و کتاب هایی که با موضوع آموزش حرفه گرایی به نگارش درآمده نقشه های کوریکولومی متعددی که با ساختار ذهنی متفاوت برای آموزش حرفه گرایی است تدوین شده است. (کروز



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



طبعاً تئوری یادگیری موقعیتی بعنوان مدلی برای تعریف تجربه های آموزشی حرفه گرایی خواهد بود. بر مبنای این تئوری تدوین یک برنامه عمومی آموزش حرفه گرایی نامطلوب است. اما مناسب است که یک برنامه ی آموزشی پایه طراحی گردد. و هر دانشگاه براساس شرایط ، امکانات، ساختارهای فرهنگی و اولویت های آموزشی تجربه های آموزشی حرفه گرایی را در قالب و ساختار از پیش تعیین شده قرار دهد.

گذشته از مباحث مطرح شده که منتج به یک ساختار کلی برای محتوای حرفه گرایی می شود مطالعات تجربی زیادی در خصوص آموزش حرفه گرایی صورت گرفته است و طبعاً بهره گیری از این شواهد تجربی که دلایل مناسبی بر اعتبار آنها وجود دارد راه را برای دستیابی به یک آموزش موثر کوتاه تر و هموارتر می کند. اگر چه بعلت تاثیر عوامل فرهنگی ممکن است تعمیم پذیری شواهد در محیط های فرهنگی متفاوت زیاد نباشد اما حتی با در نظر داشتن این موضوع نیز توجه به شواهد ضروری است.

تماس زودرس با بیمار سبب بهبود میزان سطح یادگیری می شود . نتایج پژوهش ها در مورد رفتارهای پزشکان بیانگر نواقص رفتاری است و نیاز به ارتقاء کیفیت و بهبود کوریکولوم است. (گردون ۲۰۰۳) براساس تمام ابعاد یک کوریکولوم ضروری است نسبت به موقعیت و پذیرش آن مطمئن باشیم و آنکه ایجاد کننده مقاومت نخواهد شد. (آرمسترانگ ۲۰۰۴)

اگر محتوای آموزشی حرفه گرایی را بی توجه به ارزش ها و هنجاری جاری در یک جامع از یک مرکز علمی کپی کنیم گذشته از آنکه پیامدهای مورد نظر ما را به دست نخواهد داد امکان ایجاد مقاومت در حین اجرا را نیز افزایش می دهد. لذا حتی اگر از کوریکولوم سایر دانشگاه های دنیا الهام می گیریم بایستی تجربه های آموزشی منطبق بر ارزش ها ، مفاهیم و فرهنگ جاری حرفه ای تعریف گردد.



در محیط های حرفه ای زمانی که مشارکت در اعمال حرفه ای برای مدت طولانی است بتدریج یادگیری شکل می گیرد. طبعاً در این مسیر تفکر نقادانه^{۲۰} بر رفتارها و اعمالی که در محیط های بالینی می بینند در بهبود مهارت های حرفه ای بسیار موثر خواهد بود.

در تجربه ی دوره های بالینی دانشجویان زیادی با شرایطی روبرو می شوند که در آنجا شاهد رفتارهای حرفه ای توأم با اشکال هستند و این بسیار بیشتر از دیدن پزشکان کاملاً بد است. سنجش دانشجویان و بررسی میزان حرفه گرایی ایشان باچنین case است . موارد بصورت سناریو برای دانشجوی مطرح می گردد و تصمیم گیری های دانشجوی در این شرایط بررسی می شود. معمولاً پاسخ دانشجویان براساس اصول احساسی و کلاسیک رفتارهای حرفه ای مانند صداقت و انصاف با بیمار است. البته دانشجوی بر پایه اصول دیگری نیز پاسخ می دهند مانند دفاع از ارشدیت، اطاعت و فرمانبرداری و وفاداری به گروه که این ها در کوریکولوم آموخته نشده و البته با آن متناقض نیز نیست.

مستندات زیادی در ادبیات آموزش پزشکی وجود دارد که آموزش حرفه گرایی را بصورت استقرایی مانند مهارت تشخیص و درمان آموزش داده شود. در این صورت case های اخلاقی به دانشجوی ارائه می شود و از آنها می خواهیم که با رویکرد اخلاقی با آن روبرو شوند. طبعاً سختی کار متفاوت است . اگر با شرایط واقعی که همزمان با ایستی تصمیم گیری های تشخیص و درمان صورت گیرد و هم عواملی مانند نظر بیمار ، محدودیت زمان، بیمارستان ، نظرات همراه بیمار و مشکلات پرسنل همگی شفافیت و وضوح موضوع اخلاقی را محو کرده و بر پیچیدگی آن می افزایدمقایسه شود . لذا این روش نیست که بواسطه آن بتوان به بهترین پاسخها و پیامد هارسید.



نقدی بر آموزش حرفه گرایی

بسیار کم ، بسیار زود، بسیار دیر، بسیار دور

بسیار زود : چون اولین بار این موضوع مطابق با کوریکولوم در سال اول دوره پزشکی عمومی آغاز می شود آنهم همزمان با مفاهیم کاملاً نظری و حفظی مانند آناتومی، فیزیولوژی و سایر عناوین علمی پزشکی. طبعاً برای دانشجوی بین این مباحث حرفه گرایی اولویت نخواهد داشت.

بسیار دیر: این بار که به سراغ دانشجویان می رویم تا فکرشان را به حرفه گرایی منعطف کنیم زمانی است که کار سخت طبابت در محیط بالین و بیمارستان ها است و در این جا دانشجو به سختی با نگرش ، رفتار و الگوهای فکریش که کاملاً با برداشت از رفتار حرفه ای متناقض است گره خورده.

بسیار دور: بحث بر روی سناریوها در کلاس اغلب شباهت کمی به شرایط واقعی در محیط طبابت بالینی دارد و حتی اگر به فشار و استرس فضای واقعی توجهی نداشته باشیم.



References:

- Arnold L. ۲۰۰۲. Assessing professional behaviour: Yesterday, today, and tomorrow. Acad Med ۷۷:۵۰۲-۵۱۵.
- Bloom SW. ۲۰۰۲. Professionalism in the practice of medicine. Mt Sinai J Med ۶۹:۳۹۸-۴۰۳
- Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M. ۲۰۱۳ Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. ۲۵. Med Teach. ۳۵:۱۲۵۲-۱۲۶۶
- Brainard AH, Brislen HC. ۲۰۰۷. Viewpoint: Learning professionalism: A view from the trenches. Acad Med ۸۲:۱۰۱۰-۱۰۱۴
- Cruess SR, Cruess RL. ۱۹۹۷. Professionalism must be taught. BMJ ۳۱۵:۱۶۷۴-۱۶۷۷.
- Cruess SR, Cruess R. ۲۰۰۶b. Teaching professionalism: General principles. Med Teach ۲۸:۲۰۵-۲۰۸.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. ۱۹۹۶. What is accountability in health care? Ann Intern Med ۱۲۴:۲۲۹-۲۳۹
- Finn G, Garner J, Sawdon M. ۲۰۱۰. "You're judged all the time!" Students' views on professionalism: A multicentre study. Med Educ ۴۴:۸۱۴-۸۲۵. Foster K. ۲۰۰۹. Learning about medical professionalism—Don't forget emotion! Clin Teach ۶:۹-۱۲.
- Freedman A, Adam C. ۱۹۹۶. Learning to write professionally: 'Situated learning' and the transition from university to professional discourse. J Business Technical Commun ۱۰:۳۹۵-۴۲۷.
- Fox E, Arnold RM, Brody B. ۱۹۹۵. Medical ethics education: Past, present, and future. Acad Med ۷۰:۷۶۱-۷۶۹.
- Hafferty FW, Franks R. ۱۹۹۴. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of Med Educ. Acad Med ۶۹:۸۶۱-۸۷۱.
- Howe A. ۲۰۰۲. Professional development in undergraduate medical curricula—The key to the door of a new culture? Med Educ ۳۶:۳۵۳-۳۵۹.
- Howe A. ۲۰۰۳. Twelve tips for developing professional attitudes in training. Med Teach ۲۵:۴۸۵-۴۸۷.



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



Huddle T. ۲۰۰۵. Viewpoint: Teaching professionalism: Is medical morality a competency? Acad Med ۸۰:۸۸۵-۸۹۱.

Irvine D. ۱۹۹۷. The performance of doctors: Professionalism and self-regulation in a changing world. General Medical Council. ۲۰۰۶. Good medical practice. Available from http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_۰۹۱۰.pdf last accessed ۱۳,۱۲,۱۳۸۴.BMJ ۳۱۴:۱۵۴۰-۱۵۴۲

Kolb DA, Boyatzis RE, Mainemelis C. ۲۰۰۱. Experiential learning theory: Previous research and new directions. In: Sternberg RJ, Zhang LF, editors. Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp ۲۲۷-۴۷.

Lempp H, Seale C. ۲۰۰۴. The hidden curriculum in undergraduate medical education: Qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ ۳۲۹:۷۷۰-۷۷۳.

O'sullivan H, Van Mook W, Fewtrell R. ۲۰۱۲. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. ۶۱. Med Teach ۳۴:e۶۴-e۷۷

Maudsley G, Strivens J. ۲۰۰۰. Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. Med Educ ۳۴:۵۳۵-۵۴۴.

Moon J. ۱۹۹۹. Reflection in learning and professional development: Theory and practice. Oxon: Kogan Page.

Pellegrino ED. ۲۰۰۲. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. The Mt Sinai J Med ۶۹:۳۷۸-۳۸۴

Relman AS. ۱۹۹۸. Education to defend professional values in the new corporate age. Acad Med ۷۳:۱۲۲۹-۱۲۳۳

Roberts LW, Green Hammond KA, Geppert CMA, Warner TD. ۲۰۰۴. The positive role of professionalism and ethics training in med educ: A comparison of medical student and resident perspectives. Acad Psychiatry ۲۸:۱۷۰-۱۸۲.

Rogoff B. ۱۹۹۵. Observing sociocultural activity on three planes: Participatory appropriation, guided participation, apprenticeship. In: Wertsch JW, Alvarez A, del Rio P, editors. Sociocultural studies of mind. Cambridge: Cambridge University Press. p ۱۳۹۱۶۴.

Seabrook MA. ۲۰۰۳. Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. Med Educ ۳۷:۲۱۳-۲۲۲.



واحد توسعه آموزش بالینی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجائی



van Mook W, de Grave W, Wass V, Harm Zwaveling J, Schuwirth LW, van der Vleuten CPM. ۲۰۰۹a. Professionalism: Evolution of the concept. Eur J Int Med ۲۰:e۸۱-e۸۴

Veloski J, Fields S, Boex J, Blank L. ۲۰۰۵. Measuring professionalism: A review of studies with instruments reported in the literature between ۱۹۸۲ and ۲۰۰۲. Acad Med ۸۰:۳۶۶-۳۷۰.

Wenger E. ۱۹۹۹. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press